ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ

Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием

Махачкала 2021

УДК 616.314(063)

ББК 56.6

В-851

Актуальные проблемы стоматологии: сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием/ под. ред. проф. **О.Р. Курбанова**. – Махачкала: ИПЦ ДГМУ, 2021. – 790 с.

Actual problems of dentistry: collection of scientific papers on the materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation/ ed. by prof. **O. R. Kurbanov.** - Makhachkala: DSMU IPC, 2021. – 790 p.

Главный редактор
профессор Курбанов Оми Рамазанович

Ответственный секретарь и составитель
к.м.н., Будайчиев Гасан Магомед-Алиевич

Editor- in-chief
Professor
Kurbanov Omi Ramazanovich

Executive Secretary and Compiler,
Candidate of Medical Sciences,
Budaichiev Gasan Magomed-Alievich

Данный сборник составлен из научных трудов участников всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы стоматологии», которая состоялась 26 февраля 2021 года в Дагестанском государственном медицинском университете г. Махачкала.

Материалы конференции отражают основные направления по наиболее актуальным вопросам стоматологии. В ряде работ рассматриваются вопросы организации стоматологической помощи. Сборник предназначен для широкой аудитории врачей-стоматологов, клинических ординаторов, врачей-интернов, преподавателей вузов.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

(обзор литературы)

Курбанов О.Р., Махмудов Ш.Р., Будайчиев Г.М-А.

Кафедра стоматологии детского возраста

Кафедра ортопедической стоматологии

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

МЗ РФ, Махачкала.

Говоря о влиянии маркетинговых технологий на уровень и качество медицинского обслуживания, необходимо отметить, что само понятие «маркетинг» как экономическая реальность нового времени появилось и окрепло в нашей стране не так давно. Поворот отечественной экономики в сторону рыночных отношений, изменение государственной политики в отношении финансирования различных отраслей народного хозяйства, в том числе здравоохранения, вызвал необходимость проведения реформы системы здравоохранения. Целью данной реформы является адаптации этой отрасли к условиям рыночных отношений, развивающихся во всех сферах социально-экономической жизни нашего общества. Это объясняет необходимость разработки и внедрения новых организационных, информационных и иных технологий, направленных на быстрейшее проведение реформ, развитие современных форм и методов управления в новой экономической и медико-социальной ситуации.[3,7]

Известно, что качество медицинской помощи определяется многими факторами: качеством материально-технической базы, уровнем квалификации медицинских работников, их заинтересованностью (в том числе и материальной) в достижении максимально высоких результатов и т.д. Воздействие этих факторов может быть прямым, например, качество медицинской помощи непосредственно зависит от квалификации врача, его добросовестности. Другие

факторы действуют косвенно (опосредованно), создавая благоприятные или неблагоприятные условия для действия прямых факторов. [4,5,8]

Одним из таких факторов, во многом определяющем уровень качества медицинского обслуживания населения на любом уровне, является система управления. От того, как действует эта система, зависит и качество материально-технической базы лечебно-профилактического учреждения и заинтересованность медицинских работников и т.д., то есть вся совокупность основных параметров, влияющих на уровень качества медицинской помощи.

В свою очередь, система управления конкретным медицинским учреждением существенно зависит от ряда общих факторов: уровня социально-экономического развития страны, принципов построения системы здравоохранения и т.д. Так, предполагается, что введение медицинского страхования усилит материальную заинтересованность коллектива медицинского учреждения в повышении эффективности своей работы и, следовательно, зависимость финансового положения лечебно-профилактического учреждения ЛПУ от результатов его работы. [1,3,8]

Развитие в России товарно-денежных отношений существенно сказалось на условиях работы предприятий и организаций, в том числе и относящихся к сфере здравоохранения. Новым условиям деятельности любых организаций должен соответствовать и новый механизм управления. Поэтому вполне закономерными являются попытки многих руководителей использовать в своей работе принципы маркетинга-формы управления, которая обязана своим возникновением условиям современного рынка. [9,12,15,18]

Важнейшим элементом в системе маркетинга является его цель. Применительно к условиям здравоохранения рядом авторов предлагается следующая формулировка цели: удовлетворение спроса населения на медицинскую помощь, предоставление потребителю максимального набора услуг и, в конечном счете – повышение уровня жизни. Такая формулировка, на наш взгляд, не вполне точная, поскольку большинство специалистов в качестве главной цели маркетинговой службы рассматривают обеспечение рентабельной работы орга-

низации. От того, как будет организована работа медицинского учреждения, сегодня зависят объем и качество медицинской помощи, которую эта организация сможет оказывать населению завтра. [2,13,14]

Один из принципов маркетинга гласит: «маркетинг для учреждения, а не учреждение для маркетинга», что подчеркивает прагматический характер маркетинговой деятельности. Вместе с тем, маркетинг как форма управления создает благоприятные объективные предпосылки для повышения уровня качества медицинского обслуживания населения. [21]

Говоря о качестве медицинской помощи, следует учитывать ее многоплановость (многогранность). Качество медицинской помощи, оказываемой населению конкретным медицинским учреждением, характеризуют:

- разнообразие ассортимента медицинских услуг пациентам;

- уровень медицинской результативности услуг;

- качество обслуживания (отношение к больному, качество оборудования, комфортность и т.д.).

Введение маркетинга оказывает положительное влияние на все эти факторы. Важнейшей функцией маркетинга является изучение потребности населения в медицинских услугах того или иного профиля. Стремление в максимальной степени учесть имеющиеся у населения потребности создает заинтересованность медицинского учреждения при прочих равных условиях в расширении ассортимента оказываемых медицинских услуг, то есть объективно содействует повышению этой стороны качества медицинской помощи. К аналогичным результатам приводит и изучение предложения различных видов медицинских услуг. А это значит, что учреждение, стремясь опередить конкурентов, должно хорошо знать свои возможности и полностью их использовать, тщательно следить за достижениями в своей области, уделить время исследованиям наиболее перспективных направлений, создавая тем самым благоприятные условия для повышения качества медицинской помощи.

Важнейшим фактором качества медицинского обслуживания является медицинская результативность услуги, которая определяется как конечный ре-

зультат оказания медицинской помощи. Именно этот показатель интересует потребителя медицинской услуги в первую очередь. В этой связи качество медицинской услуги является одним из важнейших элементов, во многом определяющим возможности спроса на нее. Поскольку одной из основных задач маркетинговой деятельности является создание эффективного механизма реализации продукции в жестких условиях рынка, то при прочих равных условиях высокое качество медицинской помощи является тем фактором, который обеспечивает наилучшие возможности для реализации медицинских услуг, что создает благоприятные условия для эффективного функционирования медицинского учреждения. [1,19,21]

Это относится и к последнему аспекту качества медицинской помощи – качеству обслуживания, под которым понимают эффективную организацию приема больных, отношение медицинского персонала к пациентам, комфортность обслуживания и т.д[10,16,17]

Все это побуждает службы маркетинга осуществлять постоянный и тщательный контроль за всеми составляющими качества медицинской помощи, анализировать причины снижения качества и оперативно принимать меры по его повышению.

Говоря о положительном влиянии маркетинга на уровень качества медицинского обслуживания населения, следует отметить, что маркетинг основывается на комплексном подходе к организации процесса воспроизводства. Качество медицинской помощи – это важный с позиции маркетинга, но не единственный показатель, обеспечивающий решение главной цели – эффективное функционирование медицинского учреждения. В деятельности лечебно-профилактического учреждения необходимо помимо качества обслуживания учитывать и объемы оказания медицинской помощи, и ее стоимость. Эти три параметра тесно связаны между собой. Так, например, улучшение качества медицинской помощи сопровождается повышением затрат, что ухудшает финансовое положение учреждения. При возросшей хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений маркетинговая деятельность позволяет предот-

вратить или ослабить негативные моменты, влияющие на эффективность работы медицинских учреждений в условиях рыночных отношений.

Современный маркетинг – продукт длительной эволюции, тем не менее, любая развивающаяся стоматологическая клиника проходит ее стадии в очень сжатые сроки, по мере увеличения численности штатов. Некоторые фирмы преодолевают значительную часть эволюционного маркетингового пути за 10-12 лет. Начав свое существование с одного-двух кресел и вырастая до 30 и более, они вынуждены подниматься на все более высокие ступени организации маркетинга, делая это более или менее успешно. [2,13,18]

Первая стадия – ориентация на простые продажи – характеризуется элементарными отношениями участников рынка: пациент платит за лечение, врач его осуществляет. Пациент приходит в клинику в связи с возникшей проблемой и мало или совсем не размышляет о мотивах выбора врача, не рассчитывает на особый подход к своей личности. В этой схеме отношений врач не особо озабочен такими материями, как привлечение и удержание пациента или как обогатить свое мануальное мастерство искусством общения. И ни одна из сторон – ни потребитель услуг, ни их производитель – не задумывается о долговременности контактов и особых средствах их поддержания и развития. Отношения строятся по принципу сделки. От маркетинга здесь только один элемент – врач хочет увеличить число продаж и всякий раз при этом зарабатывать как можно больше.

Однако ориентация на простые продажи быстро исчерпывает свои потенциалы: хочешь больше зарабатывать – больше размышляй о потребностях пациента, в том числе личностного плана. [19,22]

Продажа услуг с некоторыми аспектами маркетинга – вторая стадия развития рыночных отношений. Чтобы увеличить доходы, производителю товаров мало расширять сферу влияния на потребителей. В ход идет реклама, с помощью которой клиника старается запечатлеться в памяти пациента, да и сам он становится интересен: откуда узнал о клинике, как оценивает обстановку в лечебном учреждении. Неотвратимо также усиливается внимание к конкурентам

– кто они, сколько их, чем отличаются? На основе такой информации появляется некоторая возможность понять, что же нужно делать, чтобы сохранился, а лучше увеличивался поток пациентов и, естественно, заработок.

На третьей стадии маркетинга получают развитие отдельные его функции. Это означает, что, во-первых, выявление сведений о состоянии рынка услуг и потребителях становиться целенаправленной и даже планомерной деятельностью, а во-вторых, полученные сведения влияют на принимаемые решения: какие услуги разворачивать, какие стратегии брать на вооружение в области рекламы, цен, кадров. На этой стадии в клинике (фирме) появляется обычно отдельный человек, отвечающий за маркетинг. Вкладываются некоторые деньги в локальные маркетинговые исследования, пока, как правило, недостаточно профессиональные и потому дающие информацию, малопригодную для принятия управленческих решений. [1,2,13,14]

На четвертой стадии маркетинговая ориентация клиники приобретает характер философии. Маркетинг становится краеугольным камнем организации. Любой работник клиник должен понимать важность маркетинга, чувствовать себя его участником. Теперь маркетинг не сфера деятельности конкретного человека и даже отдела из нескольких сотрудников. Теперь это часть забот всех и каждого. Центр маркетинга – потребитель услуг, поэтому он изучается всесторонне еще до появления в клинике, затем непосредственно в контактах с персоналом и после лечения. Интерес представляют его потребности – реальные и потенциальные, жизненные ценности и предпочтения, индивидуальные запросы, требования, притязания в области стоматологических услуг, состояния общего здоровья, мнения о работе медицинского и обслуживающего персонала. Все эти сведения не просто ориентируют сотрудников фирмы на индивидуальность пациента, но становятся основой для обучения персонала, повышения его квалификации. Маркетинг превращается в постоянный вид деятельности профессионалов, который обеспечивает развитие всего коллектива.

Наконец, наступает стадия объемно-функционального маркетинга. Английский специалист в области маркетинга в стоматологии Р.Болл называет ее

стадией развитой культуры маркетинга, что не лишено основания, если иметь в виду его полномасштабность и научную выдержанность. Регулярные исследования, диагностика, прогноз, динамика, оперативное и стратегическое управление, анализ, построение программ развития – вот ключевые понятия развитой культуры маркетинга. Проводятся регулярные исследования, дающие информацию для оперативного и стратегического управления в разных направлениях: изучается рынок услуг, отслеживается динамика ценовой политики конкурентов, анализируется их деятельность в плане набора и обучения кадров, изучается зарубежный опыт лечения и сервиса. На новой основе действует реклама: заранее разрабатываются ее принципы, стратегии и тактики в зависимости от положения дел в клинике (фирме) – высокая, средняя, низкая доходность, научно выявляются наиболее эффективные носители рекламы. Формируется стратегия внедрения новых технологий, материалов, видов услуг. Планируются направления «прорыва», т.е. наиболее конкурентоспособные и доходные нововведения. Важнейшим признаком культуры маркетинга является вычленение в нем двух аспектов – внешнего и внутреннего. Сфера внешнего маркетинга – изучение стоматологического рынка, продвижение услуг к потребителю, создание образа услуг; внутренний маркетинг призван организовать персонал на увеличение продаж, совершенствование качества услуг. [2,7,10,12]

На стадии высокоразвитой культуры маркетинга осуществляется диагностика состояния всей управляемой системы – теперь это крупная коммерческая стоматологическая организация, для которой посилен такой тип маркетинга.

Определяются ее ближайшие и отдельные цели, перспективы развития и необходимые ресурсы – материальные и человеческие. Выстраиваются технологии перехода от менее совершенных структур к более совершенным. Усиливается аналитическая функция маркетинга по всем направлениям – капитальные вложения, обучение кадров, реклама, сегментация рынка, контроль эффективности проводимых мероприятий.

На этой, высшей, стадии развития маркетинга важно избавляться от «информации брутто» – тяжеловесной и ненужной для принятия управленческих решений и коррекции взаимоотношений с пациентом.

Наделите сотрудников конкретной ответственностью в плане маркетинга. В клинике среднего размера это может быть любой работник, но в большом коллективе имеет смысл создать маркетинговую группу, в которую вошли бы руководители всех направлений деятельности клиники, включая финансовое, работу с персоналом и т.д.

Получите помощь и совет извне. Есть много консультантов по маркетингу, которые имеют опыт помощи компаниям в продвижении к рыночной ориентации. Часто мнение постороннего полезно, ибо увидеть ситуацию глазами независимого наблюдателя, или изменения, не продиктованные симпатией к какой-либо функции и какому-либо работнику.

Измените цены и награждайте отделы. Например, до тех пор, пока клиника нацелена на извлечение быстрой прибыли, ее философия будет мешать осуществлению основных маркетинговых усилий, проводимых с целью привлечения более состоятельных и лояльных клиентов.

Разработайте несколько программ для обучения всего персонала знаниям и навыкам по маркетингу. Просвещение в области маркетинга должно охватить, прежде всего контактный персонал, т.е. тех членов коллектива, которые прямо или опосредованно (по телефону, при помощи рекламы, Интернета) взаимодействуют с пациентами. Случается, что руководитель клиники экономит на маркетинговом просвещении людей, а в результате затрудняется процесс формирования единомышленников, способных увеличивать доходы за счет повышения качества лечения и услуг, согласованности действий в этих направлениях.

Известны различные концепции маркетинга. Практика показывает, что в том или ином объеме все они находят отражение в стоматологии. 1. Концепция совершенствования производства. 2. Концепция совершенствования товара. 3. Концепция интегрирования маркетинга. 4. Концепция просвещенного маркетинга. 5. Концепция маркетингового управления. 6. Концепция стратегического

маркетинга. 7. Концепция маркетинга сделок (транспортного маркетинга). 8. Концепция маркетинга отношений. 9. Концепция максимаркетинга. 10. Концепция конкурентной рациональности. 11. Концепция мегамаркетинга. [17,19,21,22]

Как экономическая система маркетинг в стоматологической отрасли, с одной стороны, включает изучение спроса и предложения, ориентацию производства стоматологических товаров на их удовлетворение, адресность выпускаемой стоматологической продукции. С другой стороны, это целеустремленное активное воздействие на рынок стоматологических товаров и услуг. Иными словами, маркетинг в стоматологии есть экономический вид деятельности, направленной на удовлетворение спроса и предложения между пациентом и врачом-стоматологом, производителем стоматологических товаров и стоматологическим учреждением посредством обмена соответствующих товаров и услуг.

При наличии экономических (рыночных) рычагов в отрасли маркетинг управляет продвижением стоматологических товаров и услуг от их производителей к соответствующим учреждениям и пациентам.

Для понимания сущности маркетинга в стоматологии как системы предпринимательской деятельности необходимо в первую очередь исходить из того, что основными объектами изучения и воздействия становятся потребитель стоматологических товаров и услуг, конкуренты-производители, качественные характеристики производимых стоматологических товаров и услуг и конъюнктура стоматологического рынка (его состояние, характеризуемое соотношением спроса и предложения на стоматологические товары и услуги, уровень инвестиционной и предпринимательской активности стоматологических учреждений, динамика цен на соответствующие товары и услуги).

Сущность маркетинга в стоматологии определяется потребностью производить соответствующие товары и оказывать услуги таким образом, чтобы они находили сбыт, без попыток навязать покупателю эти товары и услуги, а также некачественную продукцию.

Другими словами, следует ориентироваться не на производственные мощности стоматологических учреждений, а на реальные и потенциальные потребности рынка стоматологических товаров и услуг, в котором они становятся лишь средством достижения цели, а не самой целью.

Маркетинг в стоматологии является экономическим регулятором управления, планирования и действий в условиях функционирования рынка соответствующих товаров и услуг. Его главный принцип заключается в ориентации на сбыт производимых стоматологических товаров и услуг, на удовлетворение требований и желаний стоматологических потребителей (пациентов) и производителей (учреждений) в соответствующих товарах и услугах. [1,5,9,12]

В связи с этим, на наш взгляд, следует изучить, систематизировать и оценивать потребности и конкретные пожелания указанных объектов, с тем чтобы в целях достижения рентабельности производства обеспечивать их пломбировочными материалами, оборудованием и инструментами стоматологического значения, лекарственными средствами и соответствующими услугами, а также достигать экономической эффективности от их реализации за определенное время в пределах имеющихся производственных возможностей. Тем самым по результатам маркетинговых исследований прогнозируется изменение рыночной ситуации в сфере стоматологического обслуживания, анализируются возможные изменения в структуре платежеспособного спроса населения на стоматологические услуги, пломбировочные материалы, лекарственные препараты и другие товары стоматологического назначения, а также определяются пути повышения их качества.

Получаемая в результате маркетинговых исследований информация используется для эффективного управления рынком стоматологических товаров и услуг. В настоящее время рынок услуг, пломбировочных материалов, медикаментов, оборудования и инструментов в стоматологии достаточно динамичен в связи с появлением альтернативных организационно-правовых форм стоматологического обслуживания. Поэтому деятельность всех некоммерческих стоматологических учреждений в условиях нестабильности рынка в отрасли связана

с некоторым риском. Именно по этой причине важное значение имеют маркетинговые исследования, позволяющие снизить степень риска до минимума путем анализа потребностей соответствующего рынка и прогнозирования его развития, повысить качество услуг и товаров стоматологического назначения, усилить воздействие рекламы на потребителя стоматологических товаров и услуг.

Функционирование рыночных механизмов управления в стоматологии сопровождается изменением психологии пациентов, их отношения к оказанию бесплатных и платных стоматологических услуг. Вместе с тем на характер потребления стоматологической продукции накладывают свой отпечаток инфляционные процессы. Исходя из этого концептуальная задача маркетинговых исследований в стоматологии заключается в получении и анализе объективной информации, прогнозировании развития рынка стоматологических товаров (пломбировочных материалов, стоматологических инструментов, оборудования, медикаментов), оптимизации оказания стоматологической помощи, решении проблем создания рынка новых видов стоматологических товаров и услуг. [3,4,6,8,12,14]

Маркетинговые исследования в стоматологии должны носить систематический характер и ориентироваться на отслеживание постоянно меняющегося спроса населения на стоматологические товары и услуги.

Концепция соответствующего маркетинга и цели стоматологического обслуживания всегда совпадают, так как они направлены на удовлетворение потребности пациентов в стоматологических услугах в заданном объеме и номенклатуре. Достигнутые при этом экономические результаты служат основой оплаты труда работников отрасли.

Одна из важнейших задач маркетинговых исследований в стоматологии – выявление реальных потребностей в соответствующих услугах, а также прогнозирование мотиваций потенциального потребителя стоматологических товаров и услуг. Это обусловлено тем, что спрос на стоматологические товары и услуги может превышать предложение, вследствие чего цены на стоматологическом рынке буду диктоваться производителями этих услуг (стоматологическими

учреждениями, заводами и др.). Кроме того, в реальной рыночной ситуации предложение стоматологических товаров и услуг может преобладать над спросом на них или предложение и спрос могут находиться в состоянии равновесия. При этом реализация стоматологической продукции и услуг, а также формирование цен на них в определенной степени будут зависеть от потребителя (стоматологических учреждений и пациентов). Следовательно, потребность в тех или иных видах стоматологических товаров и услуг в идеале должны определять маркетинговые исследования путем анализа соотношения между спросом на них и предложением. В современных условиях экономическая деятельность стоматологических субъектов должна быть гибкой и оперативно реагировать на конъюнктуру соответствующего рынка. Это обеспечивается за счет организационно-управленческой, исследовательской и программно-контрольной функций маркетинга в стоматологической отрасли. [7,9,11,13,15,16,22]

Таким образом, в условиях функционирования рыночных механизмов регулирования и управления в стоматологии организация маркетинговых исследований, на наш взгляд, создаст объективные условия и предпосылки для внедрения экономических методов в практику стоматологических учреждений и производителей стоматологических товаров и услуг в целях стимулирования их деловой активности, ресурсосбережения в отрасли, а также их эффективного функционирования. В итоге это позволит активизировать конкурентные отношения в стоматологической отрасли и приведет к повышению качества оказываемых услуг, производимых пломбировочных материалов и изделий стоматологического назначения.

Список литературы

1. Алимский А.В. Генеральные направления совершенствования стоматологической службы // Труды Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С.110-115.

2. Ашуров Г.Г. Маркетинг стоматологических товаров и услуг // Стоматология. 1997. Т.76 № 3. С.70-71.

3. Бойко В.В. Управление персоналом и внутренний маркетинг // Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С.116-119.

4. Бондаренко, Н.Н. Стоматолог и пациент. Правовая действительность / Н. Н. Бондаренко.– М.: Медицинская книга, 2009.– 124с.

5. Бутова, В.Г. Предпринимательская деятельность стоматологических организаций / В.Г. Бутова. – М., 2007. – 148 с.

6. Бутова, В.Г. Экспертиза качества стоматологической помощи / В.Г. Бутова, В.И. Бычов, К.В. Умарова // Институт стоматологии. – 2011. – №3 (52). – С. 14-17.

7. Вагнер, В.Д. Актуальные вопросы оказания стоматологической помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования / В.Д.Вагнер, Л.Е.Смирнова // Институт стоматологии. – 2010. – № 1. – С.10-13.

8. Данилов, Е.О. Проблемы организации стоматологической помощи в системе ОМС / Е.О. Данилов // Институт стоматологии. – 2009. – №3. – С.22-23.

9. Данилов, Е.О. Правовые основы стоматологической практики / Е.О. Данилов. – СПб.: Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2002. – 176 с.

10. Денисов, И.Н. Совершенствование организации первичного звена здравоохранения /И.Н.Денисов, Е.И. Черниенко // Справочник врача общей практики. – 2008. – № 11. – С.13-46.

11. Дьяченко, В.Г. Введение в общую врачебную практику в стоматологии / В.Г. Дьяченко. – Тверь: Триада, 2009. – 312 с

12. Дмитриев В.А. Вневедомственный экспертный контроль качества лечения пациентов на основе использования критериев эффективности экспертизы с учетом степени достижения конкретных результатов //Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. - №3. - Т.7 - С. 573 -575. 146

13. Котлер Ф. Маркетинг, менеджмент. СПб: Питер-Ком. 1998. 896 с.

14. Курбанов О.Р. Управление функционированием и развитием рынка стоматологических услуг. // Теория и методология. М., 2007. 339 с.

15. Москаев А.В. Маркетинговый аудит как стратегический инструмент укрепления стоматологического бизнеса // Труды Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. 124 с.

16. Поршнев А.Г., Румянцева З.П., Саломатина Н.А. М. Управление организацией. М.,: ИНФРА-М, 1999. 669 с.

17. Райс Д., Клименд К. Преобразования системы здравоохранения СШ в контексте мирового процесса реформ // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1996. № 4. С.47-52.

18. Попова Т.Г. Критерии экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи на всех этапах стоматологического лечения. – М., 2008.

19. Пухов С.Е. Научное обоснование системы контроля качества медицинской помощи в стоматологической медицинской организации: Автореф. дис. … к.м.н. – Санкт-Петербург, 2004. – 22 с.

20. Стародубов В.И. Стандарты медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях// МЦФЭР., М. – 2007. – 304 с.

21. Тютенова Ж.А., Демисенова Б.С. Этапы становления системы управления качеством медицинской помощи в Казахстане // Молодой ученый. 2010. - №5. - Т.2.- С. 223-226.

22. Эрк А.А., Сагина О.В. Организация контроля качества стоматологической помощи// «Здоровье и образование в XXI веке». – №1. – 2012, т. 14.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Будайчиев Г.М-А., Курбанов О.Р., Будайчиев М-А.Г., Будайчиева М.А.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала

Введение. Сахарный диабет является одной из социально-значимых проблем здравоохранения. Актуальность исследования обусловлена высокой распространённостью данного заболевания, ранней инвалидностью пациентов, а также экономическими проблемами, связанными с проведением лечебно-диагностических мероприятий [1]. Представлены работы, показывающие влияние основного заболевания на стоматологический статус пациентов различного возраста [2]. Особое значение в литературных источниках имеют ключевые возрастные группы 12 и 15 лет, в которых завершается период прорезывания постоянных зубов и формирование зубных дуг [3]. В связи с указанными особенностями становится очевидным целесообразность исследования здоровья детей в указанном возрастном периоде, в котором отмечается лабильность пародонта и морфологические изменения в его тканях [4]. Результаты изучения функциональных сдвигов в системе орального гомеостаза представлены специалистами и показаны основные методы исследования тканей пародонта [5, 6]. Представлены изменения маркеров метаболизма костной ткани в сыворотке крови и ротовой жидкости у пациентов с зубочелюстными аномалиями в различном возрасте [7, 8]. Кроме того, отмечена важность и необходимость проведения исследований по изучению функционального состояния челюстно-лицевой области [9, 10]. Тем не менее, до настоящего времени, результаты функциональной диагностики кровообращения в тканях пародонта у детей с сахарным диабетом находятся на стадии накопления клинического материала и требуют систематизации. В этой связи, исследование капиллярного кровотока в тканях пародонта с помощью метода лазерной допплеровской флуометрии у детей, представляет аргументированный научный и практический интерес.

Цель. Определить влияние сахарного диабета 1 типа на состояние тканей пародонта у детей 12–15 лет с различным сроком давности основного заболевания.

Материалы и методы. Изучено состояние здоровья 67 человек в возрасте 12–15 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии с диагнозом «сахарный диабет 1 типа». Проводили общеклиническое обследование, использовались лабораторные и функциональные методы исследования с учетом рекомендаций этического комитета. Родители оформляли информированное согласие на добровольной основе. Все стоматологические обследования проводились под контролем лечащего врача стационара и согласовывались с ним. Пациенты были распределены на 2 клинические группы. У 32 детей 1 группы стаж заболевания составлял не более 2 лет и отсутствовали сосудистые осложнения. Во 2 группе (35 человек) длительность заболевания была от 3 до 10 лет. Исследование кровотока в тканях пародонта проводилось на отечественном лазерном допплеровском анализаторе ЛАКК-ОП. Оценивали параметр микроциркуляции (ПМ), который складывался из средней скорости эритроцитарного движения (Vэр), капиллярного гематокрита (Ht). и числа функционирующих капилляров (Nк) и выражался в перфузионных единицах. Определяли среднее квадратическое отклонение, которое отражало среднюю модуляцию тока крови во всех частотных диапазонах. Рассчитывали интегральный коэффициент вариации (Kv), как процентное отношение среднего квадратического отклонения к параметру микроциркуляции, который характеризовал вазомоторную активность микрососудов и оценивал соотношение между перфузией ткани и величиной её изменчивости. Статистический анализ результатов проводили на персональном компьютере с использованием стандартных пакетов программного обеспечения.

Результаты и обсуждение. В результате анализа микроциркуляции в тканях пародонта установлено, что у детей 1 группы в области альвеолярной десны параметр микроциркуляции (ПМ) составлял 14,26±2,04 пф.ед., в то время как у детей второй группы исследуемый показатель был меньше и составлял

11,07±1,52 пф. ед. В области маргинальной десны параметр микроциркуляции составлял 12,13±1,37 пф. ед и 9,98±1,14 пф. ед, соответственно. Среднее квадратическое отклонение указанного параметра у детей 1 и 2 групп в области альвеолярной десны составляло 1,21±0,17 пф. ед и 1,06±0,09 пф. ед, соответственно, а в области маргинальной десны 1,09±0,14 и 0,95±0,06 пф. ед. Интегральный коэффициент вариации (Kv) в первой группе составлял 6,98±2,31% в области альвеолярной десны и 6,29±2,72% в регионе маргинальной десны. В тоже время у детей 2 исследуемой группы показатель в области альвеолярной и маргинальной десны был несколько выше и составлял 7,74±1,98% и 6,72±2,81%, соответственно. Полученный результат свидетельствовал о том, что длительность основного заболевания отражается на микроциркуляции в тканях пародонта. Статистически недостоверный прирост параметра микроциркуляции (ПМ) определяет незначительное усиление кровоснабжения у детей первой группы. В тоже время данные показателя у детей 2 группы свидетельствуют о нарушении гемоциркуляции пародонтального комплекса и связано с повышением артериального тонуса сосудов и снижением объема крови, циркулирующей в артериолах при увеличении объёма крови в венулах. Уменьшение показателя интегрального коэффициента вариации определяет снижение вазомоторной активности и ослабление эндотелиальной секреции у детей 1 группы по сравнению с пациентами 2 группы исследования. Таким образом, сравнительный анализ результатов исследования определил влияние основного соматического заболевания, в частности сахарного диабета, на состояние пародонтального комплекса зубов постоянного прикуса в детском возрасте. С увеличением длительности заболевания изменения в челюстно-лицевой области были более выраженными. Полученные данные могут быть использованы для разработки комплексных программ профилактики осложнений при соматической и стоматологической патологии.

Выводы. Средние показатели микроциркуляции и амплитудно-частотного спектра колебаний периферического кровообращения у детей с различным сроком основного заболевания целесообразно использовать в практике врачей-

эндокринологов, педиатров и детских стоматологов с целью раннего выявления нарушения трофики в тканях пародонта.

Список литературы.

1. Давыдов Б.Н., Доменюк Д.А., Быков И.М., Ивченко Л.Г., Дмитриенко С.В. Современные возможности клинико-лабораторных, рентгенологических исследований в доклинической диагностике и прогнозировании риска развития заболеваний пародонта у детей с сахарным диабетом первого типа. Часть I // Пародонтология. 2018. Том 24. № 3–24 (88). С. 4–11.

2. Давыдов Б.Н., Доменюк Д.А., Дмитриенко С.В. Особенности микроциркуляции в тканях пародонта у детей ключевых групп, страдающих сахарным диабетом 1-го типа. (Часть I) // Пародонтология. 2019. Т. 24. № 1–24 (90). С. 4–10.

3. Доменюк Д.А., Коробкеев А.А., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В. Индивидуализация размеров зубных дуг у детей в сменном прикусе. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2016. 163 с.

4. Чижикова Т.С., Дмитриенко С.В., Климова Н.Н., Дмитриенко Д.С. Характеристика диспансерных групп студентов при ортодонтическом лечении // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 6. С. 108а.

5. Персин Л.С. Основы протетической стоматологии детского возраста М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. 192 с.

6. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В. Совершенствование методов диагностики зубочелюстных аномалий по результатам изучения функциональных сдвигов в системе орального гомеостаза (Часть II) // Институт стоматологии. 2016. № 3 (72). С. 58–61.

7. Дмитриенко С.В., Шкарин В.В., Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н. Алгоритм определения размеров искусственных зубов по морфометрическим параметрам лица у людей с полной адентией // Стоматология. 2018. №97(6). С. 57–60. DOI: 10.17116/stomat20189706157.

8. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В., Гильмиярова Ф.Н., Орфанова Ж.С. Изменение маркеров метаболизма костной ткани в сыво-

ротке крови и ротовой жидкости у пациентов с зубочелюстными аномалиями // Институт стоматологии. 2016. № 1 (70). С. 64–66.
9. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В. Морфология твёрдой фазы ротовой жидкости как метод диагностики зубочелюстных аномалий (Часть I) // Институт стоматологии. 2016. № 3 (72). С. 52–55.
10. Доменюк Д.А., Дмитриенко С.В., Ведешина Э.Г., Кочконян А.С., Кочконян Т.С. Геометрически-графическая репродукция зубных дуг при физиологической окклюзии постоянных зубов // Институт стоматологии. 2015. №13 (66). С. 62–64.

МОТИВАЦИЯ ЖИТЕЛЕЙ Г. КИЗЛЯР К ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ф. И. Османова

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Российский университет дружбы народов (РУДН), г. Москва.

Нашим исследованиям подвергалось население города Кизляр для изучения мнения о доступности и качестве стоматологического обслуживания, которые имеют место на территории г. Кизляр и Кизлярского района Республики Дагестан в целом.

Для получения необходимых данных проводилось анкетирование, содержание которых будут раскрыты при обсуждении результатов исследований. Анкета отображала каждый аспект выявляемых проблем. Первым стоял вопрос об обращаемости родителей за ортодонтической помощью детям, имеющих аномалии зубочелюстной системы. Анкетированию подлежало 100 человек, из них 50 мужского и 50 женского пола разных возрастов от 20 до 50 лет, разделенных по возрастным группам: от 20 до 30лет, от 31 до 40, от 41до 50 года. От каждой возрастной группы были подвергнуты анкетированию по 33 человека, что соответствовало 33% процентам от разных возрастов. Согласно результатам проведенного нами анкетирования в основном обследованы родители, у которых могут быть дети в возрасте до 20 лет (табл.1).

Таблица 1– Распределение анкетированных по половым признакам

Пол анкетированных	Возраст						Средний показатель	
	21-30		31-40		41-50			
	число	%	число	%	число	%	число	%
Женщины	19	62,7	20	66,6	15	55,9	54	54,0
Мужчины	14	37,3	13	33,4	19	44,1	46	46,0
Вместе	33	100	33	100	34	100	100	

Дальнейшее анкетирование исследуемых людей дало ясную картину по уровню образования, результаты которых отражены в таблице 2. Большинство анкетированных имеют высшее образование (от 60,6% до 79,4%). Число со средне-специальным образованием составило от 14,7% до 30,2% и со средним образование от 5,9%- 9,1%.Так как ортодонтическое лечение дорогостоящее, нами был проведен опрос на информацию об уровне доходов анкетированных, исходя из чего, нуждающиеся смогли бы обратиться за помощью.

Опросом установлено, что доля лиц с высоким уровнем дохода в Кизляре составляют всего 15% от анкетированных. 65,0% анкетированных имеют средний уровень дохода и 12,0% имеют доход ниже прожиточного минимума. С ответом на вопрос о доходах затруднились ответить 8% анкетированных лиц.

Таблица 2-Уровень образования анкетированных в % от числа обследованных.

Вид образования	Возраст						Средний показатель, %	
	21-30 (33 чел)		31-40 (33 чел)		41-50 (34 чел)			
	Общее количество	%	Общее количество	%	Общее количество	%	Общее количество	%
	33	33	33	33	34	34	100	100
Высшее	20	60,6	25	75,8	27	79,4	72	72,0
Среднее-специальное	10	30,3	5	15,2	5	14,7	20	20,0
Среднее	3	9,1	3	9,1	2	5,9	8	8,0

На вопрос «Влияет ли мнение окружающих людей на решение к обращению за стомотологической помощью, в точности, за ортодонтической, что способствовало к обращению за ортодонтической помощью» нами были получены ответы

- по совету знакомых. Отсюда можно сделать предположение, что для формирования уровня мотивации родителей к ортодонтическому лечению своих детей имеет огромное значение мнение окружающих людей. Как установлено анкетированием, среди обследованных респондентов 45,0% считают, что мнение окружающих оказывает на них определенное влияние и, соответственно, 52,3% обследованных отрицают такое влияние (табл.3).

Таблица 3- Влияние мнения окружающих людей на решение к получению ортодонтической помощи.

Ответ	Возраст			Средние данные,%
	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	
«Да» положительный	55,0	49,5	30,6	45,0
«Нет» отрицательный	45,8	50,4	60,8	52,3

После обращения к врачу за ортодонтической помощью, в наибольшей степени при принятии решения родителями о начале лечении в приоритете мнение специалиста. Так, к рекомендациям врача прислушиваются, как установлено, 81,8% опрошенных (табл.4).

Таблица 4- Влияние рекомендации специалиста на решение к получению ортодонтической помощи (в % к числу анкетированных)

Ответ	Возраст			Средние данные, %
	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	
«Да» положительный	75,0	89,5	80,6	81,8
«Нет» отрицательный	25,8	30,4	30,8	29,0

Предлагаемый план лечения и обоснование необходимости такого лечении, предложение разных вариантов лечения и контакт ребенка с врачом имеют

важное значение при принятии решения о лечении своего ребенка у ортодонта. Обстановка ортодонтического кабинета (наличие видеоматериалов, детских игрушек, показ разноцветных пломб) влияет на контакт ребенка с врачом ортодонтом, и способствуют принятию решения родителем о лечении. На представленный вопрос «На сколько важен процесс объяснения врачом планов лечения и вариантов лечения?» 92,5% опрошенных родителей заявили (табл.5), что процесс объяснения врачом плана и вариантов лечения для них имеет немаловажное значение для принятия решения и лишь 28,5 % ответили отрицательно.

Таблица 5-Влияние плана и вариантов лечения на принятие решения об ортодонтической помощи (в % к числу анкетированных)

Ответ	Возраст			Средние данные,%
	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	
«Да» положительный	95,0	92,5	90,1	92,5
«Нет» отрицательный	25,2	30,2	30,1	28,5

Стаж работы врача в сознании родителей после обращения к врачу за ортодонтической помощью занимало чрезвычайно значимое место. На вопрос «Имеет ли для Вас значение стаж работы врача?», утвердительно ответили более 96,0% опрошенных (табл.6). Хотя по нашим наблюдениям, именно молодые врачи обладают более современными технологиями в ортодонтии и предлагают разные варианты и планы ортодонтического лечения, так как ортодонтия более молодое направление и, соответственно, развивающееся.

Таблица 6 - Результаты опроса «Имеет ли для Вас значение стаж работы врача?»

Ответ	Возраст			Средние данные,%
	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	

«Да» положительный	100,0	98,5	90,1	96,2
«Нет» отрицательный	15,2	20,2	20,1	18,5

Наличие у врача ученой степени также располагает родителей обращению к этому врачу и 86,3 % опрошенных родителей придают этому значение, только 21,7% ответили отрицательно (табл.7). Неожиданным оказались ответы на вопрос об источнике информации о необходимости получения ортодонтической помощи, где опрашиваемые указали, что надежным источником информации на этот счет явились родственники опрошенных (44,5%), у кого был опыт обращения к ортодонту и лишь незначительная часть, более 30% ответили, что источником информации оказались врачи районной поликлиники (34,7%).

Таблица 7- Результаты опроса: «Имеет ли для Вас значение ученая степень врача?»

Ответы	Возраст			Средние данные,%
	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	
«Да» положительный	80,0	88,5	90,5	86,3
«Нет» отрицательный	25,2	20,2	20,1	21,7

Информацией из интернета воспользовались всего 2,6% опрошенных, рекламой на телевидении -14,1,% ,более 21,0% информацией из инстаграмма, где выставлены результаты работ ортодонтов (табл.8). Реклама в периодических изданиях дает, как установлено, всего 15,2% подобной информации, реклама на телевидении – 14.1%, а реклама в Internet - 2,6%.

Таблица 8- Ответы на вопрос: «Что явилось источником информации для Вас о возможности ортодонтического лечения?» (%).

Источник	Возраст	Средние

	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	данные,%
Родственники	40,0	48,5	45,0	44,5
Инстаграм	25,2	20,2	20,1	21,8
Телевидение	12,8	14,0	15,5	14,1
Интернет	1,5	3,5	2,8	2,6
Врачи	30,0	38,6	35,5	34,7
Газеты	14,0	16,5	15,0	15,2

Результаты опроса свидетельствуют о том, что необходимо расширять информацию по всем источникам о тяжести стоматологических заболеваний, в частности, об аномалиях зубочелюстной системы. При опросе главным для нас было выяснение фактора мотивации родителей о необходимости ортодонтического лечения своих детей и, на поставленный вопрос «Что послужило мотивацией для Вас к получению ортодонтической стоматологической помощи?», к сожалению, были получены ответы об эстетических нарушениях у своих детей. Следует констатировать тот печальный факт, что родители не обращаются к стоматологической помощи до появления явных признаков нарушений, которые впоследствии тяжелее привести в нормальное состояние и приходится тратить большое количество времени и материальных средств родителей.

Так, более 50,0% ссылались на эстетические нарушения и только на втором месте мотивацией к обращению за помощью стояли функциональные нарушения – 44,5% (табл.9).

Таблица 9- Результаты опроса: «Что послужило мотивацией для Вас к получению ортодонтической стоматологической помощи?»

Источник мотивации	Возраст			Средние данные,%
	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	
Функциональные нарушения	40,0	48,5	45,0	44,5
Заболевания ЖКТ	2,2	10,5	30,4	14,4
Психологическое состояние	12,8	17,0	15,5	15,1
Эстетические нарушения	55,5	43,3	52,3	50,4

Беспокойство в появлении патологий желудочно-кишечного тракта выявлено у более 14,4% родителей, важно также подчеркнуть, что немаловажную роль у определенной части родителей играло возможность появления у их детей угнетенного психологического состояния. Таких людей оказалось более 15,0 % из числа опрошенных. Одним из вопросов в анкете стоял прямой вопрос: «Самостоятельно ли в обратились к врачу ортодонту?». Результаты опросов представлены в таблице 10, где отражено, что самый низкий процент опрошенных самостоятельно обратились к врачу – ортодонту (15,1%). Это происходило в основном при выявлении явных эстетических нарушений. У 50,4% процента опрошенных на первом месте стояли рекомендации знакомых, окружающих и родственников, на втором месте (39,6% ответов опрошенных) по рекомендации и консультации врачей из поликлиник, что коррелировалось с нашими выше полученными данными и свидетельствовало о необходимости информирования населения о значимости аномалий зубочелюстной системы и их последствиях (табл.10).

Таблица 10 - Результаты опроса: «Самостоятельно ли в обратились к врачу ортодонту?»

Источник	Возраст			Средние данные,%
	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	
Самостоятельно	12,8	17,0	15,5	15,1
Знакомые и окружающие	55,5	43,3	52,3	50,4
Врачи поликлиники	30,0	43,5	45,4	39,6

Так как, опросу подвергались в основном респонденты от 20 лет до 50 лет, уместным была постановка вопроса об обращении родителей со своими детьми за ортодонтической помощью к ортодонту ранее. Результаты опроса представлены в таблице 11. Выяснилось, что лишь 27,4% опрошенных из них ранее уже лечились у врача-ортодонта и 73,0% ни разу не обращались за стоматологической помощью к врачу ортодонту, что подтверждает факт необходимости просвещения.

Таблица 11- Результаты опроса: «Было ли обращение к врачу ортодонту ранее?»

Ответ	Возраст			Средние данные,%
	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	
«Да» положительный	16,8	44,8	20,5	27,4
«Нет» отрицательный	80,4	59,8	78,8	73,0

Нас интересовало качество полученного лечения и, соответственно, для выяснения оценки результатов проведенного ортодонтического лечения нами в анкете был поставлен вопрос «Довольны ли Вы результатом полученного ортодонтического лечения?». Опрошенные должны были выставить баллы: отлич-

но, хорошо, удовлетворительно и неудовлетворительно. 76,8% опрошенных оценили результаты полученного ортодонтического лечения на удовлетворительно, а 12,5% - даже на отлично (табл.). 16,5% неудовлетворительных оценок говорит о невысоком качестве оказываемого ортодонтического лечения в республике (табл.12).

Таблица 12- Результаты опроса: «Довольны ли Вы результатом полученного ортодонтического лечения?»

Баллы	Возраст			Средние данные,%
	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	
Удовлетворительно	79,8	76,5	74,2	76,8
Неудовлетворительно	25,2	24,8	19,4	16,5
Хорошо	60,1	56,3	45,7	54,0
Отлично	15,2	12,4	8,5	12,0

Так как республика Дагестан считается довольно бедной республикой с населением, где более 80% проживают со средствами ниже прожиточного минимума, вопрос об оплате был уместен при анкетировании. На поставленный вопрос «Каким видом оплаты Вы пользовались?», подавляющее большинство опрошенных ответили наличный расчет (95,9%) (табл.12).

Таблица 12- Результаты опроса: «Каким видом оплаты Вы пользовались?»

Ответы	Возраст			Средние данные,%
	21-30 (33 чел)	31-40 (33 чел)	41-50 (34 чел)	
Бесплатно	0	0	0	0
Безналичный расчет	8,3	9,5	12,3	10,0
Затрудняюсь с ответом	6,7	5,2	4,8	5,6

Наличный расчет	98,4	95,6	93,8	95,9

Опрос показал, что несмотря на наличие весьма скромных доходов у основной части населения, бесплатной помощи за ортодонтические услуги не получил ни один из опрошенных. За безналичный расчет услуги оплатили всего 10% респондентов и затруднились ответить 5,6% опрошенных. Дальнейшие наши исследования были посвящены результатам анкетирования родителей и изучению мнения о необходимости получения их детьми ортодонтического лечения. Указанные сведения были получены нами при анализе результатов опроса родителей. Анкетированию подлежало 100 человек, из них 50 мужского и 50 женского пола разных возрастов от 20 до 50 лет в возрастных группах: от 20 до 30лет, от 31 до 40, от 41до 50 года. Подлежало анкетированию по 33 человека, что соответствовало 33% процентам от разных возрастов. Согласно результатам проведенного нами анкетирования в основном обследованы родители, в возрасте которых могут иметь детей до 20 лет (табл.13).

Таблица 13 – Распределение анкетированных по половым признакам

Пол анкетированных	Возраст						Средний показатель	
	21-30		31-40		41-50			
	число	%	число	%	число	%	число	%
Женщины	19	62,7	20	66,6	15	55,9	54	54,0
Мужчины	14	37,3	13	33,4	19	44,1	46	46,0
Вместе	33	100	33	100	34	100	100	

Как отражено в таблице, в структуре опрошенных оказалось 46,0% лиц мужского пола и 54% - женского. Далее мы выясняли картину по уровню образования. Распределение анкетированных по уровню образования отражено в таблице 14. Как установлено, большинство среди обследованных, также как и по результатам предыдущего анкетирования, имеют высшее образование (от 60,6% до 79,4%). Число со средне-специальным образованием составило от 14,7% до 30,2% и со средним образование от 5,9%- 9,1%. Неполное высшее образование оказалось у 47,5 в среднем у опрошенных. Среднее образование

имело всего 8,0 процентов опрошенных, что говорит о довольно высоком общеобразовательном уровне опрошенных и, соответственно, о возможной высокой мотивации их к своевременному лечению собственных детей, страдающих аномалиями зубочелюстной системы.

Таблица 14 -Уровень образования анкетированных в % от числа обследованных.

Вид образования	Возраст						Средний показатель, %	
	21-30 (33 чел)		31-40 (33 чел)		41-50 (34 чел)			
	Общее количество	%	Общее количество	%	Общее количество	%	Общее количество	%
	33	33	33	33	34	34	100	100
Высшее	20	60,6	25	75,8	27	79,4	72	72,0
Неполное высшее	16	48,0	13	39,4	18	52,9	47	47,0
Среднее-специальное	10	30,3	5	15,2	5	14,7	20	20,0
Среднее	3	9,1	3	9,1	2	5,9	8	8,0

Прошлое анкетирование показало, что бесплатную ортодоническую помощь не получил ни один из опрошенных и, естественно, основополагающим фактором является материальное благосостояние каждой конкретной семьи. Опрос для выявления уровня дохода опрошенных, мы дополнили уточнением показателей по сравнению с материалами, полученными по первой анкете, а именно, ввели денежное выражение доходов семьи (табл. 15). Как установлено, доля лиц, имеющих доход свыше 20 тысяч рублей в месяц, составила всего 16,2%, больше всего оказалось лиц, имеющих доход ниже прожиточного минимума (67,0%). На втором месте по уровню дохода оказались лица в возрасте 41-50 лет, их средний уровень дохода составлял от 10000рублей до 15000 рублей.

Таблица 15- Уровень дохода семьи в месяц, обратившихся за ортодонтической помощью и опрошенных в % к числу обследованных

Семейный бюджет, руб	Возраст			Средний показа-тель, %
	21-30	31-40	41-50	
До 10 тыс.	76,3	66,1	58,7	67,0
10000-15000	52,2	58,4	65,4	58,7
15000-20000	10,7	45,4	36,5	30,9
Свыше 20000	5,4	17,6	25,7	16,2

Высокий процент лиц, имеющих доход ниже 10 тысяч рублей вполне коррелирует с ранее приведенными данными о характеристике республики, имеющей самый низкий уровень жизни населения. Наличие большого количества лиц с низким доходом говорит о невозможности и неплатежоспособности населения для получения платной ортодонтической помощи для лечении детей даже при наличий существенных аномалий зубочелюстной системы. Соответственно, чтобы не оставить детей из таких семей без необходимой им ортодонтической стоматологической помощи, которая может привести к дальнейшему психологическому угнетению, необходимо предусмотреть на республиканском уровне соответствующие льготы. Для данной категории населения нужны серьезные изменения в социальной сфере и законодательстве. Исследованиям подлежал уровень полученной ортодонтической стоматологической помощи школьниками, для выяснения которого нами была составлена специальная анкета, где были отражены основные вопросы. С этой целью было опрошено 60 школьников в возрасте от 12 до 15 лет включительно по специально разработанной анкете.

Обследованные и опрошенные школьники были распределены по полу, из которых 51,7% составили лица женского пола и 48,3% - лица мужского пола. По числу и по возрасту опрошенных были отобраны по 15 человек разных полов (табл.16).

Таблица 16 - Распределение анкетированных школьников в % к числу обследованных по полу

Пол анкетированных	Возраст								Средний показатель	
	12		13		14		15			
	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%
Женщины	5	33,3	10	66,6	7	46,7	9	60,0	31	51,7
Мужчины	10	66,6	5	33,3	8	53,3	6	40,0	29	48,3
Вместе	15	100	15	100	15	100	15	100	60	100

В анкете был вопрос о прохождении ортодонтического лечения ранее и о применении съемной и несъемной аппаратуры при этом. Всего было опрошено 60 человек обоих полов по 15 человек каждого возраста. Как отражено в таблице, в структуре опрошенных - дети разных возрастов, из них обращались ранее всего 43 школьника из 60 опрошенных, что составляет всего 71,7%. При этом съемную аппаратуру применяли 29 школьников, что составило 48,3% опрошенных. Несъемная апаратура не была применена ни у одного опрошенного (табл.17).

Таблица 17- Показатели по применению ортодонтической аппаратуры при лечении

Результаты	Возраст								Средний показатель	
	12		13		14		15			
	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%

Вид аппа-рату-ры	съем-ная	5	33,3	8	66,6	7	46,7	9	60,0	29	48,3
	несъем ная										
Обращались ранее		10	66,0	8	53,3	13	86,6	12	89,0	43	71,7

Полученные данные свидетельствует о том, что в республике недостаточно широко применяется несъемная ортодонтическая техника. При анкетировании выясняли характер жалоб школьников, имеющих аномалии зубочелюстной системы, в точности какие признаки дискомфорта они чувствуют при наличии данной патологии (табл.18).

Таблица 18- Характер жалоб и признаки дискомфорта школьников, страдающих аномалиями зубочелюстной системы в %

Характер жалоб и признаки дискомфорта	Возраст				Средний показатель
	12	13	14	15	
Эстетические нарушения	54,5	62,2	65,8	79,0	65,4
Функциональные нарушения	15,0	20,0	25,0	20,0	20,0
Нет признаков дискомфорта	100,0	60,0	40,0	50,0	62,5

Как установлено нами, 65,5 % опрошенных жалуются на наличие эстетических нарушений, и всего 20,0% опрошенных на наличие функциональных нарушений, характеризующиеся неправильным жеванием и др. Нет признаков дискомфорта у довольно значительной доли школьников, составляющий 62,5% из опрошенных. Выявление взаимосвязи физического развития (неправильная осанка) и патологии зубочелюстной системы, которое мы попытались выяснить

в ходе опроса привели к интересным фактам, которые отражены в таблице 19. Как установлено нами, 51,2 % опрошенных жалуются на наличие изменений в осанке и лишь у 28,8% опрошенных нарушений в осанке не обнаружено. Имеющие нарушения осанки имели общие заболевания и заболевания органов дыхания.

Таблица 19-Доля школьников с нарушениями осанки, страдающих аномалиями зубочелюстной системы в %.

Изменения в осанке	Возраст				Средний показатель
	12	13	14	15	
Нарушена	24,1	40,5	65,1	75,0	51,2
Не нарушена	15,0	30,0	40,0	30,0	28,8

Дальнейшие исследования были направлены на изучение наследственных факторов при выявлении патологии зубочелюстной системы у школьников (табл.20). Как установлено анкетированием, более 50,0% аномалий зубочелюстной системы имеются у родственников из числа обследованных.

Таблица 20- Доля ближайших родственников с наличием аномалий зубочелюстной системы у опрошенных, в %.

Степень родства	Возраст				Средний показатель
	12	13	14	15	
Братья	37,1	18,7	18,0	33,5	26,8
Сестры	25,4	18,8	36,1	20,0	25,1
Родители	24,1	40,5	65,1	75,0	51,2
Всего	86,6	78,0	39,7	42,8	34, 4

Установлено, что носителями данной патологии являются у 26,8% опрошенных -братья, у 25,1% - сестры и у 51, 2%- родители, что свидетельствуют о наследственном характера патологий зубочелюстной системы. Наследственный характер данной патологии требует более жестких требований к предупреждению, профилактике и методам ортодонтического лечения. Поскольку данная

патология закладывается генетически, необходимо помимо обычных методов лечения позаботиться об исключении ретенции зубов, дефектов прорезывания, при котором сегмент появляется из десневой ткани лишь частично, либо не появляется вообще. Практика подтверждает, что если человек не обращается к стоматологу и не делает рентген, патология не доставляет дискомфорта, в определенном проценте случаев следует ожидать рецидивов аномалий зубочелюстной системы. Дальнейшими исследованиями и анкетированием установлены, что имеются определенные предрасполагающие факторы появления аномалий зубочелюстной системы в виде вредных привычек таких как, грызня ногтей, сосание (табл.21).

Таблица 21- Связь с наличием вредных привычек и аномалиями зубочелюстной системы у школьников в %

Вредная привычка	Возраст				Средний показатель
	12	13	14	15	
Сосание пальцев	7,1	8,7	18,2	2,5	9,1
Сосание верхней губы	12,5	10.4	18,5	13,3	13.7
Сосание предметов	51,4	47,5	37,8	46,9	45,9
Сосание языка	2,3	6,3	4,2	3,1	3,9

Вредную привычку как сосание предметов установлено у 45,9% обследованных, из них имеют как сосание верхней губы у 13,7% 9, языка у 3,9% и пальцев у 9,1 % анкетированных. Указанные вредные привычки в значительной степени усугубляет аномалию или могут быть предрасполагающим фактором к развитию и усугублению аномалий зубочелюстной системы. Далее нами проведено анкетирование и поставлен вопрос о наличии функциональных нарушений у лиц, страдающих аномалиями зубочелюстной системы, результаты которых отражены в таблице 22. Исследованиями установлено, что подавляющее боль-

шинство из опрошенных лиц имеют подобные нарушения: нарушение произношения выявлено у 30,1%, на ротовое дыхание жалуются -27,5%, 5,5% -на несмыкание губ. На инфантильное глотание и на вялое жевание жалуются 4,3% и 2,9%, соответственно, из числа опрошенных лиц.

Таблица 22- Результаты вопроса «Имеются ли функциональные нарушения у школьников, страдающих аномалиями зубочелюстной системы», в %

Нарушения	Возраст				Средний показатель
	12	13	14	15	
Нарушение произношения	35,7	38,6	25,4	20,5	30,1
Вялое жевание	4,5	3,4	2,8	1,0	2,9
Инфантильное глотание	5,4	4,6	3,1	3,9	4,3
Ротовое дыхание	32,8	30,4	25,7	21,2	27,5
Несмыкание губ	8,3	5,3	4,9	3,5	5,5

Таким образом, кроме эстетических нарушений, аномалии зубочелюстной системы ведут и как существенным функциональным нарушениям зубочелюстной системы. Вопрос о влиянии прорезывания зубов на появление аномалий зубочелюстной системы в анкете мы не поставили, так как регистрировали данные лиц с задержками прорезывания временных и постоянных зубов. При формировании аномалий прикуса в стоматологической практике значение имеют постоянные зубы, поэтому мы изучали данные о задержках прорезывания постоянных зубов, результаты которых отражены в таблице 23.

Нами установлено, что в 57,5 % случаев наблюдаются задержки в прорезывании постоянных зубов у лиц, страдающих аномалиями зубочелюстной системы, в

частности у 75,7% в возрасте 12 лет, у 58,6% - в возрасте 13 лет. Наименьший процент зависимости - возрасте 15 лет и равен 40,5%, что говорит о снижении с возрастом показателей зависимости

Таблица 23- Зависимость аномалий зубочелюстной системы и сроков прорезывания постоянных зубов у школьников %.

Нарушения	Возраст (лет)				Средний показатель, %
	12	13	14	15	
Нарушение сроков прорезывания, %	75,7	58,6	55,4	40,5	57,5

Данные проведенных исследований свидетельствуют о взаимосвязи аномалий зубочелюстной системы и физического развития школьников и наличии серьезных нарушений в соматическом статусе исследуемых лиц. Поэтому при назначении лечения и профилактики аномалий зубочелюстной системы у детей необходимо учитывать указанные факторы и найти комплексный подхода лечения.

Список литературы.

1.Аверьянов С.В., Чуйкин С.В. , Чуйкин О.С. , Зубарева А.В. Экологические факторы возникновения зубочелюстных аномалий//Журнал: Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук .№6, 2015. С. 57-61

2.Аверьянов, С.В. Распространенность и структура зубочелюстных аномалий у детей крупного промышленного города / Аверьянов С.В.,Чуйкин О.С. // Dental-Forum. - 2009. - No 2. - С. 28-32.

3.Губина Л.К. Изучение распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций среди детей школьного возраста. Выявление процента проведенного ортодонтического лечения и оценка его эффективности / Д.С.Козлов // Тезисы к IV научно-практической конференции с международным участием "Актуаль-

ные вопросы стоматологии детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний". - СПб, 2008. – С.27-28.

4. Икромова Г.Д. Распространненость зубочелюстных аномалий среди детей и подростков республики,//дисс. к.м.н. Таджикистан, 2007 г.

5.Романов Д.О. Распространенность, профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у детей Краснодарского края// дисс.к.м.н., 20010.

6.Проняева А.И. Влияние неблагоприятных факторов среды на возникновение системной гипоплазии эмали постоянных зубов у детей // дисс. К.м.н..2012г.

7.Шамов С.М. Изучение эпидемиологии зубочелюстных аномалий у детей и подростков республики Дагестан с помощью двухкомпонентного ортодонтического индекса//. Вестник новых медицинских технологий – 2012 – т. X1X, № 3 – с. 82

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Ф. И. Османова

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Российский университет дружбы народов (РУДН), г. Москва.

Актуальность. Одной из характеристик состояния здоровья населения является частота врожденных пороков развития человека. В России ежегодно появляются от 3,5 до 5 тысяч детей, из которых более 50% пациенты с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба. Среди факторов риска рождения детей с пороками отмечены вирусные инфекции, токсикоз, стрессовые ситуации матери во время беременности. Значительным фактором риска рождения детей с аномалиями является характер его деятельности, так как среда обитания во время ранних сроков беременности оказывает ощутимое значение. На первом месте больше всего рождаются дети с аномалиями у работников сельского хозяйства, водителей и работников химической промышленности, что подтверждает факт влияния окружающей среды на внутриутробное развитие ребенка. [1,2,3,4.].

Врожденная расщелина неба оказывает большое влияние на формирование зубочелюстной системы ребенка. Неуклонный рост частоты встречаемости врожденных пороков развития челюстно-лицевой области, повышение требований к результатам ортодонтического лечения, частые неудовлетворительные результаты исправления врожденных аномалий развития верхней челюсти и вторичных послеоперационных деформаций оставляют проблему оптимизации диагностики и ортодонтического лечения детей с врожденным несращением особенно актуальной. Заболевания твердых тканей зубов, недостаточная гигиена полости рта, продолжительное ношение ортодонтических аппаратов, их частые перебазировки приводят к значительному разрушению коронок зубов к 15-16 годам. Длительный процесс ортодонтических мероприятий прерывается

многоэтапным хирургическим лечением в челюстно-лицевой области без учета ретенционного периода, поэтому выраженность зубочелюстных аномалий нарастает, ортодонтическое лечение многих пациентов оказывается неэффективным и заканчивается протезированием. [1,2,3].

Материалы и методы исследований. Нами проведено анкетирование 121 родителей детей с врожденными расщелинами. При опросе заданы следующие вопросы: Ф. И. О. адрес, национальность, диагноз, пол, дата рождения, какой по счету ребенок, и от какой беременности. Прием матерью лекарственных средств в первые 3 месяца беременности, уровень гемоглобина во время беременности, перенесенные инфекционные заболевания, наследственность.

Результаты исследований. При обследовании детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба установлен низкий уровень гигиены полости рта. Наблюдения показали, что особенностью течения кариеса у этой категории пациентов является раннее его возникновение и прогрессирующее развитие, которое приводит к преждевременной потере зубов. Суть проводимых мероприятий в применении ортодонтических методов для лечения деформаций и дефектов зубных рядов, направленные на восстановление нарушенных функций жевания, дыхания, речи. При ортодонтическом лечении больных с врожденными расщелинами необходимо индивидуальное планирование ортодонтической помощи в зависимости от выраженности зубочелюстных деформаций, возраста и вида расщелины.

Материалы 121 истории болезней за 2017-2019гг с разными видами врожденных расщелин верхней губы и неба показали, что у 59 детей химический фактор являлся причиной развития болезни, так как один из родителей работал в сельском хозяйстве или промышленном предприятии с химическим уклоном, по генетическим причинам 15 детей; вирусная простуда - 22 ребенка, анемия беременных - 25 случаев. 35 пациентов с химическим фактором родились в г. Кизляр, всего 5 пациентов из г. Хасавюрт. Основные нарушения вели к деформациям средней зоны лица, дисгармонии развития лицевого скелета.

Город Кизляр расположен в центре хозяйств сельскохозяйственной направленности, занимающимися выращиванием винограда, при производстве которого применяются многократно за 1 год химикаты, что, возможно, и является ещё одной причиной повышения частоты врожденных расщелин губы и неба в данном городе. В этиологическом аспекте врожденные расщелины верхней губы и неба относятся к мультифакторной патологии, в которой могут иметь значение различные эндогенные и экзогенные факторы. Критическим периодом для развития расщелины верхней губы является 5–6-я неделя беременности, так как первичное нёбо формируется приблизительно на 6–7 неделе внутриутробного развития и способствует начальному разделению между ротовой и носовой полостями, неба -10–12-я неделя, альвеолярного отростка - 6–7-я неделя. 59 (48,8 %) матерей во время первых 3х месяцев беременности принимали лекарственные средства или работали в сельском хозяйстве и химической промышленности, которые оказали химическое воздействие эндогенного характера вследствие введения в организм биологически активных соединений с пищей или с выдыханием отравленных паров.

У 25 детей, составляющих 20,7% от общего количества больных, выявлены изолированные расщелины верхней губы, изолированные расщелины твердого и мягкого неба у 26,4% больных, в том числе у 10 детей, а 71% детей с комбинированными расщелинами.

У 50,0% детей отмечены сопутствующие заболевания. В основном 80,0% больных детей на искусственном вскармливании, и лишь 20,0% детей на грудном вскармливании. Первая беременность у 40 женщин, вторая беременность и второй ребенок с патологией - 25, первый нормальный; третья беременность и патология - 25, предыдущие норма; и у остальных все предыдущие дети в норме и только последний ребенок с патологией.

Из 121 ребенка с расщелиной верхней губы и неба 60 имели сопутствующие заболевания, такие как хронический бронхит, тонзиллит, гнойный отит.

Возможными причинами рождения детей с врожденными пороками развития может служить то, что этот регион сельскохозяйственной направленности, жи-

тели занимаются выращиванием винограда и зерновых, соответственно неблагоприятная экологическая обстановка, сопровождающаяся повышением предельно допустимой концентрации в окружающей среде токсичных веществ.

Исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать следующие выводы: изолированные расщелины верхней губы, твердого и мягкого неба - составляют 20,7 %, комбинированные расщелины - 71,0 %, от первых родов и первой беременности 33,3 % рождается с расщелиной.

Исходя из полученных результатов, необходимо направить внимание на разработку современных методов диагностики, лечения и сроков оперативного вмешательства, обеспечения рационального и обоснованного планирования в оказании помощи детям с расщелинами губы и неба. В последние пятнадцать лет в России для исправления зубочелюстных аномалий и деформаций в периоде сменного прикуса применяется несъемная брекет-система . В связи с этим появились большие возможности для успешного лечения больных. Однако, в отечественных публикациях недостаточно данных для использования этой техники у больных с врожденными расщелинами губы, альвеолярного отростка и неба. Степень выраженности аномалий отдельных зубов на верхней челюсти у пациентов с расщелиной выше, чем без порока развития. Ярко выраженное отличие наблюдается при анализе аномалий структуры, формы, размера, количества и сроков прорезывания зубов. В среднем активное ортодонтическое лечение пациентов с расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба составляло во второй половине временного прикуса - (4-6 лет) 12-18 месяцев, в периоде смены зубов (7-12 лет) - 14-22 месяцев, в период постоянного прикуса (13-16 лет) - 18-26 месяцев.

Вследствие вариации размеров верхнечелюстных зубов, а также их структурных аномалий, для определения стандартных параметров зубных дуг следует использовать биометрические методики, основанные на размерах нижних зубов. Среди детей с врожденной расщелиной неба и тканевых пороков развития превалируют лица женского пола (8,7% и 29,3%).

Из анализа анамнестических данных обследованных следует отметить, что данные анкет здоровья из амбулаторных медицинских карт стоматологических пациентов субъективны, ответы на вопросы заполняли пациенты без участия и опроса лечащего доктора.

Для 87% детей с зубочелюстными аномалиями в возрасте 7-12 лет и 58% в возрасте 13-15 лет было обнаружено, что их матери имели стимуляцию родов. Патология беременности и родов имели матери 59% и 33% детей исследуемых групп. Наиболее часто встречались токсикозы первой и второй половины беременности (72%); угроза выкидыша (22%); перенесенные острые респираторные вирусные инфекции (75%), а также наличие хронических заболеваний (52%). Неблагоприятное воздействие перенесенных оперативных вмешательств под общим наркозом в раннем и дошкольном возрасте, ввиду токсического воздействия на организм ребенка в период формирования прикуса временных зубов составило 14% и 8% для возрастных групп 7-12 и 13-15 лет. Из анализа анамнестических данных следует, что дети в возрасте 13-15 лет наиболее часто страдают заболеваниями опорно-двигательного аппарата (54%), заболеваниями аллергического характера (33%), а также инфекционными и паразитарными болезнями (29%). Реже встречаются хронические заболевания ЛОР-органов (17%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (13%), и болезни нервной системы (4%). Хронические заболевания органов кровообращения у пациентов этой группы не встречались.

Таблица 1 **- Структура хронической патологии в постнатальном периоде у детей в периоде сменного и постоянного прикуса**

№	Заболевания	Дети в возрасте 7-12 лет (n=80)		Дети в возрасте 13-15 лет (n=80)	
		абс.	%	абс.	%
	Инфекционные и паразитарные болезни	36	45,0	23	29,0
	Болезни костно-мышечной системы и	33	41,0	43	54,0

	соединительной ткани				
	Аллергические заболевания	26	33,0	26	33,0
	Болезни органов дыхания	25	32,0	37	46,0
	Заболевания ЛОР-органов	12	15,0	14	17,0
	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	12	15,0	10	13,0
	Болезни нервной системы	9	12,0	3	4,0
	Болезни органов кровообращения	5	6,0		---

В свою очередь, у детей г. Кизляр в периоде сменного прикуса наибольшую распространенность имеют инфекционные и паразитарные болезни (45%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (41%), аллергические заболевания (33%), болезни органов дыхания (32%). Несколько реже встречаются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (15%), болезни нервной системы (12%). В единичных случаях встречались болезни органов кровообращения (6%) (табл. 1). У школьников в возрасте 7-12 лет за последние годы распространенность хронических заболеваний различных органов и систем намного выше, чем у детей в возрасте 13-15 лет, что указывает на накопительный эффект воздействия экотоксикантов окружающей среды на иммунитет и здоровье детского населения.

Выводы. Таким образом, высокий уровень заболеваемости детского населения в г. Кизляр свидетельствует о необходимости разработки и внедрения рекомендаций по организации профилактической и медико-стоматологической помощи подросткам и детям с раннего возраста.

Анализы самооценки состояния общего и стоматологического здоровья детей и их родителей, а также выявленных неблагополучных экологических факторов проживания (наличие экотоксикантов в питьевой воде, атмосферном воздухе, пестицидная нагрузка на почву и используемые пищевые продукты), влияющих на высокий уровень стоматологической и соматической заболеваемости, онко-

заболеваемости и врожденных пороков развития детского населения, могут быть положены в основу формирования научно обоснованных рекомендаций по организации профилактической помощи изучаемому контингенту пациентов.

Нуждаемость в оказании ортодонтической помощи пациентам с зубочелюстными аномалиями и дефектами зубных рядов растет, несмотря на развитие технологий, это связано с рядом факторов, среди которых можно выделить большую неосведомлённость о здоровье полости рта основной массы населения страны, которое имеет устойчивую тенденцию к ухудшению. Доля стоматологической заболеваемости в структуре общей заболеваемости населения составляет 20-25%.

Список литературы:

1.Адмакин О.Н. Дудник О.В., Мамедов А. А. И др. Особенности ортодонтического лечения пациентов с расщелиной губы и неба. Стоматология детского возраста и профилактика. 2020; 20 (2); 137-142.

2.Арсенина О. И., Иванова Ю. А., Попова Н.В. И др. Раннее ортодонтическое лечение детей с зубочелюстными аномалиями в период смены зубов с использованием несъемной ортодонтической техники. Ж. Стоматология, 2015; 94 (4); 80-90.

3.Kosyreva T.F., Astarkhanova F.I., The impact of adverse environmental factors on the occurrence and prevalence of diseases in the Republic of Dagestan.E3S Web of Conferences Cep. "International Conference on Advances in Energy Systems and Environmental Engineering, ASEE 2019" 2019; 36;9-12 June, 2019. Wroclaw, Poland

4.Гасангаджиева А.Г. Эколого-географические принципы прогнозирования заболеваемости злокачественными новообразованиями населения республики Дагестан. Юг России: экология, развитие. 2010 (2). 178-208.

5.Османова Ф.И., Османов И.Н. Факторы развития зубочелюстных аномалий проживающих в зоне экологического неблагополучия. Ивестия ДагГАУ; 2019; 2(2).10-14.

ПОКАЗАТЕЛИ БАЗАЛЬНОГО КРОВОТОКА В МИКРОСОСУДАХ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Будайчиев Г.М-А., Абакаров Т.А., Махмудова З.К., Меджидова Н.М., Халилов Х.Х.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала

Введение. Наименьшими функциональными единицами сосудистой системы пародонта являются артериолы, венулы, капилляры. Локальные потребности тканей пародонта определяются амплитудой колебания микрососудистого русла. Участие сосудов микроциркуляторного русла в метаболизме тканей пародонта складывается из площади микрососудов и разницей давления в них на входе и выходе крови [1–3]. Ткани пародонта, выполняя многочисленные функции, являются предметом исследования специалистов в прикладном и клиническом значении [4]. В связи с этим предложено множество методов исследования челюстно-лицевой области и пародонтального комплекса у людей в разные периоды онтогенеза как в нормальных условиях, так и при различных патологических состояниях [5]. Отмечено положительное влияние комплексных методов лечения пациентов с основными стоматологическими заболеваниями на ткани пародонта. Особое внимание уделяется детям с эндокринопатиями, в частности с сахарным диабетом, который в настоящее время является довольно распространенной патологией. Предложены многочисленные методы исследования тканей и органов полости рта у детей с данной патологией. Особое внимание уделено исследованиям микроциркуляторного русла тканей пародонта у детей с указанной патологией [6,7]. Учитывая актуальность проблемы, нами продолжены наблюдения за детьми с учетом длительности основного заболевания и особое внимание уделено анализу фоновых показателей базального кровотока, что и послужило целью нашей работы.

Цель исследования. Определить фоновые показатели базального кровотока в микрососудах пародонта у детей 12–15 лет с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы. Фоновые показатели базального кровотока в микрососудах пародонта были определены у детей 12–15 лет в двух клинических группах с диагнозом «Сахарный диабет 1 типа». В первую группу вошли 32 человека, у которых диагноз был поставлен впервые и длительность заболевания не превышала двухлетнего периода. Вторая клиническая группа включала детей, давность заболевания которых превышала 3 года, и в данной группе было 35 детей. Группу сравнения составили дети без патологии эндокринной и пищеварительной систем. Во всех случаях основной диагноз был установлен в стационаре. На проведение данного исследования было получено разрешение Этического Комитета. Родители детей оформляли информированное согласие в соответствии с общими требованиями к этике научных исследований. При исследовании использовался лазерный анализатор ЛАКК-ОП. Исследования проводили с учетом рекомендаций специалистов. Оценивали общепринятые показатели. Определяли нейрогенный тонус сосудов, миогенный тонус и показатель шунтирования. Нейрогенный тонус рассчитывали по отношению произведения среднего квадратического отклонения показателя микроциркуляции к среднему артериальному давлению на произведение наибольшей амплитуды колебаний перфузии в диапазоне нейрогенном на среднее арифметическое показателя микроциркуляции. При расчете миогенного тонуса также использовалось отношение произведения среднего квадратического отклонения показателя микроциркуляции на артериальное давление к произведению амплитуды осцилляций миогенного диапазона к среднему арифметическому значению показателя микроциркуляции. Показатель шунтирования оценивался отношением миогенного тонуса сосудов к нейрогенному. Статистические данные обрабатывались методом вариационной статистики с использованием пакета программ персонального компьютера.

Результаты и обсуждение. В результате исследования детей группы сравнения установлено, что нейрогенный тонус микрососудов пародонта составлял 2,07±0,49 относительных единиц, миогенный тонус был 2,58±0,69, а показатель шунтирования – 1,26±0,18 ед. У детей 1 клинической группы нейрогенный то-

нус был снижен на 18,4±1,3% и составлял 1,69±0,35 относительных единиц. Миогенный тонус был достоверно выше на 12,8±0,7% (2,91±0,94 отн. ед.). Так же были больше показатели шунтирования, которые составляли 1,73±0,31 ед. В тоже время у детей 2 группы отмечалось снижение нейрогенного и миогенного тонуса сосудов (1,88±0,41 и 2,47±0,58 соответственно) по сравнению с детьми без патологии эндокринной и пищеварительной систем, а показатель шунтирования возрастал на 3,9±0,2% (1,31±0,26 ед.) В результате оценки нейрогенного тонуса соудов установлено, что усугубление расстройств микроциркуляции сосудов пародонта у детей с сахарным диабетом 1 типа создает условия для микротромбоза, способствуя местной ишемии тканей, блокаде кровотока, кровоизлияниям. Уменьшение показателей нейрогенного и миогенного тонуса у детей с длительностью заболевания более трёх лет, отражает сокращение активности симпатических адренергических влияний и уменьшение барьерной функции сосудов пародонта. Колебания показателя шунтирования свидетельствуют о том, что на ранних стадиях основного заболевания отмечается усиление тока крови по артериоловенулярному шунту при снижении нейрогенного и повышении миогенного тонуса; на поздних стадиях отмечается перераспределение тока крови в пользу звена, которое обеспечивало транскапиллярное поступление питательных веществ, при нормализации показателя шунтирования и миогенного тонуса сосудов. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения подобных исследований для оценки эффективности проводимых лечебных мероприятий как в клинике эндокринологии, так и в клинической стоматологии.

Выводы. Высокий уровень показателя шунтирования с относительной нормализацией нейрогенного и миогенного тонуса сосудов, подтверждает наличие низкой эффективности кровотока в микрососудах пародонта детей с сахарным диабетом 1 типа, что может быть использовано при выборе методов комплексной терапии детей.

Список литературы.

1. Дмитриенко С.В., Шкарин В.В., Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н. Алгоритм определения размеров искусственных зубов по морфометрическим параметрам лица у людей с полной адентией // Стоматология. 2018. №97(6). С. 57–60. DOI: 10.17116/stomat20189706157.

2. Дмитриенко С.В., Краюшкин А.И., Перепелкин А.И., Вологина М.В., Дмитриенко Д.С. Очерки стоматологической анатомии. Волгоград, 2017.

3. Дмитриенко С.В., Краюшкин А.И., Дмитриенко Д.С., Ефимова Е.Ю. Топографоанатомические особенности строения костной ткани резцово-нижнечелюстных сегментов // Стоматология. 2007. Т. 86. № 6. С. 10–12.

4. Доменюк Д.А., Чуков С.З., Боташева В.С., Сумкина О.Б., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В. Морфология тканей пародонта при дозированном нагружении. Ставрополь, 2016.

5. Дмитриенко С.В., Филимонова Е.В., Дмитриенко Д.С., Чижикова Т.С. К вопросу определения индивидуальных размеров постоянных зубов человека // Ортодонтия. 2009. № 2 (46). С. 20–23.

6. Дмитриенко С.В., Иванов Л.П., Миликевич В.Ю., Лободина Л.А. Классификация дефектов зубных рядов у детей и методы ортопедического лечения // Стоматология. 1994. № 4. С. 61.

7. Персин Л.С. Основы протетической стоматологии детского возраста М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. 192 с.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Будайчиев Г.М-А., Меджидова Н.М., Халилов Х.Х., Будайчиев М-А. Г.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала

Введение. Сахарный диабет является довольно распространенной патологий. Отмечено, что на 100000 детского населения приходится 86,7 человека, а у подростков указанный показатель возрастает до 203,29, что определяет актуальность исследования [1, 2]. Специалистами отмечено, что на ранних стадиях заболевания имеющиеся функциональные нарушения носят обратимый характер, доминируя на уровне мелких кровеносных сосудов [3]. Поздние стадии сахарного диабета 1 типа характеризуются стабильностью и необратимостью функциональных расстройств, связанных с декомпенсацией углеводного обмена. При этом нередко возникают осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. Специалисты отмечают ишемическую болезнь сердца, что влияет на качество жизни пациентов [4]. Развитие современных методов диагностики, исследование метаболизма костной ткани и оценки орального гомеостаза занимает ведущее место в исследовании тканей пародонта, в том числе и у пациентов с сопутствующей соматической патологией [5]. Уделено внимание исследователей комплексной оценки состояния зубочелюстной системы у пациентов с физиологической окклюзией зубных рядов [6]. В тоже время, при сахарном диабете, нарушение метаболизма тканей и органов полости рта способствует появлению сопутствующей патологии. В свою очередь, сопутствующая сахарному диабету соматическая патология, может оказывать влияние и на пародонтальные ткани. В связи с этим, изучение структуры сопутствующей патологии у детей с сахарным диабетом 1 типа остается актуальной задачей здравоохранения.

Цель исследования. Определить структуру сопутствующей соматической патологии у детей 12–15 лет с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы. Проведено общеклиническое и лабораторное исследование сопутствующей патологии у 67 человек 12–15-летнего возраста, которые находились на лечении в отделении эндокринологии ГБУ РД "Детская республиканская клиническая больница им.Н.М.Кураева" г. Махачкалы. Диагноз «сахарный диабет 1 типа» был установлен с учетом данных общего анализа крови; определения уровня глюкозы с помощью биохимического анализа крови, а также оценки результатов анализа мочи. Клиническое обследование включало скрининг сосудистых осложнений. Выявляли уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), а остаточную функцию β-клеток поджелудочной железы оценивали по секреции С-пептида. Все необходимый обследования и лечение детей проводилось после получения письменного информированного согласия родителей. Текст информированного согласия и проведение исследования одобрено Этическим Комитетом. Под наблюдением были пациенты, отличающиеся по давности основного заболевания. В 1 клинической группе было 32 человека, у которых продолжительность исследуемой нозологической формы не превышала двухлетнего периода. К тому же у данного контингента отсутствовали сосудистые осложнения. У 35 детей второй клинической группы длительность заболевания составляла от 3 до 10 лет.

Результаты и обсуждение. У детей первой клинической группы показатель гликемии составляли 9,8±0,9 ммоль/л, а у детей 2 группы исследуемый показатель был достоверно выше (13,8±1,3 ммоль/л). Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) в первой и второй группе составлял 8,9±1,1% и 10,7±2,4%, соответственно. Доза инсулина у детей 1 группы была меньше (0,5–0,8 ЕД/кг/сут), чем у детей 2 группы (0,8–1,2 ЕД/кг/сут). Оценка осложнений отличалась от давности заболевания. Так, у 1 ребёнка (3,1%) в анамнезе была отмечена диабетическая нефропатия в стадии микроальбуминурии. У 2 пациентов была выявлена диабетическая ретинопатия, что составило 6,2%. В то же время, у детей 2 группы, сопутствующая патология была более выражена. У 16 детей была выявлена диабетическая нейропатия, у 9 детей была выявлена диабетическая нефропатия в стадии микроальбуминурии, что составляло 25,8% от

числа исследуемых пациентов. В 22,9% случаев (8 детей) была диагностирована диабетическая ретинопатия, а диабетическая хайропатия, сопровождающаяся ограничением подвижности суставов, была зарегистрирована у 1 ребёнка (2,8%). Так же у одного пациента был выявлен синдром Мориака, при котором отмечалось увеличение печени, а также отставание в развитии (половом и физическом). Сочетанные осложнения были отмечены у 15 детей 2 группы, что составляло 42,8%. Проведенное исследование указывает на достаточно высокий процент сопутствующей патологии у детей с сахарным диабетом, что может быть использовано для составления программ профилактической направленности у данного контингента пациентов. Данные помогут врачам стоматологам детским определять объём стоматологического лечения с учетом форм основного заболевания.

Выводы. Таким образом, сопутствующая патология и осложнения чаще наблюдались у детей, давность основного заболевания которых составляла более 3 лет, что необходимо учитывать в клинической эндокринологии и стоматологии при выборе методов лечения.

Список литературы.

1. Давыдов Б.Н., Доменюк Д.А., Дмитриенко С.В. Особенности микроциркуляции в тканях пародонта у детей ключевых групп, страдающих сахарным диабетом 1-го типа. (Часть I) // Пародонтология. 2019. Т. 24. № 1–24 (90). С. 4–10.

2. Давыдов Б.Н., Доменюк Д.А., Быков И.М., Ивченко Л.Г., Дмитриенко С.В. Современные возможности клинико-лабораторных, рентгенологических исследований в доклинической диагностике и прогнозировании риска развития заболеваний пародонта у детей с сахарным диабетом первого типа. Часть I // Пародонтология. 2018. Том 24. № 3–24 (88). С. 4–11.

3. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В. Совершенствование методов диагностики зубочелюстных аномалий по результатам изучения функциональных сдвигов в системе орального гомеостаза (Часть I) // Институт стоматологии. 2016. № 2 (71). С. 74–77.

4. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В. Совершенствование методов диагностики зубочелюстных аномалий по результатам изучения функциональных сдвигов в системе орального гомеостаза (Часть II) // Институт стоматологии. 2016. № 3 (72). С. 58–61.

5. Персин Л.С. Основы протетической стоматологии детского возраста М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. 192 с.

6. Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н., Ведешина Э.Г., Дмитриенко С.В., Гильмиярова Ф.Н., Орфанова Ж.С. Изменение маркеров метаболизма костной ткани в сыворотке крови и ротовой жидкости у пациентов с зубочелюстными аномалиями // Институт стоматологии. 2016. № 1 (70). С. 64–66.

ПОВЫШЕННАЯ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.КАСПИЙСК

Будайчиев М-А. Г., Курбанов О.Р., Будайчиев Г.М-А., Будайчиева М.А.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала

Введение. По данным литературных источников от 15 до 50 % населения планеты страдают патологической стираемостью зубов [1]. Процесс потери твердых тканей разнообразен по своей локализации и может проявляться в области одного, нескольких или всех зубов пациента, одним из наиболее серьезных последствий данной патологии является снижение высоты нижней трети лица, поэтому многие специалисты в области стоматологии заинтересованы в решении этой проблемы. В ходе процесса патологической стираемости зубов выявляется деминерализация твердых тканей зуба, так как снижается их резистентность к воздействию кариесогенных факторов. Наблюдается интенсивная потеря твердых тканей и повышенная чувствительность зубов с участками обнаженного дентина [2].

Проблема патологической стираемости актуальна, так как последствия могут быть необратимыми – начинается деформация челюсти, происходят нарушения работы жевательных мышц и состояния пульпы, что приводит к полному разрушению или выпадению зуба, или всего зубного ряда. Знание распространенности повышенного стирания твердых тканей зубов, особенностей течения, этиологических факторов поможет подобрать оптимальный метод лечения, профилактики, что обеспечит наиболее эффективный и долговременный успех лечения, а также минимальную вероятность развития осложнений [3].

Целью данного исследования явилось определение распространенности, факторов развития повышенного стирания твердых тканей зубов среди населения, проживающего в городе Каспийск.

Материалы и методы. Для выполнения этой задачи нами в стоматологической клинике «Altera» г. Каспийска, было обследовано 98 человек в возрасте

17–64 лет. К каждому пациенту использовался индивидуальный подход, комплексное обследование. Визуальный осмотр включал оценку пропорций лица, изучение состояние твердых тканей и слизистой полости рта; пальпацию мягких тканей полости рта для выявления их патологии; осмотру, пальпации и выслушиванию подлежал височно-нижнечелюстной сустав, челюстные мышцы.

Проведено анкетирование пациентов по основным факторам риска, связанных с данным заболеванием, определением всех жалоб и сбором анамнеза, выяснением обстоятельств по следующим вопросам: есть ли боли и повышенная чувствительность; имеют ли место эстетические изменения; есть ли функциональные изменения. Нами также определялся тип стираемости по Бушану (горизонтальная, вертикальная, смешанная), его сочетание с гиперчувствительностью.

Результаты исследования и их обсуждение. Анкетирование показало, что регулярно и, как правило, раз в сутки чистят зубы 68% анкетируемых людей. Почти все обследованные меняют зубную щетку редко – раз в год, используют разные зубные пасты. Особенности питания у жителей г.Каспийск не отличались особым разнообразием. Многие опрошенные указывали на привычку грызть орехи, семечки, косточки, частое употребление цитрусовых и газированных напитков. Производственные вредности отметили 42 человека, прием лекарств - 56. Общие заболевания были у всех обследованных, и выявить какую-либо специфику для данной патологии твердых тканей зубов не представлялось возможным.

Из общего количества обследованных 98 человек - 56 человек имели патологическую стираемость зубов, что составило 57.2 %. В первой **(**17-24**)** возрастной группе выявлены 2 (11%) обследованных с патологической стираемостью; во второй (**II**) группе выявлено 7 из 18 (38.8 %) и 61.1 % пришлось на третью (**III)** возрастную группу. Наиболее высокий процент стираемости пришелся на возрастные группы: **IV** (45-54) - 81 % и **V** (55-64) -82.6 % (таблица 1).

Таблица 1 - Распространенность ПСЗ среди населения города Каспийск

Группа	Возраст, лет	Количество обследованных	Количество выявленных со стираемостью	Распространенность в % по группам
I	17-24	18	2	11
II	25-34	18	7	38.8
III	35-44	18	11	61.1
IV	45-54	21	17	81
V	55-64	23	19	82.6
Всего		**98**	**56**	**57.2%**

Различие по полу выражено в пользу показателя у мужчин и составил 33 (59%) и среди женщин 23(41 %) (таблица 2).

Таблица 2 - Распространенность стираемости зубов по полу

Группа	Распространенность по полу				
	Количество обследованных с пат.стираемост.	мужчины		женщины	
		Колич.	%	Колич.	%
I	2	2	100	-	-
II	7	4	57	3	43
III	11	6	55	5	45
IV	17	10	59	7	41
V	19	11	58	8	42
всего	**56**	**33**	**59 %**	**23**	**41%**

У 39.3% из 57.2% людей, имеющих повышенное стирание зубов, имелась гиперестезия зубов. Анализ клинических методов исследования показал, что у большинства пациентов группы наблюдались жалобы при действии тактильных (32.1%) раздражителей, температурных (19%), тактильных и температурных (38,12%). Появление чувствительности при действии раздражителей при пато-

логической стираемости говорит об обнажении дентинных канальцев, защитной реакции пульпы, являющихся компенсаторными механизмами.

У обследованных отмечено широкое распространение дисфункции патологических нарушений ВНЧС (у 39.3%). У 32(57.2%) обследованных был прямой прикус и наблюдался более высокий уровень истирания передних зубов верхней челюсти (таблица 3).

Таблица 3 - Распространенность патологических нарушений

Группа	**Возраст, лет**	**Количество обследованных**	**Гиперестезия**		**Заб. ВНЧС**		**Прямой прикус**	
			Колич.	**%**	**Колич.**	**%**	**Колич.**	**%**
I	17-24	2	-		-	-		
II	25-34	7	-		-	-		
III	35-44	11	4	36.4	2	18	4	36.4
IV	45-54	17	8	47	8	47	13	76.5
V	55-64	19	10	52.6	12	63	15	79
Всего		**56**	**22**	**39.3%**	**22**	**39.3%**	**32**	**57.2%**

Проанализировав полученные результаты, можно прийти к выводу о том, что стирание твердых тканей зуба чаще всего происходит постепенно, вследствие контакта с антагонистами или под действием механических раздражителей, а также при приеме пищи. Основными причинами возникновения патологической стираемости по результатам анкетирования являются местные экзогенные (отсутствие санации полости рта, нерациональное протезирование, отсутствие протезирования; частое употребление цитрусовых, газированных напитков, соков, кислоты которых привели к деминерализации эмали; привычка грызть орехи, семечки, косточки) и общие эндогенные (заболевания эндокринной, желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой систем, сопровождающиеся нарушением минерального обмена) факторы, отрицательно влияющие на резистентность твердых тканей зубов и определяющих их истирание. Имели значение также производственные вредности (их отметили 42 человека) и длитель-

ный прием лекарств (56 обследованных) ввиду наличия различных хронических соматических заболеваний. Нами отмечено, что наиболее высокая распространенность выявлена в двух возрастных группах (IV-81% и V 82.6 % группах), что объясняется тем, что с возрастом увеличивается число людей с полным, а также с частичным отсутствием зубов, а также с наличием хронических соматических заболеваний.

Таким образом, полученные нами результаты клинических исследований позволили установить причины и распространенность данной патологии у жителей г.Каспийск, которая составила 57.2 % и сопровождалась равными показателями гиперестезии и патологии ВНЧС (39.3%). У 57.2% обследованных был прямой прикус, что является довольно высоким показателем. Полученные результаты диктуют необходимость разработки методов своевременной профилактики, рационального лечения, протезирования.

Выводы: 1. Распространенность патологического стирания среди населения г. Каспийск составило 57,2 %, наибольший процент составил горизонтальный тип патологической стираемости по классификации М. Г. Бушана.

2. Выявлены главные этиологические факторы для жителей данного региона: местные экзогенные и общие эндогенные факторы.

3. Патологическая стираемость сопровождалась гиперестезией (39.3%) и патологией ВНЧС (39.3%), у 57.2% обследованных был прямой прикус.

4. Болеют преимущественно мужчины (59 %), в возрасте от 35-65 лет.

Список литературы

1. Самарина Я.П. Повышенная чувствительность зубов // Медицинские науки. - 2017. - №4. - С. 88-91.

2. Кравченко Д.О. Патологическая стираемость зубов. Актуальные аспекты // Медицинские науки. – 2017. – № 3. – С. 39-42.

3. Фёдоров Ю. А., Туманова С. А., Леонова Е. В., и др. Повышенная чувствительность зубов. Клиническая картина, диагностика и лечение. - СПб.: СПбМАПО, 2010. - 56 с.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМ ГОМЕОСТАЗА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ, Чита

Многолетние исследования (более 35 лет) позволили установить, что большинство стоматологических заболеваний сопровождаются нарушениями основных систем гомеостаза (иммунитет, неспецифическая резистентность, гемостаз, перекисное окисление и др.) [1, 2, 4].

Их выраженность зависит от клинических проявлений, стадии и течения процесса, объема оперативного или консервативного лечения. Кроме того, убедительно доказано, что традиционная терапия стоматологических заболеваний не приводит к полному восстановлению лабораторных показателей в период стационарного и амбулаторного лечения.

За эти годы состояние свертывающей системы крови и иммунитета было изучено у 2654 больных с заболеваниями челюстно-лицевой области (пародонтит, периодонтит, абсцессы, флегмоны, гайморит, сиалоадениты, травмы челюстей, невралгия тройничного нерва, врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица и челюстей, злокачественные опухоли головы и шеи). Им в комплекс лечения включали гемокорректоры (гепарин, гепарин-электрофорез, 5% раствор аминокапроновой кислоты и др.) и препараты, оказывающие влияние на иммунную систему (тималин, тимоген, вилон, эпиталамин, кортексин, тактивин, эпсорин, беталейкин и др.). Возраст пациентов колебался от 5 до 89 лет [3, 5, 6].

Контролем служили клинические и лабораторные данные 1270 пациентов с аналогичной патологией и такого же возраста, получавших только традиционное лечение.

В 1985 г. мы впервые применили тималин у 54 больных с генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени. Подросткам с пародонтитом средней степени тяжести внутримышечно вводили по 3-4 мг тималина 1 раз в

сутки на протяжении 3 - 5 дней, а взрослым - субмукозно или внутримышечно назначали тималин, вилон или тимоген в течение 4-6 дней. Для профилактики рецидива повторяли курс биорегулирующей терапии через 8-12 месяцев. Положительный эффект отмечен у 80% пациентов: заметно улучшилось самочувствие, устранялись зуд и боли (100%), кровоточивость (91%), нормализовались плотность и цвет десны (81%), она плотно прилегала к шейкам зубов, проба Шиллера-Писарева стала отрицательной в 81% случаев. Благоприятная динамика клинических индексов отмечена во всех группах, но наибольшей – у лиц с легкой и средней степенью тяжести пародонтита. У больных пожилого и старческого возраста после курса терапии Вилоном отмечено более заметное улучшение общего состояния, у 90 % из них жалобы отсутствовали. Слизистая оболочка десны была влажной и обычного цвета, сохранялись незначительный отек и кровоточивость при чистке зубов. Значения индексов состояния полости рта и тканей пародонта снизились (на 40–60 %) по отношению к исходным и к таковым группы сравнения [7, 8].

Пациентам с абсцессами и флегмонами ЧЛО назначали внутримышечно биорегуляторы (тималин, беталейкин, эпиталамин, вилон 2 раза в сутки на протяжении 5-12 дней) сразу после их вскрытия и дренирования. В тяжелых случаях использовали лимфотропный способ введения 0,0005 мг беталейкина. Такая терапия улучшала общее состояние больных и нормализовала температуру на 3-4 сутки, быстрее ликвидировала местные признаки гнойного воспаления и сокращала сроки лечения в стационаре.

Для купирования острого воспаления и подготовки тканей к пластическому закрытию сообщения полости рта при перфоративных гайморитах проводили предоперационную подготовку. Местно обрабатывали пазуху через свищевой ход (перфорационное отверстие, прокол в нижнем носовом ходе) растворами антисептиков, антибиотиков, ферментов, сорбентом СУМС-1, а в комплексе общего лечения применяли внутримышечно по 1 мл 0,01 % р-ра вилона на протяжении 3-4 дней. Вилон с успехом заменяли тималином или тимогеном.

Их применение сократило срок предоперационной подготовки на 2-3 и эпителизацию ран – на 4-6 дней, а число осложнений - в 2,5 раза.

У лиц с острым сиалоденитом в базисную терапию включали биорегуляторы (10 мг тималина, 1 мл 0,01% р-ра вилона или 100 мкг тимогена) в течение 5-7, а с хроническим - на протяжении 7 - 12 дней. После лечения у них исчезли боли, уменьшилась гиперемия, нормализовалось выделение секрета. Временной нетрудоспособность составила 8,3±1,9 дня (контроль – 14,7±1,2 дня). При хронических сиалоаденитах отек и боль значительно уменьшились, железа стала менее плотной и бугристой. Слюна стала более прозрачной и без включений, количество ее значительно возросло. Через 1 год железа оставалась незначительно увеличенной, но безболезненной. Устье выводного протока было спокойным, а секрет не содержал хлопьевидных включений.

При поступлении у больных с переломом нижней челюсти выявлены вторичный иммунодефицит, гиперкоагуляция, заторможенный фибринолиз, дисбаланс системы «Антиоксидантная защита - перекисное окисление липидов», содержание белков острой фазы и др. В слюне повышалось содержание IgA и IgG, возрастала активность комплемента и лизоцима. Стандартная терапия не вызывала нормализации изучаемых показателей. Внутримышечные инъекции тималина на протяжении 5-7 дней, а при воспалительных осложнениях его вводили в течение 10 дней. Для повышения эффективности биорегулирующей терапии предложен способ фонофореза тималина и модифицирован лимфотропный способ введения биорегуляторов (тималин, вилон, тимоген, эпиталамин). У обследуемых после иммунокоррекции быстро рассасывались гематомы, отеки и инфильтраты в области повреждения, сокращалась частота перехода нагноения костной раны в травматический остеомиелит. Применение тималина во всех случаях предотвращало развитие воспалительных осложнений. Сроки стационарного лечения равнялись в среднем 23,5 и общей нетрудоспособности – 27,6 дня (контрольная группа соответственно 28 и 35 дней). Внутримышечные инъекции тималина, эпиталамина и кортексина у 166 больных с переломом нижней челюсти и сочетанной закрытой черепно-мозговой травмой оказывало благо-

приятное влияние (у 97,1% больных после биорегулирующей терапии боли, отек мягких тканей, подкожные кровоизлияния практически отсутствовали в зоне перелома, нормализовались общее состояние и показатели термометрии).

Биорегулирующую терапию кортексином и эпиталамином получали 94 пациента с невралгией 2 и 3 ветвей тройничного нерва. Уже на 4-5 сутки после ее начала заметно улучшилось общее состояние, снижалась интенсивность и продолжительность болей, сокращались сроки пребывания больных в стационаре, период ремиссии возрос до 12,0±0,7 месяцев.

Под наблюдением находилось 178 больных со злокачественными опухолями ЧЛО, которым проводили комбинированное лечение (лучевая терапия, удаление опухоли и лимфоузлов). Перед операцией им назначали по 10 мг тималина 2 раза в сутки или по 1 мг вилона на протяжении 5-7 дней. Заживление раны у них протекало практически без осложнений. В то время как при обычной предоперационной подготовке кровотечение, некроз и нагноение раны, расхождение ее краев наблюдали у 8,5 % случаев.

У 65 детей с расщелинами неба до операции течение 3-4 дней внутримышечно вводили по 5 мг тималина. Последнее значительно улучшило исходы хирургического лечения детей, ускорило заживление ран и сократило более чем в 2,5 раза (с 9,23 до 3,85%) число общих и местных осложнений

Многоэтапные восстановительные операции в ЧЛО существенно снижают состояние защитных систем организма и приводят в 8-32% случаях к различным осложнениям. Нами 45 таким пациентам, до операции проведен курс терапии тималином (по 10 мг в течение 7-10 дней). После операции осложнения возникли у 7,4%, а в контрольной группе – у 20% больных.

Представленные данные свидетельствуют о высокой эффективности применения биорегуляторов с целью коррекции основных систем гомеостаза при лечении основных заболеваний челюстно-лицевой области [9, 10].

Список литературы

1. Кузник Б.И. Цитокины и система гемостаза. Сообщение 2. Цитокины и коагуляционный гемостаз // Тромбоз, гемостаз и реология, 2012, № 3, С. 9-29.

2. Кузник Б.И., Пинелис И.С., Хавинсон В.Х. Применение пептидных биорегуляторов в стоматологии. Спб. “Эскулап”, 1999. 142 с.
3. Морозов В.Г., Хавинсон В.Х., Малинин В.В. Пептидные тимомиметики. С.-Пб: Наука. 2000. 157 с.
4. Пинелис И.С. Нарушения иммунитета, неспецифической резистентности и гемостаза у больных с переломами нижней челюсти, злоупотребляющих алкоголем // Стоматология. 1992. № 2. С. 46-49.
5. Пинелис И.С. Применение цитомединов при хирургическом лечении дефектов и деформаций челюстно-лицевой области // Актуальные вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [Электронный ресурс]: Сборник научных трудов Краевой научно-практической конференции стоматологов и челюстно-лицевых хирургов.- Чита, 2019.- С. 76-81
6. Пинелис И.С. Состояние системы гемостаза, иммунитета, неспецифической резистентности у стоматологических больных и методы их коррекции. Заб. медицинский вестник, 2004, № 4, С 80-82.
7. Пинелис И.С., Кузник Б.И., Пинелис Ю.И. Особенности биорегулирующей терапии стоматологических заболеваний // Забайкальский медицинский вестник. 2019.№1.С. 173-186
8. Пинелис И. С., Пинелис Ю. И., Кузник Б. И., Иорданишвили А. К., Васильев М. А. Возрастные особенности биорегулирующей терапии стоматологических заболеваний // Успехи геронтологии• 2020 • Т. 33 • № 1. -С.137-152
9. Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Малежик М.С., Ушницкий И.Д. Показатели врожденного и адаптивного иммунитета при хроническом генерализованном пародонтите у больных пожилого и старческого возраста //Якутский медицинский журнал. -1(69) `2020. - С.63-67
10. Хавинсон В.Х., Кузник Б.И., Рыжак Г.А. Пептидные геропротекторы – эпигенетические регуляторы физиологических функций организма. Санкт-Петербург: Из-во РГПУ им. И.А Герцена, 2014. 279 с.

УЧЕНИЕ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ О ПРОБЛЕМЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНЫХ БОЛЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФОТООТВЕРЖДАЕМЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Будайчиев Г.М-А., Курбанов О.Р., Будайчиев М-А.Г., Махмудова З.К., Халилов Х.Х., Меджидова Н.М.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала

Актуальность. В настоящее время проблема постпломбировочных болей все чаще является темой обсуждения врачей-стоматологов [1, 2]. Несмотря на то, что композиционные материалы ежегодно улучшаются, квалификация врачей-стоматологов возрастает, а методики и подходы к лечению зубов со- вершенствуются, проблема постпломбировочной боли остается актуальной, как одна из причин осложнений при проведении прямых реставраций [3].

Цель: провести анализ мнения врачей-стоматологов о причинах, приводящих к появлению постпломбировочной боли и методам ее профилактики при работе с фотокомпозиционным материалом.

Задачи:

1. Выявить по результатам анкетирования врачей-стоматологов: основные причины возникновения постпломбировочной чувствительности; методы профилактики и устранения постпломбировочной чувствительности; степень влияния различных факторов на появление постпломбировочной чувствительности.
2. Провести анализ появления у пациентов постпломбировочной боли при лечении кариеса в процессе клинического испытания.

Материал и методы. Первая часть работы заключалась в проведении анкетирования врачей-стоматологов по вопросам постпломбировочной чувствительности. В анкетировании приняли участие 211 врачей-стоматологов. Для ан-

кетирования была использована специально разработанная для данного исследования анкета, состоящая из 12 вопросов **(таблица 1).**

Таблица 1. Вопросы анкеты, предложенные респондентам для проведения исследования:

1.Сталкивались ли Вы в своей практической деятельности с появлением постпломбировочной чувствительности после постановки фотокомпозиционной пломбы?
2. Какая по Вашему мнению основная причина возникновения постпломбировочной чувствительности?
3. Как проявляется постоперационная чувствительность после проведения реставрации композитами?
4. Как и какими методами Вы снимаете постпломбировочную чувствительность?
5. Используете ли Вы изолирующую прокладку под фотокомпозит при лечении среднего кариеса?
6. Пользуетесь ли Вы секундомером при проведении техники травления?
7. Знаете ли Вы мощность светового потока своего полимеризатора?
8. Какие светополимеризующие лампы Вы используете в своей практической работе?
9. Как часто Вы проводите проверку мощности светового потока своего полимеризатора?
10. Применяете ли Вы охлаждение бора и твердых тканей зубов при препарировании кариозных полостей?
11. Применяете ли Вы постоянное охлаждение при проведении окончательной обработки и полировки реставрации?
12. В своей работе Вы используете адгезивные системы какого поколения?

Вторая часть работы заключалась в проведении клинического исследования. Объектом исследования были осложнения при лечении среднего кариеса композитными материалами светового отверждения. В эксперименте участвовали 15 врачей стоматологов-терапевтов в возрасте от 24 до 55 лет. Исследование

проводили в течение 6 месяцев. За это время восстановлено 3704 зуба, в 293 (7,91 %) случаях отмечены жалобы пациентов на появление постпломбировочной боли. Анализ случаев появления постпломбировочной боли не выявил зависимости от качества работы конкретного врача, процент осложнений распределен среди врачей равномерно. Наблюдение за состоянием пациентов проведено в динамике через 1 неделю, 2 недели и через 1 месяц. В 18 случаях (6,1 % от количества случаев осложнений, 0,5 % от общего количества восстановленных зубов) спустя месяц у пациентов сохранились жалобы на незначительную постпломбировочную боль, было принято решение о замене реставрации, после замены реставрации жалобы исчезли.

Для выявления причин появления постпломбировочной боли у пациентов был проведен опрос врачей. 62,8 % врачей-стоматологов связывают появление постпломбировочной боли с нарушениями в технике работы с материалом, 21,8% - с нарушениями в окклюзионной коррекции, 15,4 % - с появлением микротрещин между пломбой и стенкой зуба.

Результаты и их обсуждение. Успешные клинические результаты восстановления зуба фотокомпозиционными материалами предусматривают точное следование правилам работы с адгезивной системой и реставрационным материалом, обязательное соблюдение определенной последовательности действий (алгоритма), профессионального окклюзионного редактирования зубов, что является залогом успешных клинических результатов и профилактикой возникновения постпломбировочной боли у пациентов.

Выводы. По результатам анонимного анкетирования большинство врачей стоматологов:

1. Считают, что пересушивание дентина – наиболее частая причина появления постпломбировочной боли (26,1 %) и, что наиболее частым проявлением постпломбировочной чувствительности является появление незначительной болевой реакции при накусывании (72,5 %).

2. Сталкивались в своей практической деятельности с проблемой возникновения постпломбировочной чувствительности (91,0 %).

3. Справляются с проблемой появления постпломбировочной боли путем покрытия зубов фторсодержащими препаратами (64,5 %).

4. Иногда используют изолирующую прокладку при работе с фотокомпозиционными материалами (60,2 %).

5. Не пользуются секундомером при травлении твердых тканей зуба (96,2 %).

6. Не знают, какой светополимеризующей лампой пользуются (61,6 %), не могут указать мощность светового потока своего полимеризатора (91,5 %), не проводят ее проверку (81,5 %).

7. Всегда применяют охлаждение бора и твердых тканей зубов при препарировании кариозных полостей (96,7 %) и не применяют его при проведении окончательной обработки и полировки реставрации (86,3 %).

8. Применяют адгезивные системы 5 поколения (53,1 %).

В результате проведения клинического исследования, установлено:

1. В 7,91 % случаев отмечены жалобы пациентов на появление постпломбировочной боли.

2. Большинство пациентов (60,8 %) отмечали исчезновение постпломбировочной боли спустя неделю после проведения реставрации.

3. В 6,1 % случаев от количества осложнений (0,5 % от общего количества восстановленных зубов) у пациентов сохранились жалобы на незначительную постпломбировочную боль. После замены реставрации жалобы исчезли.

Список литература

1. Виллерсхаузен, Б. Актуальное определение места стоматологических пломбировочных композитов / Б. Виллерсхаузен, К. Эрнст // Клиническая стоматология. – 2013. – No 3. – С. 10-21.

2. Киммель, К. Пломбирование: новые аспекты, результаты исследований и современные требования / К. Киммель // Новое в стоматологии. – 2013. – No 4. – С. 23-27.

3. Макеева, И. М. Восстановление зубов светоотверждаемыми композиционными материалами / И. М. Макеева. – М.: ОАО «Стоматология». – 2007. – 72 с.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Дудник О.В., Мамедов Ад.А.

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

Актуальность

Расщелина губы и нёба (РГН) является одним из наиболее распространенных врожденных пороков развития челюстно-лицевой области. Количество детей, рожденных с данной патологией, в среднем составляет от 1:500 до 1:1000 новорожденных [1, 2].

Неоспоримым фактом является то, что дети с РГН нуждаются в комплексном лечении при участии специалистов различного профиля: УЗИ –специалист, неонатолог, педиатр, челюстно-лицевой хирург, стоматолог-ортодонт, оториноларинголог, логопед, врач-генетик и другие смежные специалисты [1, 2, 3].

Наиболее перспективной представляется задача использования средств информационно-компьютерной поддержки в комплексной системе диагностического обследования пациентов с РГН для последующей ее интеграции в комплекс реабилитационных мероприятий, включающей участие специалистов различного профиля (психолог, педагог, педиатр, хирург, ортодонт, логопед и др.). Это дает возможность междисциплинарного структурного поэтапного подхода к методам диагностики и планированию лечения, следовательно, повышает эффективность реабилитации пациентов с данной врожденной патологией в условиях специализированного центра [1, 4, 5].

Реабилитация пациентов с РГН является плохо структурированной предметной областью, требующей систематизации всех имеющихся знаний и опыта в конкретную систему алгоритма проведения диагностики и лечения. Поэтому создаваемый алгоритм проведения диагностики и лечения по проблеме комплексной реабилитации пациентов с РГН, разработка и внедрение цифровой

программы (веб-приложения) даст возможность «заложить» в основу программы результаты оптимальных результатов лечения детей с учетом компетенции каждого специалиста в компактной и информативной форме.

Цель исследования

Создать автономное веб-приложение, позволяющее практическим врачам определить тактику междисциплинарной диагностики и лечения на основе данных программы «веб-приложения», тем самым повысить эффективность лечения детей с расщелиной губы и неба в разные возрастные периоды.

Материалы и методы

На кафедре стоматологии детского возраста Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, а также в отделении челюстно-лицевой хирургии 9 ДГКБ им. Н.Г. Сперанского ДЗМ проведена комплексная диагностика и лечение 288 детей от 0-18 лет с диагнозом с различными формами РГН.

На основании клинических и научных наблюдений, предложена «Междисциплинарная база данных диагностики и лечения детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области», преобразованная в веб-приложение «ADI» (Application of Digital Imaging), позволяющее стоматологам и врачам смежных специальностей онлайн определить тактику междисциплинарной диагностики, анализа и лечения детей с расщелиной губы и неба в разные возрастные периоды.

Результаты и их обсуждение

Разработана «Междисциплинарная база данных диагностики и лечения детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области».

Возрастные группы:

Пренатальный период.

Для всех беременных: УЗИ-диагностика (с 16 недель). Для групп риска: медико-генетическое консультирование, УЗИ-диагностика (с 16 недель). При выявлении патологии черепно-челюстно-лицевой области – медико-генетическое консультирование; медико-психологическая поддержка семьи специалистами (психолог, генетик, черепно-челюстно-лицевой хирург, нейро-

хирург, ортодонт). При выявлении сочетанной патологии организма консультации профильных специалистов.

Грудные дети (с 1 мес. до 1 года):

Ортодонтическое лечение: ортодонтическое лечение с применением съемной ортодонтической техники; ортодонтическое лечение с применением несъемных начелюстных дистракционных ортодонтических аппаратов с целью подготовки к проведению первичного хирургического вмешательства.

Хирургическое лечение: первичная хейлопластика, хейлоринопластика, хейлориноперіостеопластика; первичная одномоментная, двухэтапная уранопластика – I этап – пластика в пределах мягкого неба - увулопластика, велопластика; первичное устранение косой, боковой, поперечной (макростомия) и другой формы расщелины лица; врожденной расщелины неба (полная, частичная).

Дошкольная группа (3–7 лет):

Ортодонтическое лечение с применением различных видов съемной ортодонтической аппаратуры. Логопедическое обучение.

Хирургическое лечение: реконструктивно-восстановительные операции дефектов и деформаций, возникших после первичных хирургических вмешательств; реконструктивно-восстановительные операции дефектов и деформаций мягких тканей; речеулучшающие операции (велофарингопластика, фарингопластика; профилактика нарушений слуха (тимпаностомия), слухоулучшающие операции; дистракционный остеосинтез при сложных синдромах; устранение дефектов и деформаций ушной раковины.

Консультации и наблюдение у специалистов: педиатр, оториноларинголог, сурдолог, офтальмолог, невропатолог, психолог, психотерапевт, педагог, терапевт-стоматолог детский - санация полости рта.

Школьный возраст (7–18 лет):

Ортодонтическое лечение с применением различных видов съемной, несъемной, ортодонтической техники. Логопедическое обучение.

Хирургическое лечение: реконструктивно-восстановительные операции дефектов и деформаций мягких тканей, возникших после первичных хирурги-

ческих вмешательств; хирургическое устранение дефектов и деформаций лицевого скелета; ортодонтическо-хирургическое устранение дефектов и деформаций лицевого скелета с применением ортодонтической техники и технологии дистракционного остеосинтеза.

На основании предложенной базы «Междисциплинарная база данных диагностики и лечения детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области», разработано веб-приложение «ADI», позволяющее стоматологам и врачам смежных специальностей онлайн определить тактику междисциплинарной диагностики, анализа и лечения детей с РГН в различные возрастные периоды.

Веб-приложение «ADI» можно использовать как на стационарных компьютерах, так и на портативных или мобильных устройствах (рис. 1 a, b, c).

a b c

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

Под логотипом находится меню с пунктами Главная, О нас, Наша команда, Наши клинические базы, Медиа. В центральной части страницы находится классификатор (рис. 2).

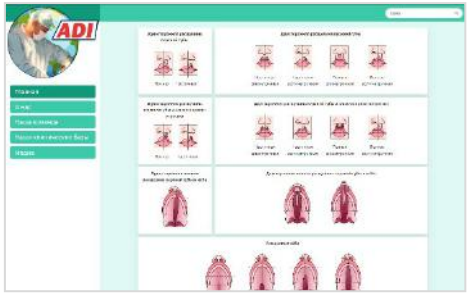


Рис. 2. Главная страница приложения «ADI».

Классификация осуществлена по виду патологии, для наглядности каждой патологии соответствует изображение. После нажатия на изображение патологии появляется окно выбора возраста пациента (рис. 3).

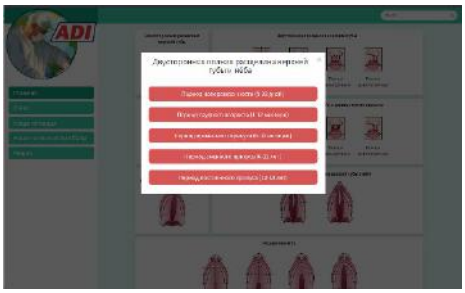


Рис. 3. Окно выбора возраста пациента.

Далее пользователь выбирает нужный возраст и получает справку по выбранной патологии. Справка содержит диагностику, динамическое наблюдение и план лечения, показанную на конкретном клиническом случае. Нажимая на заголовок или на кнопку «Подробнее», врачи получают полную информацию по проведению необходимых методов междисциплинарной диагностики и лечения выбранной патологии и возраста пациента (рис. 4).

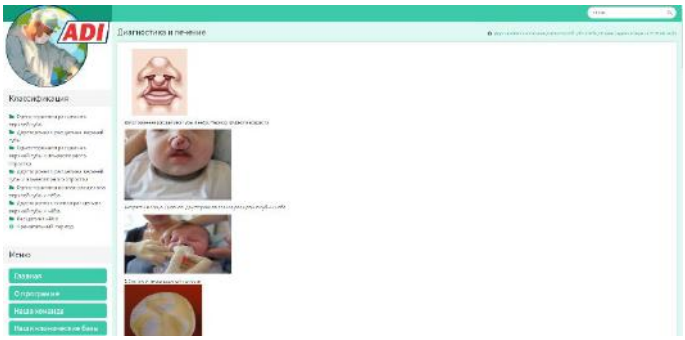


Рис. 4. Окно «Диагностика и лечение двусторонней расщелины губы и нёба в период грудного возраста».

Выводы

Таким образом, предложенная база «Междисциплинарная база данных диагностики и лечения детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области» позволяет врачам получить структурированную информацию об этапах проведения необходимых методов междисциплинарной диагностики и лечения всех видов патологий РГН у детей в различные возрастные периоды.

Список литературы:

1. Мамедов Ад.А. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения: Материалы научно-практической конференции стоматологов и челюстно-лицевых хирургов центрального федерального округа Российской федерации с международным участием «Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». - Тверь, 2008. - С. 224- 229.

2. Арсенина О.И., Малашенкова Е.И., Пащенко С.А. Алгоритм ортодонтического лечения пациентов с врожденной расщелиной губы, неба и альвеолярного отростка до и после костной аутопластики // Стоматология. - 5, 2017. С. 62-65

3. Бимбас Е.С., Блохина С.И., Меньшикова Е.В., Ершова О.Ю. Применение современных ортодонтических и хирургических технологий в комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба // Проблема стоматологии. – 2018 – Т.17 - № 4 – С. 71-76.

4. Stock N.M., Ridley M., Guest E. Teachers' Perspectives on the impact of the Cleft lip and/or palate during the school years // The Cleft palate-craniofacial journal: official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association. – 2019. – Vol. 56, Issue 2. - P. 204-209.

5. Гусев А.В., Зарубина Т.В. Поддержка принятия врачебных решений в медицинских информационных системах медицинской организации // Врач и информационные технологии. – 2017. – No 2. – С. 60–72.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИАПОЛА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ У ПОДРОСТКОВ

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

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Нейро-челюстно - лицевое отделение ГБУ РД Детская республиканская клиническая больница

Хирургические вмешательства в условиях поликлинического приема, включающие удаление зуба, резекцию верхушки корня могут сопровождаться кровотечениями, как и через некоторое время вследствие нарушения гуморальных или клеточных механизмов гемостаза, вызывающих несостоятельность кровяного сгустка. Препараты общего действия: хлористый кальций, викасол не всегда достаточно эффективны и не оказывают быстрого действия. Препараты местного действия, усиливающие гемостаз, довольно дороги, часто дефицитны. Поэтому разработка эффективных, недорогих и доступных препаратов, способных оказывать комплексное действие: гемостатическое, ранозаживляющее и способное индуцировать построение костной ткани является актуальной проблемой для стоматологии. Поиск новых средств и методов хирургического замещения костных дефектов привел к появлению синтетических материалов, обладающих высокой биосовместимостью, на основе фосфорно-кальцевых соединений, в частности гидроксинатика (ГА), который не токсичен и обладает некоторыми остеогенными свойствами. (А.И. Волошин и др., 1992-1996; В.П. Зуев, 1996 и др). Таким образом, в костнопластической и дентальной хирургии в последние годы наметилась отчетливая тенденция к вытеснению аллогенных костных трансплантационных материалов.

Разработка новых технологий и химических производств, в первую очередь создание синтетических материалов типа гидроксинатика (ГА), на их основе позволит осуществить значительный прогресс в этой области медицины.

Существенный прогресс в этом направлении связан с деятельностью фирмы «Полистом запатентовала и наладила с их участием производство препаратов гидроксиапатита (фирменное название ГИДРОКСИАПОЛ), сокращено ГАП.

Эти препараты успешно прошли доклинические и клинические испытания, рекомендованы Формакологическим комитетом РФ для клинического применения и разрешены приказом М3 РФ для медицинской практики (А.С. Берлянд и др. 1992; С. Г. Курдюмов и др, 1996).

Клинические испытания ГАП в виде порошка (размер частиц 0,5-10 мкм) и гранул (размером 0,25 - 0,5 мм) проведены в следующих направлениях (А.И. Волошин, С.В. Дьякова, 0.3. Топольницкий и др., 1993; И.А. Романов и др, 1996).

ГАП применен в детской хирургической стоматологии в качестве составной части комбинированного трансплантата при костной пластине дефектов нижней челюсти (О.З. Топольницкий, 1994). При сложном удалении постоянных зубов, кровотечение после удаления постоянных зубов, связанное с механической травмой, инфицирование сгустка, распад сгустка, развитие альвеолитов так же является возможным осложнением, требующим специального лечения. Поэтому, применение синтетических материалов, выработанных на базе в тканях, может предупредить полностью или частично нарушение процесса заживления раны и эффективно воздействовать, на репарацию костей ткани. Эффективность коллопола изучена в стоматологической практике. Основное назначение препарата заключается в обеспечении гемостаза и заполнении костных дефектов.

Клинические наблюдения позволяют сделать заключения о высокой гемостатической и регенеративной эффективности препарата, отсутствии побочных явлений при применении его в амбулаторных стоматологических вмешательствах у детей и подростков.

АНАЛИЗ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Чудинов А.Н., Абдуллатипов Г.М., Алимирзоев Ф.А., Гасанова Л.Г., Бигаева У.С.

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала

Нейро – челюстно – отделение лицевое отделение ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница имени Н.М Кураева, Махачкала».

Увеличение числа больных с воспалительными заболеваниями, изменение характера течения гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области, появление современных методов диагностики, лечения, требуют постоянного обновления, обобщения и систематизации знаний в этой области. Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области чаще всего бывают одонтогенного происхождения. Число госпитализируемых больных находится в прямой зависимости от уровня постановки профилактической работы, от возросшей патогенности стафилококковой инфекции, уровня стоматологической помощи, оказываемой на догоспитальном этапе. Несмотря на оснащенность современных амбулаторных лечебно-профилактических учреждений современными лекарственными средствами, инструментальными методами обследования, количество больных с воспалительными заболеваниями, требующих стационарного хирургического лечения, не уменьшается. В детском возрасте характерна высокая распространенность острых гнойно-воспалительных заболеваний, более тяжелое клиническое течение заболевания (Агапов В.С. и соавт., 2006).

Цель исследования — анализ лечебной деятельности отделения в лечении детей с острыми воспалительными заболеваниями в челюстно-лицевой области в составе детской многопрофильной больницы.

Материал и методы. В ДРКБ г Махачкалы с 2015 по 2019 г. поступили 1388 детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и

шеи от 1 мес до 18 лет, из них: с одонтогенным гнойным периоститом нижней челюсти — 231 (16,64%), с одонтогенным серозным периоститом нижней челюсти — 1236 (11,77%), одонтогенным гнойным периоститом верхней челюсти — 165 (11,88%), одонтогенным остеомиелитом челюстей — 196 (14,12%), с гнойным лимфаденитом — 287 (20,67%), с аденофлегмоной — 412 (29,68%).

При диагностике бактериальной инфекции проводилось исследование флоры с определением чувствительности к антибактериальным препаратам стандартными бактериологическими методами.

Лечение: Под эндотрахеальнм наркозом проводили удаление зубов как источника инфекции, периостотомия, дренирование; вскрытие абсцессов, флегмоны. В первые сутки детям назначались антибактериальные препараты широкого спектра действия, противовоспалительную терапии; физиотерапию (электрическое поле УВЧ, магнитно-лазерное излучение). Причинами тяжелого состояния при поступлении чаще всего были: отсутствие выполнения полного комплекса хирургического лечения в медицинском учреждении, откуда ребёнок переводился, позднее обращение в профильное стационарное медицинское учреждение.

Результаты. Наибольший рост обращаемости отмечен среди пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, такими как периодонтиты, периоститы. Одонтогенная инфекция занимала 70% из общего числа причин развития воспаления. Всем пациентам с гнойным процессом в челюстно-лицевой области и шее в ходе операции брался посев из очага воспаления для определения микрофлоры на чувствительность к антибактериальным препаратам. После проведённого лечения детей с воспалительными заболеваниями наступало полное выздоровление.

По завершению стационарного лечения, при выявлении наличия одонтогенных очагов хронической инфекции, было рекомендовано проведение санации полости рта в плановом порядке в амбулаторных условиях по месту жительства.

Вывод. Применение лечения детей с воспалительными процессами в челюстно-лицевой области и шее, включающего современные диагностические методы, радикальное хирургическое лечение, соответствующую антибактериальную терапию, физиотерапию позволяет снизить количество осложнений у пациентов, повысить качество лечения больных.

Современные методы дополнительной диагностики, в особенности ультразвуковое исследование, компьютерная томография, являются обязательными инструментами в диагностическом поиске и должны применяться всегда при затруднении в постановке диагноза.

РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ.

Жахбаров А.Г., Чудинов А.Н., Бигаева У.С., Гасанова Л.Г.

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Нейро – челюстно – отделение лицевое отделение ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница имени Н.М Кураева, Махачкала».

Увеличение числа больных с воспалительными заболеваниями, изменение характера течения гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области, появление современных методов диагностики, лечения, требуют постоянного обновления, обобщения и систематизации знаний в этой области. Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области чаще всего бывают не только одонтогенного происхождения но и наличия вирусной инфекцией. Несмотря на оснащенность современных амбулаторных лечебно-профилактических учреждений современными лекарственными средствами, инструментальными методами обследования, количество больных с воспалительными заболеваниями, требующих стационарного хирургического лечения, не уменьшается. В детском возрасте характерна высокая распространенность острых гнойно-воспалительных заболеваний, более тяжелое клиническое течение заболевания (Агапов В.С. и соавт., 2006).

Цель исследования — выяснение роли вирусной инфекции в патогенезе остеомиелита челюстей у детей, с острыми воспалительными заболеваниями в челюстно-лицевой области в составе детской многопрофильной больницы.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 40 детей с острым одонтогенным остеомиелитом челюстей.

Проведены клинико-лабораторные, рентгенологические, вирусологические, иммунологические исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Тщательно собранный анамнез свидетельствовал о том, что, возникновению остеомиелита предше-

ствовала вирусная инфекция у детей. Перед началом заболевания, появились боли в зубе (хотя патологический очаг в нем существовал давно) и появлением признаков воспаления, дети болели вирусной инфекцией.

Выявлена такая закономерность: чем короче у детей срок между вирусной инфекцией и началом острого одонтогенного остеомиелита, тем чаще последней завершался секвестрацией. Это, по-видимому, связано с выраженным иммуносупрессивным действием вирусной инфекции в активной ее фазе на иммунную систему ребенка.

В зависимости от степени возникшего иммунного дефицита обуславливается проявление различных форм остеомиелита челюстей у детей.

Микробиологические исследования гнойных очагов в 68% случае выявили смешанную флору.

Вирусологические исследования мазков, взятых из носоглотки, не всегда выявляли антигены вирусов. Это, по-видимому, и связано с давностью перенесенной инфекции.

Данные показатели иммунологической реактивности у детей свидетельствовали о снижении процентного содержания Т- лимфоцитов и их функциональной активности, а также резкое торможение лейкоцитов в периферической крови. Выявлено, что степень снижения этих показателей явилась отражением клиники заболевания и, возможно, преморбидным фоном. Причиной возникновения иммунодепрессии у детей является, по-видимому, токсическое действие вирусов на лимфоидные клетки, что приводит к количественному и качественному снижению Т-системы.

На этом фоне нарушается равновесие между микроорганизмом и микрофлорой в пользу последней и снижается защитное действие антигенов в около верхушечных тканях.

Выводы. Результаты исследования так же свидетельствуют о существенной роли вирусной инфекции в патогенезе острого остеомиелита челюстей у детей. В связи с этим необходимо проводить патогенетическую терапию заболевания с применением иммуностимуляторов или иммунорегуляторов.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Джентамиров У.Ш., Байрамуков М.Х., Афанасьева О.Ю., Чернышев Д.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д.1

Кафедра стоматологии Института НМФО

ФГБОУ ВО ВолгМУ Минздрава РФ

Аннотация: В последнее время в челюстно-лицевой хирургии одной из самых популярных актуальных тем является тема заболеваний слюнных желёз. Диагностика заболеваний слюнных желез нередко представляет значительные трудности и требует тщательного комплексного клинического обследования больного, которое включает анализ истории заболевания, физические и лабораторные методы исследования, специальное рентгенологическое обследование, морфологическую диагностику. Заболевания слюнных желез часто удается диагностировать на основании анамнеза и клинической картины с учетом возраста пациента. По частоте возникновения преобладают воспалительные процессы. В среднем, на 100 случаев воспаления приходится 10 случаев сиалоза, 5 случаев слюнного камня, 1 случай опухоли слюнной железы.

Цель исследования: провести анализ научной литературы по теме исследования, посвященной диагностике заболеваний слюнных желез на основе основных клинических сценариев и способов визуализации болезней слюнных желез.

Материалы исследования: доступная научная литература за период с 2005 по 2019 год, посвященная диагностике и способах визуализации слюнных желез, а также их болезней.

Заболевания слюнных желез имеют схожие симптомы, для того чтобы правильно диагностировать болезнь используется целый ряд дополнительных методов диагностики. Именно клинический сценарий определяет соответствующую диагностическую визуализацию, которая включает в себя такие иссле-

дования, как УЗИ, КТ, МРТ с МР-сиалографией [1, с. 22]. Для достижения правильного диагноза может быть показана тонкоигольная аспирация - метод цитологического исследования образцов ткани.

Полный анамнез и целенаправленное физическое обследование имеют решающее значение для оценки состояния пациентов с обструктивными/воспалительными заболеваниями слюнных желез. Ключевые моменты должны включать острое начало или длительное сохранение опухоли железы, скорость изменения размера железы (быстрая или медленная), связанную лихорадку или боль, воздействие лекарств, историю злокачественных новообразований и хронических заболеваний, таких как ревматологические заболевания или синдром Сикка. Физикальный осмотр должен включать осмотр лица с целью выявления припухлости, уплотнения, дренирующих свищей, рубцов от предыдущей травмы, пареза или паралича лицевого нерва, сухости или воспаления глаз и/или других масс. Тщательный осмотр полости рта должен оценивать массы, отеки или повреждения полости рта, особенно в области протоков Уортона или Стенсена, и включать массаж (бимануальный, когда это возможно) железы, чтобы измерить болезненность и определить, есть ли мутность или гной в слюне, а также оценить размер и текстуру железистой ткани. Согласно анамнезу и физикальному обследованию, можно разработать четыре основных клинических сценария [2, с. 191]:

1. Острый генерализованный отек околоушных желез. Наиболее вероятной причиной является вирусная инфекция. Реже вовлекаются другие крупные слюнные железы. Визуализация обычно не показана;

2. Острый отек одной крупной слюнной железы (околоушной / подчелюстной). Если это связано с лихорадкой и болью (в некоторых случаях со слюнной коликой), это вызывает подозрение на сиалолитиаз и/или острый гнойный сиаладенит;

3. Хронический генерализованный отек основных слюнных желез: необходимо рассмотреть несколько причин. Двусторонний безболезненный и продолжительный отек околоушных артерий без признаков экскреторных нарушений

может свидетельствовать о сиалоаденозе (сиалозе). Это расстройство обычно связано с дисфункцией печени, диабетом или недоеданием. Если наблюдается хронический диффузный отек, связанный с «сухостью во рту», следует рассмотреть условия, приводящие к прогрессирующей инфильтрации паренхиматозных желез: синдром Шегрена, ВИЧ-сиаладенит и радиационно-индуцированный сиаладенит. Кроме того, системные симптомы могут присутствовать при синдроме Шегрена, саркоидозе, IgG4-связанном заболевании и микобактериальном заболевании. Наличие аденопатий свидетельствует о хроническом сиаладените, в том числе ВИЧ-связанном и микобактериальном сиаладените. УЗИ показано для оценки изменений как в паренхиматозном эхопаттерне, так и в интра-экстрагландулярной выделительной системе;

4. Хронический (длительный) отек одной крупной слюнной железы может быть вызван (рецидивирующим) сиалолитиазом и сиаладенитом. Если это не связано с предыдущим подтвержденным диагнозом сиалолитиаза, то следует исключить неопластическую причину. Стойкая мягкая и нежная шишка рядом с железой может свидетельствовать о мукоцеле (ранула) или кистозном поражении (ветвистая киста, лимфатическая мальформация). Также в этих условиях показана УЗИ, и при необходимости ее можно сочетать с тонкоигольной аспирацией.

Алгоритм визуализации слюнных желез зависит от сценария, который пациент представляет клиницисту. Поперечное изображение показано для получения панорамного вида и лучшей характеристики. В условиях пациента с острым сиаладенитом и подозрением на внегландулярные осложнения, такие как абсцесс шеи, контрастно-усиленная КТ является методом выбора из-за ее высокого пространственного разрешения, возможности обнаружения кальцифицированных камней и быстрого времени сбора. При хронических заболеваниях МР является лучшим методом визуализации для изучения больших и малых слюнных желез благодаря более высокому контрастному разрешению, многопараметрической оценке и субмиллиметрическому пространственному

разрешению. Более того, МР-сиалография практически полностью заменила традиционную сиалографию в клинической практике.

Способы визуализации [4, с. 538]:

Обычная сиалография. При обычной сиалографии введение положительного контрастного вещества в отверстие протоков Стенсена / Уортона позволяет выявить анатомию главного протока и внутриглазных ветвей. В настоящее время сиалография используется нечасто из-за прогрессирующего улучшения КТ и МРТ-визуализации, а также изменений в клиническом лечении основных неопластических заболеваний слюнных желез.

Ультразвук. УЗИ является полезным методом для выявления узелков околоушных и подчелюстных желез. Исследование должно проводиться с помощью максимально возможного высокочастотного преобразователя, позволяющего точно оценить узелок и / или паренхиму. Глубокие участки околоушной железы требуют использования менее детализированных линейных зондов более низкой частоты (5-7 МГц), учитывая необходимость более глубокого проникновения. Тем не менее, глубокая часть железы, близкая к стиломандибулярной выемке, или парафарингеальное пространство трудно поддаются изображению, часто скрыты нижней челюстью. При поражениях, локализованных/распространяющихся в глубокую околоушную железу, рекомендуется поперечная визуализация.

КТ. КТ является предпочтительным методом визуализации острого сиаладенита, учитывая его пространственное разрешение и чувствительность к кальцификации. Ограничения КТ включают обширные зубные артефакты, которых невозможно избежать с помощью угловой аксиальной визуализации, противопоказания к использованию контрастного вещества и проблемы радиации в педиатрической популяции. Внутривенное введение йодированного контраста полезно для оценки усиления поражения, оценки лимфатических узлов, анализа степени воспаления при инфекциях и для понимания васкулярности поражений. Непрерывные, осевые, тонкие 2-мм срезы обычно получают от ос-

нования черепа до подъязычной кости, и изображения переформатируются на 1 мм для отображения.

МР-сиалография. МР-сиалография - это неинвазивный метод для характеристики протоковой структуры околоушных и подчелюстных желез, обеспечивающий отличную альтернативу традиционной сиалографии. Он выполняется с помощью подавленной жиром сильно Т2-взвешенной последовательности быстрого спинового Эха высокого разрешения с поверхностной катушкой или многоканальной головной катушкой. Несколько исследований показали, что МР-сиалография в целом так же точна, как и обычная сиалография, в обнаружении препятствий, стенозов и стриктур магистральных протоков, но она ограничена временем получения, необходимым для одной последовательности, и восприимчивостью к движению. Превосходный тканевой контраст с МР позволяет превосходно различать паренхиму и протоковые структуры. Использование чувствительных к жидкости импульсных последовательностей позволяет проводить неинвазивную сиалографию. Большинство последовательностей МР получают с толщиной среза 3 мм и межслоевыми зазорами от 0,5 мм до 2 мм с помощью многоканальной головной катушки. Поверхностные катушки могут быть использованы для достижения лучшего пространственного разрешения для поверхностных структур.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что заболевания слюнных желез часто удается диагностировать на основании анамнеза и клинической картины с учетом возраста пациента. К клиническим проявлениям этих заболеваний относятся отек слюнной железы, изменение ее консистенции, подвижность относительно окружающих тканей, увеличение размеров, боль, нарушение функции лицевого нерва. Обструктивные и воспалительные нарушения слюнных желез обычно наблюдаются в крупных слюнных железах вследствие различных патологических состояний, поражающих как железистую ткань, так и / или секреторную систему. Специалисты гистологической лаборатории определяют характер заболевания и наличие новообразований.

Для диагностики заболеваний слюнных желез методы исследования могут применяться как самостоятельно, так и в комплексе. Соответствующая диагностическая тренировка визуализации определяется клиническим сценарием, который необходим для сужения списка дифференциальной диагностики.

Список литературы:

1. Авдиенко О.В. Клиника, диагностика и комплексное лечение больных различными формами сиаладеноза: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. МГМСУ, 2008. – С. 22.
2. Гайдук И.В., Панин А.М. Двухстороннее увеличение околоушных слюнных желез. - М., 2009. - С. 21-25.
3. Пачес А.И., Таболиновская Т.Д. Опухоли слюнных желез. - М., 2009. – С. 469.
4. Царев В.Н. и др. Микробиология, вирусология и иммунология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 538.
5. Чечина И.Н. Оценка эффективности консервативного лечения сиалолитиаза: Автореф. дис. . канд. мед. наук. - М., 2010. – С. 34.

КАРИЕС В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Скрипкина Г.И., Екимов Е.В., Порубай В.В.

ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" МЗ РФ, (Омск)

Актуальность. Кариес временных зубов - распространённое заболевание среди детского населения. Многие причины кроются в особенностях гистологического строения и состояния твёрдых тканей временных зубов, ряда местных и общих факторов. Сложившаяся ситуация обусловлена сложностью оказания стоматологической помощи детям раннего возраста. На сегодняшний день весьма актуальным является поиск высокоэффективных способов лечения раннего детского кариеса, способствующих формированию у ребёнка позитивного отношения к посещению стоматолога.

Кариес временных зубов, или ранний детский кариес (РДК) – мультифакториальное заболевание, которое входит в число самых распространенных медицинских проблем детей первых лет жизни и является актуальным вопросом для здравоохранения во всем мире. По данным шведских исследователей [9], распространённость РДК среди 12- месячных детей составляет 0,5 %. В Польше - 20,5 % [8]. В Германии по данным 2009 г. распространённость РДК колеблется от 7,3 до 20,3 %. В США РДК колеблется от 11 до 72 %. В России распространённость кариеса зубов среди 3-летних детей колеблется в пределах 50–60 %. Сложившаяся ситуация обусловлена сложностью оказания стоматологической помощи детям раннего возраста, несмотря на совершенствование методик лечения и усилия, прилагаемые детскими стоматологами.

Цель исследования. Определение условий возникновения и факторов риска развития РДК зубов, изучение современных методов лечения.

Методы исследования. Основным методом исследования является анализ литературных источников по заданной теме.

Результаты и их обсуждение. Возникновению кариозного процесса во временных зубах способствуют: биологические, социально-демографические,

гигиенические, диетические причины и связанные с видом вскармливания. Употребляемые ранее названия: «бутылочный кариес», «кариес вскармливания», фокусировали взгляд лишь на одну предпосылку, однако не учитывалась закономерность между РДК и всем объёмом факторов, имеющих этиологическое значение [1]. Основной механизм инициирования кариозного процесса - активная деминерализация твёрдых тканей зуба под действием ряда органических кислот, образующихся вследствие жизнедеятельности кариесогенной биоплёнки. Количество Str. mutans обусловливает корреляцию кариесогенности биопленки. Удельный вес в развитии кариозного процесса принадлежит Lactobacillus и другим представителям биотопа: Str. sanguis, Str. salivarius, Str. milleri, Actinomycesviscosus. Наиболее значимый фактор риска РДК - ранняя передача ребёнку Str. mutans. Научными изысканиями установлено: детские временные зубы наиболее склонны к кариозному процессу, чем постоянные. Это продиктовано анатомо-физиологическими особенностями развития и структуры твёрдых тканей [6]: толщина эмали и дентина в сравнении с постоянными зубами выражена меньше, минерализация их снижена; эмалевые призмы в области шейки ориентированы горизонтально, слабо выражен беспризменный слой эмали; наличие неонатальной линии; дентинные трубочки короче и шире, зона перитубулярного дентина выражена незначительно; отсутствие «иммунных зон»; полость зуба значительного объёма, вершина расположение рога пульпы находится близко к эмалево-дентинной границе; в процессе морфогенеза временного зуба функционально незрелая пульпа не может образовывать иррегуляторный дентин. Присоединение вновь прорезавшихся зубов временного прикуса в кариозный процесс часто совпадает с хронологией их прорезывания. Отличительной чертой РДК является распределение кариозного процесса по плоскости и молниеносный переход в тяжёлую форму. Кариесогенность вскармливания ребёнка раннего возраста формируется следующими факторами: высокой экспозицией сахаров в пище; наличием β-лактозы в молоке; применением бутылочки; нарушение самоочищения; дефицит гигиенического ухода [7]. Согласно, наблюдениям ряда авторов постоянный уход за полостью

рта ребенка осуществляет лишь 5% матерей, однократно в течение дня 23%, не очищали совсем 70%, время от времени 2%.

В настоящее время весьма актуальным является поиск высокоэффективных способов лечения. Исходя из установленной мультифакторности заболевания РДК, необходимо использовать комплексный подход в лечении этой группы пациентов. Необходимо планировать не только применение оперативно-восстановительного метода лечения твёрдых тканей зубов, но и назначение общего лечения пациенту с ранним детским кариесом.

Нарушение сбалансированного питания, дефицит продуктов, обеспечивающих ребёнка кальцием и фосфором, является ведущей причиной недостатка данных веществ в организме. По данным Института питания РАМН, за последние 5 лет повысился рост числа детей, не получающих должное по возрасту количество кальция. Хронические соматические состояния, обусловливающие дисбаланс кальция, чаще объединены с патологией эндокринной системы (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет), выделительной системы (хроническая почечная недостаточность, идиопатическая гиперкальциурия) и патологии желудочно-кишечного тракта (синдром мальабсорбции, выявляемый при различных заболеваниях, гастродуоденит, язвенная болезнь 12–перстной кишки). Между тем, и у детей практически здоровых так же могут быть нарушения обмена веществ. Запланированное лечение должно быть комплексным и проводиться совместно с консультациями врачей-нефрологов, эндокринологов и педиатров. Лечение гипокальциемических состояний - длительный процесс, требующий внесения ряда изменений в привычный образ жизни. При установлении в рационе питания ребёнка недостаточного количества минералов и витаминов или при наличии заболеваний, приводящих к гипокальциемии, адекватной является дотация кальция посредством фармацевтических препаратов [5]. Принимая во внимание содержание элементарного кальция, предлагается приём карбоната, трифосфата и цитрата кальция, а применение кальция глюконата считается малоцелесообразным. Дефицит витамина D3 является важным звеном патогенеза большинства остеопенических состояний. В данный момент самыми

эффективными считают препараты кальция третьего поколения, в состав которых, кроме соединений кальция и витамина D3, входит также ряд витаминов и микроэлементов, влияющих на метаболизм [1]. Положительно зарекомендовал себя витаминно-минеральный комплекс «Кальцинова», показан пациентам с 2х лет. Курс терапии составляет 4 недели, количество курсов в год определяется врачом-стоматологом детским совместно с педиатром и зависит от возраста ребёнка, аллергологического, соматического статуса и от интенсивности кариозного процесса.

Местное лечение РДК. Современным подходом к терапии кариозных поражений на уровне очаговой деминерализации эмали является «предотвращающее», интерсептивное лечение малоинвазивными методами. При разрушении ткани эмали и дентина у детей раннего возраста лечение носит восстановительный характер [4].

У детей от 1 года до 3 лет с множественным поражением зубов кариозным процессом нелегко провести полноценное и качественное лечение в силу возрастных психофизиологических особенностей. Часто приходится обращаться к лечению с применением премедикации, седации, под общей анестезией. Современные технологии проведения лечения ребёнка в условиях общего обезболивания являются одновременно как привлекательными, так как уменьшается психологическая нагрузка, так и достаточно проблематичными, так как всегда существует риск ряда таких серьёзных осложнений как ларингоспазм, аллергическая реакция на медикаменты и возможное развитие депрессии дыхания.

На этапе проведения санации на первый план выступает оперативно-восстановительный метод. Выделяют следующие направления лечения кариеса временных зубов: малоинвазивный и инвазивный, которые отвечают задачам патогенетического лечения. Терапия проводится с целью стабилизации обменных процессов в пульпе, что необходимо для сохранения гомеостаза тканей зуба [4].

Современные технологии реставрации предлагают восстановление формы, функции зуба, а также предупреждение дальнейшего распространения кариеса. Малоинвазивные методы лечения кариеса показаны для лечения поверхностного кариеса эмали и кариеса в стадии пятна. Методы с минимальной инвазией при лечении неосложнённого кариеса: механическое препарирование, водно-абразивное препарирование, препарирование лазером, полимерными борами, эксцизионная биопсия с последующей реставрацией дефектов материалами, обладающими высокой биологической совместимостью и химико-физической адгезией к стенкам полости (стеклоиономерные цементы, компомеры) [2,3].

На этапе осуществления оперативно-восстановительных мероприятий местная этиотропная терапия проводится с целью ликвидации инфицированного дентина и предотвращения инфицирования пульпы. Местная патогенетическая терапия предполагает нормализацию обменных процессов в твёрдых тканях и сосудисто-нервном пучке зуба, стимуляцию барьерной и одонтопластической функции пульпы, минерализацию дентина дна кариозной полости, реминерализацию твёрдых тканей зуба, достижение антибактериальных свойств путём выделения фторидов.

Выводы: кариес зубов в раннем детском возрасте является мультифакторным заболеванием и оказывает негативное влияние не только на состояние зубочелюстной системы ребёнка, но и на общесоматическое здоровье растущего организма. Для успешного лечения РДК необходимо более глубокое изучение этиологических факторов и патогенетических механизмов развития кариеса временных зубов в раннем детском возрасте, разработать новые подходы для лечения, которые позволят эффективно санировать полость рта детей этого возраста. Считаем, что особое внимание следует уделить антенатальной, постнатальной первичной профилактике кариеса зубов с участием детского стоматолога, гинекологов и педиатров.

Список литературы:

1. Антонова А.А. Распространенность и интенсивность раннего кариеса зубов у детей раннего возраста в Хабаровском крае / А.А. Антонова, Е.Л. Чирикова // Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». – 2009.- №3. – 146с.

2. Велиев, А.С. Современные стеклоиономерные цементы / А.С. Велиев, А.Г. Бабаян, А.М. Укустов, Е.С. Каширская. М.З. Нефтуллаев // Международный студенческий научный вестник. 2018. – №1. С.1.

3. Данилова, М.А. Клинико-морфологические аспекты кариеса молочных зубов / М.А.Данилова, Ю.В. Щевцова, Н.А Мачулина // Стоматология детского возраста и профилактика. -2015. - №1. –с. 7-9.

4. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под редакцией В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010 – 896 с.

5. Каменских Д.В. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук - Клинико-экспериментальное обоснование патогенетической терапии раннего детского кариеса. – Пермь, 2018.

6. Леонтьев В.К. Кариес зубов – сложные и нерешенные проблемы/ В.К. Леонтьев// Новое в стоматологии. - 2003. - №6 – с. 6-7.

7. Лозовицкая, И.Н. Бутылочный кариес молочных зубов в раннем детском возрасте / И.Н. Лозовицкая, Е.Г. Стеценко // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста сборник научных статей VI региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии. – 2016. –с.112-115.

8. Smales, R. J. The atraumatic restorative treatment (ART) approach for primary teeth: review of literature / R. J. Smales, H. K. Yip // Pediatr. Dent. 2000. № 22. P. 294–298.

9. Wendt, L.-K. Dental caries in one- and two-year-old children living in Sweden / L.-K. Wendt, A.-L. Hallonsten, G. Koch // Swed. Dent. Journal. 1991. Vol. 13. P. 1–6.

ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ.

Норова М.Б, Хабибова Н.Н.

«Бухарский государственный медицинский университет» МЗ РУз, Бухара.

Актуальность. Женщины во время беременности и лактации находятся в группе риска возникновения основных стоматологических заболеваний — кариеса зубов и воспаления тканей пародонта. Данные патологические процессы представляют опасность для органов полости рта и организма женщины в целом, а также для ее будущего ребенка В настоящее время стоматологические заболевания во время беременности формируют отдельное звено в кариесологии и в пародонтологии за счет особенностей клиники и влияния общего состояния организма. Интенсивность и распространенность кариеса зубов и заболеваний периодонта в период беременности увеличивается, что отмечается многими исследователями на протяжении длительного промежутка времени. Поэтому актуальным является регулярное наблюдение за беременными женщинами у стоматолога с целью раннего выявления факторов риска возникновения стоматологических заболеваний, проведение своевременного обследования, профессиональной гигиены полости рта, профилактических мероприятий и санации [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Цель исследования. — оценка эффективности внедрения программы профилактики основных стоматологических заболеваний у беременных и у кормящих женщин. улучшить стоматологический статус женщины и осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов детей. [7].

Материалы и методы. Исследование проводилось В женской консультации при городской поликлинике №2 города Бухары, была взята на учет 80 беременные и кормящие женщины в возрасте от 18 до 38 лет.по комплексной программе. Статистическая обработка полученных данных проводилась методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента и Фишера.

На материале динамического стоматологического наблюдения и анкетирования показана высокая распространенность и интенсивность кариеса (КПУ=13,6±0,1 балла) при низком уровне гигиены полости рта (OHI-S 1,8±0,1 при CPITN 1,3±0,2 балла) у беременных женщин. Анкетирование обнаружило недостаточную информированность женщин о средствах и методах гигиены полости рта. Подавляющему большинству респондентов (71 %) не было известно о высоком риске кариеса раннего детского возраста в результате инфицирования от матери и людей, ухаживающих за детьми. Проведенные исследования обосновывают необходимость разработки и реализации программ профилактики стоматологических заболеваний среди женщин во время беременности и лактации

Таблица 1 – Распределение беременных и кормящих женщин по возрастному составу

Возраст	Абсолютное количество	В %
18-23 (бер)	10	12,5
18-23 (кор)	8	10
23-28(бер)	12	15
23-28(кор)	10	12,5
28-33 (бер)	14	17,5
28-33(кор)	16	20
33-38(бер)	5	6,25
33-38(кор)	5	6,25
Всего	80	100

Все 80 женщины прошли полное стоматологическое обследование: с целью выявления состояния полости рта проведен осмотр зубов и зубных рядов, из них 4 (5%) оказались здоровы, у 36 (45%) отмечалась компенсированная форма кариеса, у 26 (32,5%) – субкомпенсированная форма кариеса, у 14 (17,5%) – декомпенсированная форма кариеса (рис.1, табл.1).

Результаты и их обсуждение. До сих пор отсутствуют конкретные схемы этиопатогенетического лечения и профилактики кариеса зубов и болезней периодонта в период беременности. Стоматологический статус беременных женщин характеризует низкий уровень стоматологических знаний, отсутствие мотивации к профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта.

Профилактика заболеваний, так же как и патогенетическая терапия, предполагает прежде всего знание их этиологии и патогенеза.Ряд учёных придерживается мнения о связи стоматологического статуса с гормональными сдвигами в организме беременных женщин [7, 8, 9].

К концу I триместра между организмами матери и плода устанавливается сложный обмен гормонов. Формирующаяся к этому времени плацента начинает продуцировать большое количество гормонов белковой и стероидной природы, в 10-100 раз превышающее суточную продукцию гормонов классическими эндокринными железами [9].

Такой резкий скачок уровня гормонов находит своё отражение и в полости рта, что может быть объяснено наличием высокоспецифичных эстрогенных рецепторов в культуре клеток костной ткани [10], в тканях маргинального периодонта, в мелких сосудах [11], либо влиянием половых гормонов на состояние десны через иммунную систему, которая претерпевает изменения на протяжении всего периода беременности.

М.Зоопуашоогигу [12] так описывают механизм влияния гормональных изменений на состояние десны: иммунная супрессия, увеличение экссудации, стимуляция костной резорбции и стимуляция синтетической активности фибробластов, влияние на состав микрофлоры. А.О.О]апо1ко-Иагп, М.Р. Нагп с соавт. [13], исследуя метаболизм прогестерона, предположили, что он предупреждает развитие реакции немедленного типа (острое воспаление), но допускает нарастание хронического воспаления в тканях десны.

Учёные амстердамского университета [7, 13] пришли к выводу, что повышение уровня эстрогенов и прогестерона слизистой оболочки десен влияет

на проницаемость сосудов и экссудацию вплоть до остановки микроциркуляции, ведет к увеличению образования простагландина Е2 слизистой оболочки, вызывает недостаточность солей фолиевой кислоты, снижает способность к кератинизации и клеточной регенерации, а, следовательно, изменяет барьерную функцию эпителия, чем и объясняется усиление клинических проявлений при гингивитах.

По мнению В.Н. Серова, Е.В. Жарова, О.И. Сускова [14] беременность относится к вторичным иммунодефицитным состояниям и характеризуется количественными и функциональными изменениями в Т- и В-системах иммунитета и неспецифических факторов защиты.

Стоматологическое здоровье будущего ребенка зависит от уровня здоровья беременной женщины. При применении современного оборудования у 75% беременных обнаружены те или иные нарушения здоровья. В первую очередь это болезни почек, частота которых при беременности увеличивается с 12% до 51%, сердечно-сосудистые - с 19% до 63%, а также железодефицитные анемии - с 17% до 65%. В группе женщин молодого возраста до 28 лет сопутствующие соматические заболевания обостряются у 60-80% беременных [15,16].

Выводы. Беременных женщин и кормящих женщин целесообразно включать в группу риска по развитию стоматологических заболеваний

Основной причиной заболеваний полости рта беременных женщин следует считать микробных ландшафт ротовой полости, который имеет тенденцию изменяться под воздействием общих и местных факторов. Ключевым моментом следует считать подбор стоматологом наиболее чувствительных и оптимальных диагностических критериев обследования, которые позволили бы максимально объективно оценить клиническую ситуацию в полости рта, учесть все факторы риска развития стоматологических заболеваний.

Своевременная, динамическая и объективная оценка клинической картины в полости рта позволит предложить необходимый комплекс лечебно-профилактических мероприятий профилактики стоматологических заболеваний во время беременности, принимая во внимание все индивидуальные факторы

риска. Проведение эндогенной и экзогенной лекарственной и безлекарственной профилактики в период беременности и лактации, повышение уровня гигиенических знаний позволит улучшить стоматологический уровень здоровья и качество жизни беременной женщины и осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов у детей.

Список литературы.

1. Жаркова О.А .Профилактика стоматологических заболеваний в период беременности /О.А. Жаркова //Вестник ВГМУ –2008.- №4- С. 99-101
2. Аксамит, Л. А. Значение зубного налета в возникновении пришееч-ного кариеса у беременных женщин / Л. А. Аксамит // Стоматология. - 1978. -№5. - С. 26-31.
3. Лахтин, Ю.В. Антенатальная профилактика кариеса / Ю.В. Лахтин // Фельдшер и акушерка. - 1990. - №4. - С. 28-30.
4. Лукиных, Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта / Л.М. Лукиных. - М.: Медицинская книга, 2003. - 196 с.
5. Макаричева, А.Д. Иммунологические процессы и беременность / А.Д. Макаричева. - Новосибирск: Наука, 1979. - 212 с.
6. Laine, M.A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health / M.A. Laine // Acta Odontol. Scand. - 2002 - 60, N 5. - 257-264.
7. Поражаемость зубов кариесом у женщин при осложненной беременности в регионе западной Сибири / С.В. Тармаева [и др.] // Актуальные вопросы охраны материнства и детства: Материалы международной конференции. - Иркутск, 1992. - С. 106-107.
8. Абрахам-Инпяйн, Л. Значение эндокринных факторов и микроорганизмов в развитии гингивита беременных. //Стоматология. - 1966. - №3. - С. 15-18.
9. Amar, S. Influence of hormonal variation on the periodontium in women / S. Amar, K.M. Chung // Periodontol. - 2000. - 1994. - Vol. 6. - P. 79-87.
10. Zachariasen, R.D. Pregnancy gingivitis / R.D. Zachariasen // J. Gt. Houst Dent Soc. - 1997 - 69, N3. - 10-12.

11. Association of estrogen receptordinucleotide repeat polymorphism with osteoporosis / M. Sano [et al.] // Biochem-Biophys-Res-Commun. - 1995 Dec. 5. -Vol. 217, N1. - P. 378-383.
12. Рецепторы эстрогенов в тканях маргинального пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом / В.Н. Копейкин [и др.] // Стоматология. - 1995. - №4. - С. 13-15.
13. Sooriyamoorthy, M. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease / M. Sooriyamoorthy, D.B. Gower // J. Clin. Periodontol. -1989. - 16, N4. - 201-208.
14. Ojanotko-Harri, A.O. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma / A.O. Ojanotko-Harri // J. Clin. Periodontal. - 1991 Apr. - Vol. 18, N4. - P. 262-266.
15. Серов, В.Н. Состояние иммунной системы у женщин перед родо-разрешением / В.Н. Серов, Е.В. Жаров, О.И. Сусков // Вопр. охраны материнства. - 1986. - №12. - С. 34-37.
16. Alterations or separate indicators of endocrine status in pregnant women that reside in the regions contaminated by radionuclides / A. Milyutin [et al.] // Wo-mens health: Occupation, Cancer&Reproduction. - 1998. - May 14-16. - P. 89.

РОТОВАЯ ЖИДКОСТЬ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Скрипкина Г.И., Екимов Е.В., Анохина А.А.

ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" МЗ РФ, (Омск)

Актуальность. Как известно, в ротовой полости содержится биологическая жидкость - смешанная слюна, изучение которой позволяет прогнозировать развитие как органных, так и системных нарушений. В формировании смешанной слюны участвуют слюнные железы [6]. Кроме секрета желез, данная биологическая жидкость содержит микроорганизмы, слущенный эпителий, остатки пищи и метаболиты, попавшие в нее [6]. Также в ее составе есть специальные белки, лейкоциты, иммуноглобулины, ферменты, за счет которых обеспечивается защитная функция [6]. Благодаря многообразию свойств и функций, смешанная слюна участвует во всех процессах полости рта, что позволяет сохранить ее гомеостаз [3].

Важно понимать, что у каждого человека состав смешанной слюны вариабелен, поэтому течение того, или иного заболевания будет проходить поразному, соответственно, подход к лечению будет индивидуальным. Кариес зубов — одно из самых распространенных заболеваний человечества [8]. Профилактика и лечение данной патологии является одной из главных задач в современной стоматологии [1]. На сегодняшний день наука достигла немалых успехов в изучении этиологии и патогенеза этого заболевания, однако биохимические механизмы его возникновения до сих пор изучены не до конца.

Цель исследования. Изучение состава ротовой жидкости даст возможность проанализировать эффективность различных методов исследования ротовой жидкости и поможет в клинической стоматологии правильно выявить факторы риска у больных с высоким уровнем интенсивности кариеса зубов и воспалительными заболеваниями пародонта. Это имеет значительный потенциал в планировании лечения и профилактики, включая организацию динамического наблюдения таких пациентов [3,11].

Методы исследования. Основным методом исследования является анализ литературных источников по заданной теме.

Результаты и их обсуждение. Интерес к исследованиям в данной области волновал ученые умы всего мира на протяжении не одного десятка лет. Ученых, занимающихся данной проблемой, интересовали все аспекты, препятствующие здоровому состоянию полости рта человека, в том числе, состав ротовой жидкости, ее функции в организме, и, наконец, возможные методы исследований, которые помогут в последствие предотвратить ряд заболеваний, так или иначе связанных с состоянием полости рта.

В настоящее время существуют различные методы исследований смешанной слюны, которые представлены в данном обзоре.

Метод определения скорости секреции слюны, который позволяет выделить 3 типа саливации [5]: гипосекреция, нормальная секреция, гиперсекреция. По данным характеристикам было проведено немало исследований, которые говорят, что люди, у которых слюна достигает 0,03-0,30 мл/мин (гипосаливация), более подвержены патологическому процессу в твердых тканях зуба, т.е. кариесу [5]. Существует и обратное мнение.

Немаловажную роль в прогнозировании кариеса зубов играет метод определения вязкости слюны, в котором отмечается взаимосвязь между вязкостью ротовой жидкости и интенсивностью кариозного процесса [7]. В составе смешанной слюны содержится вещество - муцин, и о его функции существуют противоречивые утверждения [4,7]. Мы считаем, что у лиц, которых слюна наиболее вязкая, риск возникновения кариозного процесса наиболее высокий, чем у людей, чьи показатели вязкости слюны сводятся к минимуму.

Метод определения pH среды слюны [2,9,10]. Установлено, что слюна имеет нейтральный показатель (6,5-7,5) в нормальных условиях. Известно, что при уменьшении данного показателя увеличивается риск возникновения кариеса [2]. Снижение pH среды можно наблюдать после употребления углеводистой пищи, где микрофлора полости рта начинает продуцировать кислоты, разрушающую эмаль [12,13].

Для определения минерализующего потенциала слюны (МПС) разработано 2 методики определения: референтная методика В. К. Леонтьева (1983) [14], где определяют концентрацию кальция, фтора и водородный потенциал, и методика микрокристаллизации слюны, предложенная П. А. Леусом (1977) [15,16,17]. Данная методика позволяет оценить динамику содержания данных показателей, которые имеют значимость в резистентности зубов к кариесу. Но не стоит забывать, что на состав и свойства смешанной слюны влияет огромное количество внешних и внутренних факторов, и поэтому крайне актуально изучение индивидуальных различий [18].

Выводы:

1. Исследования биохимических показателей ротовой жидкости в их количественном и качественном соотношениях в дальнейшем могут дать основу лабораторным исследованиям в определении причин возникновения, отслеживании динамики развития и, как правило, терапии, в дальнейшем, профилактики ряда патологических состояний, влекущих за собой заболевания ротовой полости.

2. Изучение смешанной слюны дает возможность определения биохимических особенностей структуры ее состава, что немаловажно для диагностирования стоматологических патологий на ранний стадиях, когда какие-либо клинические проявления заболевания на данном этапе могут быть слабо выражены, или отсутствовать.

3. Анализ биохимических показателей ротовой жидкости у больных кариесом позволяет диагностировать данное заболевание, прогнозировать его течение. Это даст основу для разработки ряда индивидуальных программ профилактики и лечения для каждого отдельно взятого пациента.

4. Ротовая жидкость принимает активное участие в поддержании гомеостаза полости рта, и по ее составу можно определить состояние органов ротовой полости.

Список литературы:

1. Екимов Е.В. Сравнительная оценка изменений в динамике клинико-лабораторных показателей гомеостаза полости рта при лечении начального кариеса зубов у детей с декомпенсированной формой кариеса / Е.В. Екимов //Научно-практический журнал «Институт стоматологии» №4 (73), 2016 – С. 92-93.

2. Екимов Е.В. Минерализующий потенциал ротовой жидкости при различном течении кариеса зубов у детей / Е.В. Екимов, А.П. Солоненко, Т.С. Митяева // Научно-практический журнал «Институт стоматологии» №3(68), 2015 – С. 52-53.

3. Кудрявцева Т.В. Взаимосвязь стоматологического статуса студентов с уровнем минерального состава ротовой жидкости/Кудрявцева Т.В., Чеминава Н.Р., Тачалов В.В., Лобода Е.С. // Стоматология. 2016. Т. 95. № 6-2. С. 12-13.

4. Леонтьев В.К. О мицеллярном состоянии слюны / В.К. Леонтьев, М.В. Галиулина // Стоматология. - 1991. - № 5. - С.17-20.

5. Леонтьев В.К. Изучение слюны в стоматологии: метод. рекомендации / В.К. Леонтьев, В.Г. Сунцов. - Омск, 1974. - 15 с.

6. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология / П.А. Леус. – Москва: Мед. книга, 2008. – 444 с.

7. Скрипкина Г.И. Роль ротовой жидкости в минерализации эмали зубов у детей / Г.И. Скрипкина, Е.В. Екимов, Т.С. Митяева // Сборник научных статей IX региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии «Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии» под редакцией А.А. Антоновой. 2019. С. 154-158.

8. Скрипкина Г.И. Ротовая жидкость и ее роль в определении уровня здоровья полости рта: учеб. пособие / Г.И. Скрипкина, А.П. Солоненко, А.Ж. Гарифуллина ; Омская гос. мед. акад. - Омск : 2016. - С.5-17

7. Скрипкина Г.И. Оценка уровня стоматологического здоровья населения: учеб. пособие / Скрипкина Г.И., Гарифуллина А.Ж., Екимов Е.В., Солоненко А.П., Бурнашова Т.И.; Омский гос. мед. универ. - Омск: 2018. – 215 с.

9. Скрипкина Г.И. Минеральный обмен в полости рта при различном течении кариеса зубов у детей / Г.И. Скрипкина, Е.В. Екимов, А.П. Солоненко // Журнал «Стоматология» Том 96 №6-2, 2017 – С.37-38.

10. Скрипкина Г.И. Клинико-лабораторные аспекты реминерализующей терапии начального кариеса зубов у детей при различной активности кариозного процесса/ Г.И. Скрипкина, Е.В. Екимов // Журнал «Стоматология детского возраста и профилактика» Том 16 3(62), 2017 – С. 34-40.

12. Скрипкина Г.И. Минерализирующий потенциал ротовой жидкости / Г.И. Скрипкина, Е.В. Екимов, Т.С. Митяева // Журнал «Проблемы стоматологии» №15 (3), 2019 – С. 121-126.

13. Скрипкина Г.И. Ротовая жидкость и ее роль в определении уровня здоровья полости рта: учеб. пособие / Г.И. Скрипкина, А.П. Солоненко, А.Ж. Гарифуллина ; Омская гос. мед. акад. - Омск : 2016. - С.5-17

14. Скрипкина Г.И. Клинико-лабораторные параметры минерального обмена в полости рта кариесрезистентных детей дошкольного возраста / Г.И. Скрипкина, Е.В. Екимов, О.В. Мацкиева //Сборник статей международной научно-практической конференции 2-й кафедры терапевтической стоматологии УО «БелГМУ»: «Актуальные вопросы медицинской профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний» - Минск, 2019 – С. 179-184.

15. Скрипкина Г.И. Изменение клинико-лабораторных показателей гомеостаза полости рта у детей с компенсированным течением кариозного процесса на фоне лечения начального кариеса зубов / Г.И. Скрипкина, Е.В. Екимов, А.П. Солоненко // Сборник научных статей VI региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии. – Хабаровск, 2016 – С. 46-51.

16. Скрипкина Г.И. Оценка изменений клинико-лабораторных показателей гомеостаза полости рта при лечении начального кариеса эмали зубов у детей с компенсированной формой кариеса / Г.И. Скрипкина, Е.В. Екимов, А.П. Солоненко // Журнал «Проблемы стоматологии» №4, 2016 – С. 57-60.

17. Скрипкина Г.И. Показатели минерального обмена в полости рта при начальном кариесе у детей с различным течением кариозного процесса/ Г.И. Скрипкина, Е.В. Екимов, А.П. Солоненко // Научно-практический журнал Dental Forum №4, 2016 – С. 30-31.

18. Скрипкина Г.И. Клинико-лабораторные показатели нормы в кариесологии детского возраста / Г.И. Скрипкина, А.Н. Питаева, Е.В. Екимов // Журнал «Институт стоматологии» №2(79), 2018 – С. 100-101.

ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РЕЖУЩИХ ИНСТРУМЕНТОВ.

Катман М.А., Яшнова Н.Б.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ

Актуальность. Изучение течения раневого процесса ран имеет многовековую историю. Раны являются одним из самых распространенных видов травматических повреждений. В последнее время предъявляются большие требования эстетике послеоперационного рубца. Хирурги иногда не представляют в деталях особенности воздействия различных режущих инструментов на ткани и их последействия.

Цель работы: изучить влияние различных видов хирургического воздействия на процесс репарации мягких тканей.

Материалы и методы: Проводился эксперимент на белых беспородных крысах самцах (n=15),с соблюдением этических норм. Животным под эфирным наркозом на спинке через все слои кожи наносился разрез длиной 1,5 см, без наложения швов. У 1 группы (n=5) разрез производился с помощью радиоскальпеля, у 2 группы (n=5) с помощью электроножа. В 3 группе (n=5) разрез наносился с помощью обычного одноразового скальпеля.

Забор материала производили на 3 и 7 сутки. Материал подвергали стандартной фиксации 10% формалином, проводке и заливке в парафин. Срезы окрашивали по общегистологической методике гематоксилин-эозином. Препараты исследовались на морфометрическом комплексе с программным обеспечением «МЕКОС».

Результаты и их обсуждение: В первой группе, разрез был точный, не требовал приложения усилий, сформированное операционное поле за счет одномоментной коагуляции мелких сосудов было сухое, края раны ровные.

Во второй группе, в формировании разреза прилагалось больше усилий. Наблюдалось коагуляция сосудов и отсутствие кровотечения. Края раны неровные и прослеживается ожог окружающих тканей.

У крыс находящихся в третьей группе для нанесения разреза потребовалось применить максимальные усилия. При этом отмечалось кровоточивость раны, края были рваные, на ее поверхности сформировалась геморрагическая корка.

При морфологическом исследовании препарата на 3 сутки в первой группе - границы раны были четкие и ровные без признаков диастаза с лейкоцитарной инфильтрацией; нарушений микроциркуляции и признаков кровоизлияний не обнаружено. Репарация раны отмечена на 7 сутки путем первичного натяжения, прослеживалась полная эпителизация, отмечался незначительный гиперкератоз и компенсаторное утолщение эпителия. Образовавшийся рубец в соединительной ткани очень тонкий и мягкий.

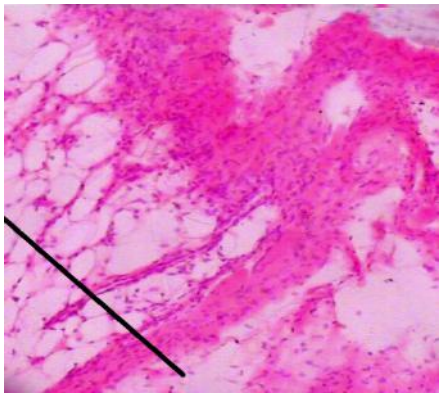


Рисунок 1. Рана на 3 сутки нанесенная радиоволновым ножом.

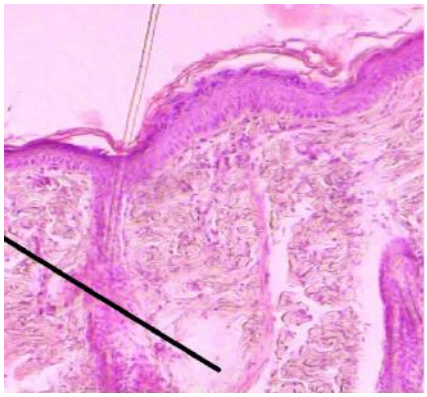


Рисунок 2. Рана на 7 сутки нанесенная радиоволновым ножом

Во второй группе, на 3 сутки в окружающих тканях наблюдались коагуляция, отечность, гиперкератоз, с диастазом краев раны. При исследовании материала на 7 сутки процессы репарации в ране происходят посредством вторичного натяжения. В тканях начинаются процессы эпителизации, при этом сохраняются значительные повреждения и отечность окружающих тканей.

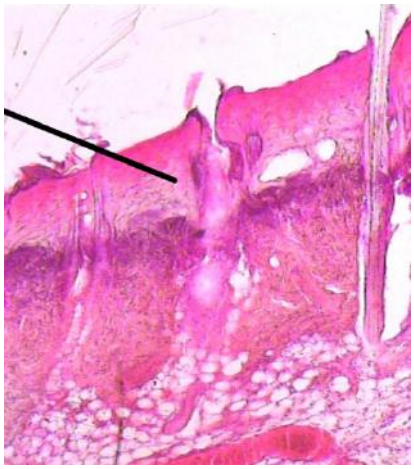


Рисунок 3
Рана нанесенная электроножом на 3 сутки

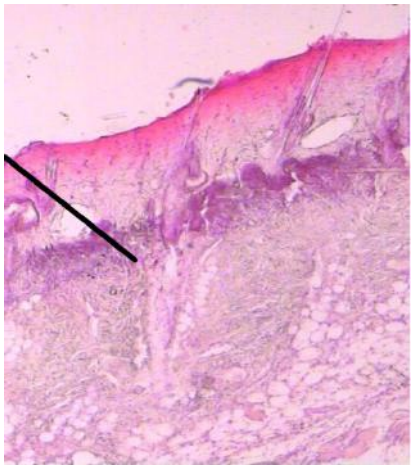


Рисунок 4
Рана нанесенная электроножом на 7 сутки

В третьей группе, при исследовании материала на 3 сутки - края раны неровные, рваные без признаков диастаза с явлениями отека в окружающих тканях. Под эпидермисом располагается гематома, вокруг которой массивная лимфоцитарная инфильтрация. На 7 сутки процессы репарации происходят посредством вторичного натяжения. В тканях местами наблюдается эпителизация, над разрезом сохраняется геморрагическая корка и отечность.

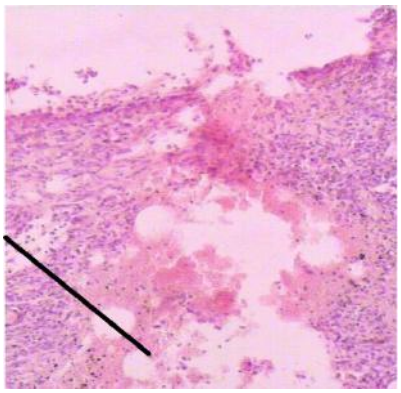


Рисунок 5.
Рана нанесенная скальпелем на 3 сутки

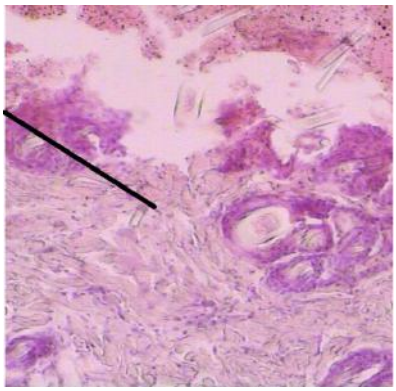


Рисунок 6.
Рана нанесенная скальпелем на 7 сутки

Выводы: В результате полученных данных можно сделать вывод, что разрез кожи у животных с помощью радиоволнового скальпеля наносит наимень-

шую травму тканям, что впоследствии взывает минимальные морфологические и сосудистые нарушения в ране. При этом наблюдался наиболее активный процесс регенерации тканей. Заживление раны происходило первичным натяжением, а сформированный рубец был довольно тонким.

Установлено, что электронож вызывает широкую зону некроза, значительные перифокальные изменения в тканях. В данном случае рана заживала посредством вторичного натяжения.

Выявлено, что у исследуемых животных при использовании обычного скальпеля под эпидермисом сформировалась гематома и массивная лейкоцитарная инфильтрация. Заживление раны также протекало посредством вторичного натяжения.

Исходя, из выше сказанного можно сделать вывод, что для проведения операций на коже (удаление доброкачественных опухолей, пластика рубцовых деформаций, вскрытие воспалительных инфильтратов) наиболее целесообразно применять радиоволновой нож. Так как данный метод является более щадящим и вызывающий меньший косметический дефект.

Список литературы:

1. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта: Практическое пособие / Цепов Л.М.- Москва, 2005 – с. 120

2. Современные технологии в эндоскопии: Практическое пособие / Чернеховская Н.Е.- Москва, 2004 –с. 98

3. Челюстно-лицевая хирургия./ Под ред. Дробышева А.Ю., Янушевича О.О. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Пинелис Ю.И., Аксенова Т.А.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита

Актуальность. В последние годы отмечен значительный рост числа больных инфекционным эндокардитом (ИЭ) как в России, так и за рубежом. По данным отечественных авторов заболеваемость инфекционным эндокардитом составляет от 1,7 до 6,5 случаев на 100 тысяч населения в год [1]. В мире заболеваемость ИЭ составляет 3-10 случаев на 100 тыс. человек в год и обусловлена широким распространением внутривенной наркомании, кардиохирургических операций, инвазивных медицинских манипуляций, органических поражений клапанного аппарата сердца [2]. К современным особенностям течения относят появление нозокомиальных эндокардитов, эндокардит правых камер сердца, увеличение числа ИЭ на фоне мукоидной или миксоматозной дегенерации или склеротического поражения клапанного аппарата [3].

Тяжесть течения, вероятность инвалидизации и летальности, диктуют необходимость адресного применения мер профилактики ИЭ при медицинских, прежде всего стоматологических вмешательствах. Особое внимание к стоматологическим пособиям обусловлено тем, что в настоящее время, несмотря на полиэтиологичность микробного фактора, лидирующие позиции сохраняет грамположительная флора, источником которой может явиться ротовая полость. В многоцентровом проспективном исследовании, проведенном в 10 городах Российской Федерации, показано, что в нашей стране в структуре положительной гемокультуры больных ИЭ наиболее часто встречался Staphylococcus aureus [4].

Поскольку частой причиной возникновения ИЭ являются стоматологические манипуляции, сопровождающиеся нарушением целостности слизистой ротовой полости, знания врачей-стоматологов о механизмах развития и мерах профилактики ИЭ является основой для предупреждения развития данного заболевания у пациентов повышенного риска его возникновения.

Цель работы. Изучить представления врачей стоматологов об инфекционном эндокардите и современным подходам к профилактике данного заболевания.

Материалы и методы. В период с февраля по октябрь 2017 г. было проведено проспективное исследование в форме опроса врачей стоматологов г. Читы и Забайкальского края. Участие в опросе являлось добровольным и анонимным. Объектом данного исследования являлись представления врачей-стоматологов об этиологии, группах риска возникновения ИЭ, путях передачи возбудителя и мерам антибиотикопрофилактики. В опросниках указывались специальность, стаж работы респондентов, а также вопросы этиологии и профилактики ИЭ.

Была разработана авторская анкета, включающая 10 вопросов с выбором одного или нескольких правильных вариантов ответа из числа предложенных. Проведено анкетирование 60 врачей стоматологов, из них: ортопедов - 45 человек (75%), хирургов - 8 человек (13,3%), терапевтов - 7 человек (11,7%). Стаж работы анкетируемых составил до 5 лет - 25%, от 5 до 9 лет - 23,3%, от 10 до 19лет - 25%, от 20 до 29 лет - 11,7%, от 30 и более лет- 15%. Все сведения, внесенные в опросники, вводились в электронную базу данных. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 10,0.

Результаты. Половина опрошенных (30 человек) дали правильное определение ИЭ: это заболевание инфекционной природы, поражающее клапанный и пристеночный эндокард. На вопрос об основных возбудителях ИЭ только 16 врачей (26,7%) указали зеленящий, золотистый, белый стафилококки. Подавляющее большинство опрошенных (44 человека, 73,36%) неверно отметили основных возбудителей ИЭ, в 63,3% случаев указав β-гемолитические стрептококки групп А и В. В ходе опроса большинство респондентов (39 человек, 65,0%) верно отметили основной путь передачи инфекции при ИЭ - гематогенный, распределение ответов на данный вопрос представлено на рис.1., при этом в 35% врачи не верно указали пути передачи возбудителя. Вызвал затруднения ответ на вопрос, какой клапан чаще всего поражается при ИЭ. Только 21,7 %

респондентов правильно указали, что при ИЭ чаще всего поражается аортальный клапан, остальные опрошенные неверно ответили на данный вопрос, в 67,7% указав митральный, в 13,3% -трехстворчатый и в 3,3% - клапан легочной артерии, как наиболее часто поражаемые при данном заболевании.

Врач-стоматолог в своей работе должен учитывать, относится ли пациент к группе повышенного риска возникновения ИЭ. Отрадно, что на вопрос с множественным выбором о группах риска вторичного ИЭ 60,0% опрошенных верно указали лиц с ревматическим пороком сердца, в 66,7% - лиц перенесших ИЭ и в 30,0% лиц, имеющих протезированные клапаны.

Известно, что ряд медицинских манипуляций может провоцировать развитие ИЭ. Стоматологическими манипуляциями повышенного риска являются действия на тканях полости рта. В нашем опросе 63,3% и 53,3% врачей-стоматологов верно ответили, что экстракция зуба и установка зубного имплантата могут привести к развитию ИЭ.

В соответствии с Рекомендациями Европейского общества кардиологов (ESC) 2015 пациентам групп высокого риска необходима антибиотикопрофилактика перед данными стоматологическими манипуляциями. При ответе на вопрос, в каких случаях показана профилактика вторичного ИЭ, верные ответы «при стоматологических манипуляциях на пародонте» и «при стоматологических манипуляциях в периапикальной области зубов» были даны в 45% и 55% случаев соответственно.

Хорошая гигиена полости рта и регулярный стоматологический осмотр имеют особое значение для профилактики ИЭ [5], особенно важны данные профилактические мероприятия для пациентов групп высокого риска. Ответы на вопрос: «какие профилактические мероприятия рекомендуются для лиц, входящих в группу риска по развитию вторичного ИЭ» представлены на рисунке 2, чаще всего указывались «чистка зубов 2 раза в день» и «профессиональная чистка зубов 2 раза в год» в 76,7 и 81,7% соответственно.

В рекомендациях ESC 2015 г. для пациентов высокого риска при проведении зубных процедур высокого риска рекомендуется антибиотикопрофилакти-

ка. При отсутствии аллергии на пенициллин или амоксициллин взрослым рекомендуется амоксициллин или ампициллин 2 г перорально или внутривенно (в/в), детям 50 мг/кг перорально или в/в. Альтернативой может быть применение цефалексина 2 г в/в для взрослых или 50 мг/кг для детей, цефазолина или цефтриаксона 1,0 г в/в для взрослых или 50 мг/кг для детей. При аллергии на пенициллин или ампициллин рекомендуется клиндамицин взрослым 600 мг перорально или в/в, детям 20 мг/кг перорально или в/в. Из рекомендуемых схем антибиотикопрофилактики врачами-стоматологами более чем в 50% ответов указывался «амоксициллин/ампициллин 2,0 гр внутрь или 50 мг/кг в/внутривенно», в 28,3% - «цефалексин 2,0 гр внутрь или 50 мг/кг в/внутривенно» и «цефазолина 1,0 гр внутрь или 50 мг/кг в/внутривенно», в 21,7% - «клиндамицин 600 мг внутрь или 20 мг/кг в/внутривенно». Ответы на данный вопрос приведены в табл.3, при этом следует отметить, что процент верно указанных схем антибиотикопрофилактики превалировал над неправильными ответами.

Обсуждение полученных результатов. ИЭ является сложной диагностической и лечебной проблемой, которая мотивирует врача на совершенствование своих знаний и умений. Проведённый в 2012-2013 годах опрос 560 терапевтов, кардиологов, клинических фармакологов выявил ряд проблем, касающихся представления врачей о подходах к диагностике и тактике лечения пациентов с ИЭ, в частности недостаточное внимание к трансэзофагальному методу электрокардиографической диагностики и некорректные представления относительно выбора антибиотикотерапии при ведущих возбудителях [6]. Данный опрос не включал вопросы профилактики, что подчеркивает актуальность проведенного нами исследования. Проведенное нами анкетирование показало, что половина респондентов-стоматологов имеют верное представление о сущности заболевания, однако выявились значительные трудности в ответах о возбудителе, путях его передачи и преимущественно поражаемом клапане. Однако следует отметить, что основной компетенцией врача стоматолога в вопросах, ка-

сающихся ИЭ, является выделение групп высокого риска возникновения данного заболевания и проведение профилактических мероприятий в этих группах.

Рекомендации ESC 2009 г. по ведению пациентов с ИЭ акцентировали внимание врачей на диагностических и лечебных манипуляций, как провоцирующих факторах развития ИЭ. В данных рекомендациях было проведено некоторое сужение показаний в антибиотикопрофилактике и выделена популяция пациентов с высоким риском развития заболевания [5]. Необходимость антибитикопрофилактики только у пациентов группы наиболее высокого риска была закреплены в Рекомендациях ESC по ведению пациентов с ИЭ в 2015 г. [2].

В опросе более половины стоматологов верно указали, что постановка имплантов и удаление зуба могут провоцировать развитие вторичного ИЭ, число неверных ответов на данный вопрос было небольшим. Спонтанные бактериемии имеют низкую степень выраженности и короткую продолжительность, но их высокая частота может объяснить, почему большинство случаев ИЭ не связано с инвазивными процедурами, что было продемонстрировано в популяционном исследовании [7].

Выводы. Анализ результатов анонимного анкетирования врачей-стоматологов показал наличие определенных пробелов в базовом уровне их знаний по вопросам этиологии и механизмам развития ИЭ. Установлено, что некоторые специалисты имеют определенные трудности при выявлении пациентов групп риска по развитию вторичного ИЭ, не всегда точно ориентированы в показаниях и схемах антибиотикопрофилактики этого заболевания, что диктует необходимость проведения дополнительных мероприятий по обучению данной группы специалистов.

Список литературы

1. Брусина Е.Б., Коломыцев А.В., Барбараш О.Л., Бурматов Н.П. Инфекционный эндокардит — эволюция болезни. Тер. архив. 2000.9. 47-50.

2. Habib G., Lancellotti P., Antunes M., Bongiorni M., Casalta J., Zotti F., Dulgheru R., Khoury G., Erba P., Iung B., Miro J., Mulder B., Plonska-Gosciniak E., Price S., Roos-Hesselink J., Snygg-Martin U., Thuny F., Mas P., Vilacosta I., Zamo-

rano J., 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology. European Heart Journal. 2015. 36 (44). 3075–3128. DOI:10.15829/1560-4071-2016-5-65-116.

3. Cecchi E., Imazio M., Trinchero R. The changing face of infective endocarditis. Heart. 2006. 92. 1365–1366. DOI:10.1136/hrt.2006.092635.

4. Данилов А.И., Алексеева И.В., Аснер Т.В., Власова Е.Е., Данилова Е.М., Дехнич А.В., Дроздович Е.Л., Егерь Ю.В., Елохина Е.В., Калягин А.Н., Козлов Р.С., Кречикова О.И., Литвинов А.В., Милягин В.А., Младов В.В., Ортенберг Э.А., Палютин Ш.Х., Портнягина У.С., Рог А.А., Трушин И.В., Федорова О.Б., Фоминых С.Г., Шамес Д.В.,. Шпунтов М.Г, Якупова С.П. Этиология инфекционного эндокардита в России. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2015. 1 (17). 4-10.

5. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009). European Heart Journal. 2009. 30. 2369–2413. DOI:10.1093/euroheartj/ehp285.

6. Данилов А.И., Алексеева И.В., Аснер Т.В., Веселова О.Ф., Власова Е.Е., Дроздович Е.Л., Егерь Ю.В., Елохина Е.В., Калягин А.Н., Литвинов А.В., Милягин В.А., Палютин Ш.Х., Портнягина У.С., Рог А.А., Фоминых С.Г., Якупова С.П., Шамес Д.В., Шпутнов М.Г. Представления российских врачей об этиологии, диагностике и терапии инфекционного эндокардита. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2014. 16(1). 26-32.

7. Strom B.L., Abrutyn E., Berlin J.A., Kinman J.L., Feldman R.S., Stolley P.D., Levison M.E., Korzeniowski O.M., Kaye D. Dental and cardiac risk factors for infective endocarditis. A population-based, case-control study. Ann Intern Med. 1998.129. 761-769.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Пинелис Ю.И., Дашеева С.Е., Ильчининов А.А.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита

Актуальность. Одним из заболеваний организма, при котором могут быть выявлены ранние первичные проявления патологии в полости рта, является сахарный диабет. Наличие сахарного диабета у пациентов может обусловливать развитие структурно-функциональных изменений в челюстно-лицевой области, а также повышать риск возникновения изменений в тканях пародонта. В Забайкалье зарегистрировано 24 тысячи больных сахарным диабетом, из них 22 тысячи имеет второй тип.

Цель. Изучить изменения в тканях пародонта при сахарном диабете.

Материалы и методы. Проведено обследование 35 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа. Стоматологическое обследование больных с СД 2 типа начиналось со сбора анамнеза, оценки общего состояния организма, детального клинического осмотра полости рта с целью выявления патологических изменений. При визуальном осмотре полости рта определяли цвет слизистой оболочки, ее увлажненность, наличие налета и элементов поражения, отечность, складчатость, консистенцию выделяемой слюны, отмечали качество ухода за полостью рта. Состояние твердых тканей зубов оценивалось по индексу КПУ, тканей пародонта с помощью индекса РМА %, а гигиену полости рта - индексом по Грин-Вермилльону.

Результаты. Проведенные исследования показали, что высокая и очень высокая степень поражения кариесом зубов у пациентов с СД 2 типа превалирует и составляет 96,9%. Оценка состояния гигиены полости рта у них свидетельствовала о том, что в 52,5% случаев оно было удовлетворительным и хорошим, и в 47,5% случаев соответствовало показателям неудовлетворительной и плохой гигиены полости рта. Отмечалось наличие наддесневых и поддесне-

вых зубных отложений преимущественно во фронтальном участке нижней челюсти.

Средний индекс РМА% у больных сахарным диабетом 2 типа составлял 64,2 %. У всех пациентов с сахарным диабетом 2 типа диагностирован хронический генерализованный пародонтит. В среднем в 56,4% случаев отмечалась начальная — I степень пародонтита, в 32,8% случаев — I-II степень пародонтита и у 10,8% — II-III степень пародонтита. При этом с возрастом тяжесть заболевания увеличивалась. При обследовании больных сахарным диабетом 2 типа отмечено, что количество пациентов с начальной I степенью пародонтита зависит от продолжительности болезни: болеющих до 5-ти лет – 64,1%; до 10 лет – 49,2%; более 20 лет – 16,3%.

При осмотре слизистой оболочки языка отмечали отпечатки зубов на его боковых участках, белесоватый налет, сухость и атрофию сосочков. Больные отмечали кровоточивость десен при чистке зубов в течение нескольких лет, запах изо рта, быстрое образование зубного налет,а болевые ощущения в дёснах. На десневом крае определялась отёчность, ярко-красный цвет, отложения зубного камня. Наряду с патологией пародонта у 60% больных сахарным диабетом 2 типа выявлялись изменения слизистой оболочки полости рта - отёк, точечные кровоизлияния на нёбных дужках и внутренней поверхности нижней губы, у некоторых больных эрозии слизистой оболочки щеки, сухость в полости рта. Ротовая жидкость была вязкой и выделялась в небольшом количестве. У пациентов выявлена высокая нуждаемость в лечении зубочелюстных аномалий, протезировании и реставрации зубов.

Вывод. Сахарный диабет оказывает на ткани пародонта патологическое воздействие, в результате чего возникают существенные сосудистые изменения, ведущие к возникновению гингивита и пародонтита. При высокой концентрации глюкозы в десневой жидкости и слюне происходит образование обильных зубных отложений. Тяжесть изменений в тканях пародонта зависит от степени и длительности сахарного диабета: чем старше больной и дольше длительность процесса, тем тяжелее протекают заболевания пародонта. Больные,

страдающие сахарным диабетом, нуждаются не только в диспансеризации и лечении, но и в профилактике стоматологических осложнений.

ВРОЖДЕННЫЙ ИММУННИТЕТ И «ПОЛ – АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА» У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Пинелис Ю.И., Лхасаранова И.Б., Караваева Т.М., Максименя М.В.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита

Актуальность. Воспалительные заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест в структуре стоматологических заболеваний. Пародонтит нередко является причиной потери зубов, приводящей к стойким морфофункциональным изменениям в ротовой полости с последующими нарушениями жевания, речи, формы лица, структуры и функций органов пищеварительной системы. Более тяжёлые формы течения болезни характерны для лиц старшей возрастной группы, однако молекулярные механизмы, лежащие в основе возрастных различий развития патологии, в полной мере до сих пор не изучены. Вместе с тем известно, что основной причиной формирования данного заболевания является снижение сил противостояния организма факторам агрессии в ротовой полости, в первую очередь – микроорганизмам, главной линией обороны против которых выступает иммунная система. В качестве оружия против чужеродных агентов клетками могут быть использованы и свободные радикалы, запускающие перекисное окисление любых веществ, в частности липидов (ПОЛ), однако данные частицы, разрушая патогены, повреждают и собственные тканевые структуры человека, что может играть роль в патогенезе пародонтита.

Цель: изучить особенности содержания некоторых показателей врожденного иммунитета (общий IgA, секреторный IgA, лизоцим) и параметров системы «Перекисное окисление липидов – антиоксидантная защита» (ТБК-активные продукты, общая антиоксидантная активность) в сыворотке крови у молодых людей и у лиц в старшей возрастной группе, страдающих пародонтитом.

Материалы и методы. В обследовании участвовало 30 человек, которые были поделены на три группы: I группа (контрольная) –10 здоровых человек без выявленной какой либо патологии в возрасте 18-24 лет, II группа – 10 паци-

ентов с пародонтитом в возрасте 25-44 лет, III группа – 10 больных пародонтитом в возрасте 45-60 лет. У всех обследуемых в ротовой жидкости определяли уровень ТБК-активных продуктов с помощью теста Л.И. Андреевой (1988), общую антиоксидантную активность сыворотки крови (ОАА) – по методу М.Ш. Промыслова и соавт. (1990), содержание общего IgA, секреторного IgA (набор реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск)), лизоцима (набор реагентов Cloud-Clone Corp. (США)) – методом ИФА. Описательная статистика представлена медианой и межквартильным интервалом (25-го; 75-го перцентилей); для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применяли критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $p<0,05$.

Результаты: В ротовой жидкости у как молодых, так и у лиц старшей возрастной группы, страдающих пародонтитом, в сравнении с контролем возрастает концентрация IgA в 3,83 раза ($p<0,001$) и 5,22 раза ($p<0,001$) соответственно, IgA(s) – в 3,15 и 3,54 раз ($p<0,001$), лизоцима – в 2,24 и 2,85 раз ($p<0,001$), ТБК-активных продуктов в 1,53 раза и 1,15 раз ($p<0,001$), а уровень общей антиоксидантной активности падает в 1,15 раза и 1,39 раз ($p<0,001$). При этом, у лиц старшей возрастной группы относительно молодых в ротовой жидкости регистрируются более высокие цифры IgA (в 1,48 раза ($p<0,001$)), IgA(s) (в 1,12 раза ($p<0,001$)), лизоцима (в 1,27 раза ($p<0,001$)), но более низкие величины ТБК-активных продуктов (в 1,15 раза ($p=0,01$)) и показателя ОАА (в 1,20 раза ($p<0,001$)).

Выводы. 1. У лиц, страдающих пародонтитом, как в молодом возрасте, так и в старшем, в ротовой полости повышается активность врожденного иммунитета (увеличивается уровень общего IgA, секреторного IgA, лизоцима), возникают сдвиги в системе «ПОЛ-антиоксидантная защита» в сторону роста интенсивности прооксидантных процессов. 2. У людей старшей возрастной категории относительно молодых в ротовой жидкости в большей степени повышается концентрация общего и секреторного иммуноглобулинов А, лизоцима, при этом снижается уровень, как ТБК-активных продуктов, так и ОАА.

Список литературы

1. Грудянов А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. - М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 336 с.

2. КиричукВ.Ф. Тромборезистентность эндотелия сосудистой стенки у больных хроническим генерализованным пародонтитом и ее динамика при КВЧ-терапии / В.Ф. Киричук, В.Ю. Широков // Стоматология. - 2004. -№3,- С. 26-29.

3. Мищенко В.П. Перекисное окисление липидов, антиоксиданты и гемостаз / В.П. Мищенко, И.В. Мищенко, О.И. Цебржинский. - Полтава : АСМИ, 2005.-160 с.

4. Момот А.П. Современные аспекты патогенеза, диагностики и терапии ДВС-синдрома / А.П. Момот, А.Н. Мамаев // Клин, онкогематол. - 2008.-Т. 1, № 1.-С. 63-71.

5. Пинелис Ю.И. Патогенетические механизмы хронического генерализованного пародонтита у больных пожилого и старческого возраста : диссертация ... доктора медицинских наук / Ю.И. Пинелис. - Чита, 2013.- 237 с.: ил. С. 147-151.

ПРАВОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ

Абакаров Т.А., Аталаев М.М., О.Р. Курбанов., З.О. Курбанов., Салимханов А.Э.

Кафедра ортопедической стоматологии

Кафедра стоматологии детского возраста

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

ПМФИ-филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ, Пятигорск.

В жизни российского общества за последние 10-15 лет произошли серьезные изменения. Внедрение рыночных отношений во все сферы деятельности россиян, а также проводимая правовая реформа не могли не отразиться и на здравоохранении. В частности, в период с 1992 до 1997 г.г. были приняты «Закон о защите прав потребителей» (1992), «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993), Уголовный и Гражданский Кодексы РФ (1996, 1994), ряд федеральных законов прямого действия в сфере здравоохранения. В совокупности эти факторы, усиленные деятельностью средств массовой информации, общественных организаций, страховых компаний, Государственного Комитета по антимонопольной политике привели к росту правовой информированности населения: по данным Российского Фонда правовых реформ [3,4,5,8] более половины граждан готовы обратиться в суд для защиты нарушенных прав, хотя и не обладают полными представлениями о них. Количество исков по так называемым «врачебным делам» неуклонно растет. Только в Российской Федерации начиная с 1990 года, количество исков увеличилось приблизительно в 10 раз [7]. Доля исков по оказываемым стоматологическим услугам за последние четыре года переместилась с четвертого на второе место (первое занимает хирургия).

Изучению уровня правовой грамотности медицинских работников посвящены буквально единичные работы. И по данным авторов этих работ этот уровень достаточно низок.

В противоположность большому объему законодательной базы в отношении защиты прав пациентов, права врачей остаются практически незащищёнными [9]. В частности, в «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» внесена только одна строка о праве врачей на защиту своей профессиональной чести и достоинства, но нет указания в праве на защиту в случае конфликтной ситуации [10,11]. Поэтому единственным щитом врача могут послужить только высокое качество работы, высокий уровень правовой грамотности и грамотно оформленная документация. Этим определяется актуальность проблемы защиты прав врачей.

Недостаточно глубокая разработка данных вопросов в теоретической литературе и практической подготовке специалистов, а также недооценка возможного наступления ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи и неграмотное оформление документации лежат в основе недобросовестного выполнения некоторыми медицинскими работниками своих обязанностей. Поэтому наглядная демонстрация возможных негативных юридических последствий, наступающих в вышеуказанных случаях, должна послужить цели привлечения внимания к данной проблеме.

Исходя из вышесказанного, весьма актуальным становится выявление основных обстоятельств, способствующих возникновению ошибок и осложнений в стоматологической практике по данным комплексного клинического, судебно-медицинского и правового исследования, а разработка и обоснование рекомендаций по предупреждению конфликтов и случаев возникновения уголовной и гражданской ответственности в стоматологической практике позволят защитить права практикующего врача-стоматолога [12].

Все это в большой степени коснулось стоматологии, где платные услуги и экономические взаимоотношения сторон имели место и ранее, а сейчас они стали основными в системе «учреждение-врач-пациент».

Для рассмотрения конфликтных ситуаций, которые не удается погасить в лечебных учреждениях Республики Дагестан, своевременного выявления ошибок в работе врачей, беспристрастного разбора претензий, необходимо создать постоянно действующую экспертную комиссию при Дагестанской Республиканской Ассоциации Стоматологов [10].

Для реализации своих целей и задач экспертная комиссия будет осуществлять следующую деятельность:

1. Проводить своевременный разбор обращений, писем, претензий, жалоб пациентов, получивших стоматологические услуги в лечебно-профилактических учреждениях.

2. Определять, имелось ли отклонение от стандартов оказания стоматологических услуг.

3. Выявлять причины, вызвавшие появление претензий у обратившегося пациента.

4. Давать на основании изучения медицинской документации, осмотра и консультации пациента со специалистами-стоматологами заключение о том, имела ли место врачебная ошибка при оказании стоматологической услуги.

5. Привлекать при необходимости любых врачей-специалистов для квалифицированного решения вопроса по предъявленным претензиям.

6. Заключение экспертной комиссии должно быть обоснованным, беспристрастным, с четкими выводами в письменной форме за подписью председателя и членов комиссии.

7. В случае неудовлетворения разбором претензии экспертной комиссией пациент имеет право обратиться в суд. Но акт комиссии в суде будет иметь юридическую силу.

Создавшаяся ситуация потребует обеспечения защиты профессиональных прав путем страхования профессиональных рисков, о чем свидетельствует опыт ведущих зарубежных стран, где профессиональное страхование является обязательным. В таких случаях всю тяжбу с пациентом возьмет на себя страховая

компания, вплоть до судебного решения и апелляции, а также всех затрат по удовлетворению материального ущерба в пользу потерпевшего.

Таким образом:

1) защита врачей против обвинения во врачебной ошибке в большинстве случаев зависит от качества оформления медицинской документации;

2) необходимо регулярно проводить экспертизу качества медицинской помощи (КМП) и обеспечения ее гарантий в медицинских учреждениях, оказывающих платные медицинские услуги по договорам;

3) необходимо досудебное урегулирование конфликта по месту оказания услуг;

4) соблюдать правила этики и деонтологии при обращении пациентов в другие лечебные учреждения с устными жалобами на качество лечения;

5) страхование профессиональной ответственности.

Список литературы.

1. Гражданский кодекс РФ // М.: Норма-Инфра, 1999. 560 с.

2. Конституция РФ // М.: Новая волна, 1998.

3. О медицинском страховании граждан: Закон РФ от 2 апреля 1993 г. Ведомости Федерального Собрания. 1993. №8. С. 4741-4890.

4. О порядке допуска к осуществлению профессиональной медицинской деятельности: Положение МЗ РФ № 286 от 19 декабря 1994 г. // Здравоохранение, 1997. №1. 121 с.

5. Оценка и возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи гражданам, пострадавшим от противоправных действий юридических и физических лиц // Вестник ОМС. 1998. №4. С. 167-173.

6. Положение о лицензировании медицинской деятельности: Постановление Правительства РФ №350 от 25 марта 1996 г. // СЗ РФ, 1996. №14. С. 14-55.

7. Типовые правила обязательного медицинского страхования. Утверждены - Федеральным ФОМС 1 декабря 1993 г. // Сборник законодательных и нор-

мативных документов об ОМС по состоянию на февраль 1998 г. М.: БУКВИЦА, 1998. 109 с .

8. Гранов А.П. Права, обязанности, ответственность медицинских работников // М.: Медицина, 1997. 360 с.

9. Демина А.В., Пашинян Г.А., Лукиных Л.М. Правовая грамотность врачей-стоматологов // М.: Медицинская книга, 2005. 160 с.

10. Курбанов О.Р. Управление, функционирование и развитие рынка стоматологических услуг. Теория и методология //М.: Медицина, 2006. С.337.

11. Лейбович Я. Врачебные ошибки и незаконное врачевание // М.: Медицина, 1998. 112 с.

12. Омарова У.А., Рашидханова Д.К. Гражданско-правовое регулирование медицинской помощи // Махачкала, 2001. 28 с.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИИ

Алиева А.О., Абакаров Т.А., Курбанов О.Р., Курбанов З.О.,

Будайчиев Г.М-А., Махмудова З.К.

Кафедра стоматологии детского возраста

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

ПМФИ-филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ, Пятигорск.

В жизни российского общества за последние 15-20 лет произошли серьезные изменения. Внедрение рыночных отношений во все сферы деятельности россиян, а также проводимая правовая реформа не могли не отразиться и на здравоохранении. В частности, в период с 1992 до 1997 г.г. были приняты «Закон о защите прав потребителей» (1992), «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993), Уголовный и Гражданский Кодексы РФ (1996, 1994), ряд федеральных законов прямого действия в сфере здравоохранения. В совокупности эти факторы, усиленные деятельностью средств массовой информации, общественных организаций, страховых компаний, Государственного Комитета по антимонопольной политике привели к росту правовой информированности населения: по данным Российского Фонда правовых реформ [3,4,5,8] более половины граждан готовы обратиться в суд для защиты нарушенных прав, хотя и не обладают полными представлениями о них. Количество исков по так называемым «врачебным делам» неуклонно растет. Только в Российской Федерации начиная с 2000 года, количество исков увеличилось приблизительно в 20 раз [1,2,7]. Доля исков по оказываемым стоматологическим услугам за последние 4 года переместилась с четвертого на второе место (первое занимает хирургия).

Изучению уровня правовой грамотности медицинских работников посвящены буквально единичные работы. И по данным авторов этих работ этот уровень достаточно низок.

В противоположность большому объему законодательной базы в отношении защиты прав пациентов, права врачей остаются практически незащищёнными [6,9]. В частности, в «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» внесена только одна строка о праве врачей на защиту своей профессиональной чести и достоинства, но нет указания в праве на защиту в случае конфликтной ситуации [10,11]. Поэтому единственным щитом врача могут послужить только высокое качество работы, высокий уровень правовой грамотности и грамотно оформленная документация. Этим определяется актуальность проблемы защиты прав врачей.

Недостаточно глубокая разработка данных вопросов в теоретической литературе и практической подготовке специалистов, а также недооценка возможного наступления ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи и неграмотное оформление документации лежат в основе недобросовестного выполнения некоторыми медицинскими работниками своих обязанностей. Поэтому наглядная демонстрация возможных негативных юридических последствий, наступающих в вышеуказанных случаях, должна послужить цели привлечения внимания к данной проблеме.

Исходя из вышесказанного, весьма актуальным становится выявление основных обстоятельств, способствующих возникновению ошибок и осложнений в стоматологической практике по данным комплексного клинического, судебно-медицинского и правового исследования, а разработка и обоснование рекомендаций по предупреждению конфликтов и случаев возникновения уголовной и гражданской ответственности в стоматологической практике позволят защитить права практикующего врача-стоматолога [12].

Все это в большой степени коснулось стоматологии, где платные услуги и экономические взаимоотношения сторон имели место и ранее, а сейчас они стали основными в системе «учреждение-врач-пациент».

Для рассмотрения конфликтных ситуаций, которые не удается погасить в лечебных учреждениях Республики Дагестан, своевременного выявления ошибок в работе врачей, беспристрастного разбора претензий, необходимо создать

постоянно действующую экспертную комиссию при Дагестанской Республиканской Ассоциации Стоматологов [10].

Для реализации своих целей и задач экспертная комиссия будет осуществлять следующую деятельность:

1. Проводить своевременный разбор обращений, писем, претензий, жалоб пациентов, получивших стоматологические услуги в лечебно-профилактических учреждениях.

2. Определять, имелось ли отклонение от стандартов оказания стоматологических услуг.

3.Выявлять причины, вызвавшие появление претензий у обратившегося пациента.

4. Давать на основании изучения медицинской документации, осмотра и консультации пациента со специалистами-стоматологами заключение о том, имела ли место врачебная ошибка при оказании стоматологической услуги.

5. Привлекать при необходимости любых врачей-специалистов для квалифицированного решения вопроса по предъявленным претензиям.

6. Заключение экспертной комиссии должно быть обоснованным, беспристрастным, с четкими выводами в письменной форме за подписью председателя и членов комиссии.

7. В случае неудовлетворения разбором претензии экспертной комиссией пациент имеет право обратиться в суд. Но акт комиссии в суде будет иметь юридическую силу.

Создавшаяся ситуация потребует обеспечения защиты профессиональных прав путем страхования профессиональных рисков, о чем свидетельствует опыт ведущих зарубежных стран, где профессиональное страхование является обязательным. В таких случаях всю тяжбу с пациентом возьмет на себя страховая компания, вплоть до судебного решения и апелляции, а также всех затрат по удовлетворению материального ущерба в пользу потерпевшего.

Таким образом:

1) защита врачей против обвинения во врачебной ошибке в большинстве случаев зависит от качества оформления медицинской документации;

2) необходимо регулярно проводить экспертизу качества медицинской помощи (КМП) и обеспечения ее гарантий в медицинских учреждениях, оказывающих платные медицинские услуги по договорам;

3) необходимо досудебное урегулирование конфликта по месту оказания услуг;

4) соблюдать правила этики и деонтологии при обращении пациентов в другие лечебные учреждения с устными жалобами на качество лечения;

5) страхование профессиональной ответственности.

Список литературы

1. Акопов, В.И. Право в медицине / В.И. Акопов, Е.Н. Маслов. – М.: Книгасервис, 2002. 352 с.

2. Афанасьева О.Ю. Причины, содержание и способы управления конфликтами в стоматологии.: автореф. дис. … к.м.н. – Волгоград., 2006. 25 с.

3. Бондаренко, Н.Н. Гражданско-правовые аспекты деонтологической ответственности врача-стоматолога // Сборник материалов научно-практической конференции «Судебно-стоматологическая экспертиза : состояние, перспективы развития и совершенствования» – М., 2001. С. 95–99.

4. Воронин В.А. Социальная динамика профессиональных ролей в стоматологии: автореф. дис. … к.м.н. – Саратов., 2007. 24 с.

5. Демина А.В., Пашинян Г.А., Лукиных Л.М. Правовая грамотность врачей-стоматологов. – М: Медкнига, 2005. 160 с.

6. Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики / Москва : МЕДпрессинформ, 2008. 847 с.

7. Ильин И.А. Путь духовного обновления // Ильин И.А. Сочинения: в 10-ти т. М.: Русская книга, 1994. Т. 1. С. 226.

8. Ильин И.А. О сущности правосознания // Ильин И.А. Сочинения: в 10-ти т. М.: Русская книга, 1994. Т. 4.

9. Кисилева И.А. Шарфетдинова Ф.У. Социологическое исследование врачей-дерматокосметологов о причинах возникновения профессиональных ошибок// Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи: Матер. науч.-практич. конф., посвящ. памяти проф. В.М.Смольянинова. – М., 2009. С. 30–31.

10. Кузьменко Г.Г. Статус пациента стоматологической практики: автореф. дисс. …к.м.н. – Волгоград, 2007. 25 с.

11. Ларенцова Л.И. Полуев В.И., Тучик Е.С. Конфликты в стоматологической практике: подходы к их решению и профилактики. Пособие для врачей – М., Медкнига., 2005. 92 с.

12. Леонтьев В.К., Полуев ВИ., Шестаков В.Т. Профессиональные риски и профессиональная ответственность работников стоматологического профиля //Труды VII Всеросс. Съезда стоматологов М., 2001. С. 51–57

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНЫХ БОЛЕЙ.

Рослякова А.А., Дащенко А.С., Афанасьева О.Ю.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ ЗФ, Волгоград.

Актуальность.

Наиболее частым и некомфортным для больного пациента осложнением эндодонтического лечения зубов является появление болевых ощущений после пломбирования корневых каналов. Множество авторов медицинской литературы (Е.В. Боровский, О.П. Максимова, Л.М. Цепов, А.И. Николаев) отмечают, что основными факторами в появлении и развитии постпломбировочных болей является совокупность факторов: уровень профессионализма врача, способы инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов, материалы корневых пломб.

Помимо этого, причинами постпломбировочных болей может быть:

- Выведение опилок дентина в периапикальные ткани;
- Выведение пломбировочного материала за верхушку корня;
- Нарушение протокола медикаментозной обработки корневого канала;
- Наличие влаги в корневом канале (недостаточная изоляция зуба), при пломбировании корневого канала;
- Нарушение техники замешивания материала, используемого для пломбирования корневого канала.

Критериями оценки качества пломбирования корневых каналов, являются соблюдение стандартов и требований, которые предъявляют к эндодонтической обработке корневых каналов [1,2,3,4,5,6,7]:

- Правильно созданный доступ к полости зуба;
- Правильное определение рабочей длины корневых каналов;
- Проведение рентгенологического контроля на всех этапах лечения;

- Придание корневым каналам формы конуса, завершающееся апикальным сужением;
- Равномерная плотность материала на всем протяжении корневого канала до апикального сужения;
- Герметичность обтурации;
- Отсутствие выраженных болевых ощущений;
- Отсутствие свищевых ходов и отёка;
- Отсутствие рентгенологических признаков изменений в периапикальных тканях;
- Сохранение функционального состояния зуба;
- Отсутствие признаков резорбции корней.

Анализ прочитанных литературных источников подтверждает, что комплексное влияние и взаимодействие всех факторов, приводящих к появлению постпломбировочных болей, учитывается довольно редко. Поэтому в данное время окончательно не сформировано решение о прогнозировании и предотвращении появления болевых ощущений после пломбирования корневых каналов.

В связи с этим мы решили провести анализ возможных причин появления постпломбировочных болей путём анкетирования пациентов, которым проводилось эндодонтическое лечение.

Цель исследования.

Определение частоты возникновения постпломбировочных болей в зависимости от вида пломбировочного материала и степени обтурации пломбировочного материала, выявленной в результате анализа рентгенологической картины.

Материалы и методы.

Группу обследуемых лиц составили 100 человек, обратившихся в стоматологическую поликлинику города Котельниково за 2020 год, которым проводилось эндодонтическое лечение корневых каналов по поводу: пульпита (хронический фиброзный пульпит) и периодонтита (хронический апикальный перио-

донтит). Из них 62 женщины (62%) и 38 мужчин (38%). Возраст составлял от 18 до 50 лет.

Все пациенты были обследованы основными и дополнительными методами исследования. На основании их были выставлены диагнозы по МКБ-10: К04.03 Хронический фиброзный пульпит, К04.5 Хронический апикальный периодонтит.

Обтурация корневых каналов проводилась материалами: «Эвгедент», «Эндофил», «Форедент», «Камфорфен В». Данные материалы относятся к группе твердеющих эндогерметиков и отвечают всем ранее заявленным требованиям.

Пломбирование корневых каналов проводилось по всем требованиям и согласно клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по диагнозам К04.03 Хронический фиброзный пульпит, К04.5 Хронический апикальный периодонтит.

Нами разработана авторская анкета, которая включала в себя 5 вопросов для пациентов и 3 вопроса для лечащих врачей. Анкетирование проводилось анонимно и с наличием информированного добровольного согласия пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение.

Лечение данной группе пациентов проводилось по 2 диагнозам: Пульпит (хронический фиброзный пульпит) - 82 случая (82%), Периодонтит (хронический периодонтит) – 18 (18%).

Из числа всех обследуемых пациентов, болевые ощущения после пломбирования корневых каналов отметили 38 человек (38%.) Остальные 62 (62%.) человека болевых ощущений после эндодонтического лечения не отмечают.

Обследуемые характеризовали боль при накусывании различной интенсивности:

- Слабая – 21 человек (55,26 %),
- Умеренная – 12 человек (31,58%),
- Сильная - 5 человек (13,15%).

Слабая	Умеренная	сильная

Продолжительность болевых ощущений была разделена на 3 группы и отмечалась у следующего количества человек:

- 1-2 дня – 7 человек(18,4%),
- 3-6 дней – 20 человек (52,6%),
- 6-10 дней – 11 человек(28,9%).

В исследуемых случаях возникновения постпломбировочных болей наблюдалась различная рентгенологическая картина обтурации корневых каналов:

- корневые каналы запломбированы до апикального отверстия – 4 случаях (10,5%),
- с незначительным выведением за апикальное отверстие – 26 случаев (68,4%),
- недопломбированные корневые каналы – 8 случаев (21,05%)

Пломбирование корневых каналов проводилось материалами:

- Эндофил - в 26 случаях (26%);
- Эвгедент - в 25 случаях (25%);
- Форедент - в 24 случаях (24%);
- Камфорфен В - 25 случаях (25%).

При этом болевые ощущения отмечаются при пломбировании:

- Эндофилом – у 6 человек(15,7%);
- Эвгедентом - у 5 человек (13,1%);
- Форедентом - у 15 человек(39,4,%);
- Камфорфеном В - у 12 человек (31,5%).

Данные сравнительного анализа степени обтурации корневого канала, по данным рентгенограммы и пломбировочного материала, использованного для

пломбирования корневого канала приведены в таблице 1.

Таблица 1

рентгенологическая картина / пломбировочный материал	корневые каналы запломбированы до апикального отверстия	с незначительным выведением за апикальное отверстие	недопломбированные корневые каналы
Эндофил	0	5 случаях (13,1%)	1 случае (2,6%)
Эвгедент	0	3 случаях (7,8%)	2 случаях (5,2%)
Форедент	4 случаях (10,5%)	8 случаях (21,05%)	3 случаях (7,8%)
Камфорфен В	0	10 случаях (26,3%)	2 случаях (5,2%)

Выводы:

Анализируя результаты, полученные при проведении анкетирования у пациентов, которым проводилось эндодонтическое лечение корневых каналов, мы можем сделать вывод, что такое осложнение, как боли после пломбирования корневых каналов возникает часто. По полученным данным составило 38 % от общего числа анкетированных.

По результатам анкетирования пациентов и обработке полученных данных было выявлено, что существует зависимость появления постпломбировочных болей от выбранного пломбировочного материала и степени обтурации корневого канала по рентгенограмме.

Анализ появления болей показал, что наиболее часто данное осложнение встречается при использовании материалов «Форедент» и «Камфорфеном В», что составляет 39,4,% и 31,5% от числа пациент имеющих болевой синдром после пломбирования.

Так же мы наблюдаем, что степень обтурации корневого канала играет немаловажную роль, так как мы можем проследить , что в 8 случаях из 15 при

пломбировании материалом «Форедент», и в 10 из 12 при пломбировании материалом «Камфорфен В», было выведение пломбировочного материала за апекс, что давало болевую реакцию у пациентов. При использовании других материалов и выведении его, пациенты так же отмечают болевой синдром.

Вывод основной: пломбировать необходимо по требованиям и протоколам лечения корневых каналов, избегая перепломбирования, когда это не является заапикальной терапией, и недопломбирования корневых каналов.

Список литературы:

1. Боровский, Е.В: Терапевтическая стоматология Текст. / Е.В. Боровский. -М.: Медицинское информационное агентство, 1997. 544 с.

2. Боровский, Е.В. Клинико-рентгенологическая оценка эффективности лечения зубов с осложнениями кариеса Текст. / Е.В. Боровский, Н.Г. Хубутия // Клиническая стоматология. 2006. - Т.38, № 2. - С. 6 - 9.

3. Боровский, Е.В. Клиническая эндодонтия Текст. / Е.В. Боровский. М.: АО «Стоматология», 2003. — 176 с.

4. Боровский, Е.В. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения Текст. /Е.В. Боровский//Новости Dentsply. 2003.-№ 8. - С. 8 - 11.

5. Максимова, О.П. Клинические основы успешного препарирования корневых каналов с использованием современных технологий Текст. / О.П. Максимова, С.А. Петлев // Новости Dentsply. 2003. - № 8. - С. 66 - 69.

6. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология Текст.: учебн. пособие / А.И. Николаев, Л.М. Цепов 5-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 548 с.

7. Кузьмина Э.М. Клинические рекомендации "Болезни периапикальных тканей" Текст./ Кузьмина Э.М., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Эктова А.И., Волков А.Г., Боровский Е.В., Вагнер В.Д., Смирнова Л.Е. 2014 год. - 23 - 25с.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОГЕННЫХ КОСТНЫХ ТРАНСПЛАНТОВ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЕ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА

Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Валиева Ф.С., Исматов Н.С., Мавлянова У.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В многих (63%) случаях после удаление зубов наблюдается костного дефектов и деформации в альвеолярных отростках челюстей. Сохранение и восстановление объема костной ткани альвеолярных отростков челюстей после удаления зубов, пародонтологических и зубосохраняющих операций является важной проблемой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Отличием костной ткани челюстей от любого другого сегмента скелета является то, что при распределении или утрате функциональной нагрузки, начинаются процессы резорбции. При этом потеря костной ткани происходит не только в зоне удалённого зуба, но затрагивает около 20% объёма лунки вокруг неё. Спустя 2—3 года после удаления обычно отмечаются уменьшения анатомических размеров на 40—60% альвеолярного гребня и это характерно для всех групп населения (A. Ashman). В доступной литературе мы не обнаружили работ, посвященных детальному изучению изменений плотности костной ткани в зоне остеопластики при использовании современных методик замещения дефектов челюстей. По этому это проблема остается актуальным в практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Цель исследования. Цель данного исследования является изучение непосредственных и отдаленных результатов проведения костной пластики нижней челюсти после удаление зубов у женщин с использованием аутогенных костных трансплантатов.

Материал и методы. Исследование проведено на базе кафедры челюстно-лицевой хирургии Самаркандского государственного медицинского института и отделения челюстно-лицевой хирургии Самаркандского городского медицин-

ского объединения. На амбулаторном и стационарном приеме в период с 2018 по 2020 гг. обследовано 34 пациента в возрасте от 18 до 65 лет, обратившихся по причине воспалительных процессов в области нижней челюсти. По топографоанатомическому и этиопатогенетическому признакам, а так же по виду аутотрансплантанта больные разделены на 2 группы.

Первую группу составили 16 пациентов женщин, которым были проведены операции по удалению зубов с одномоментной установкой соединительно-тканного трансплантата с бугра верхней челюсти.

Вторую группу составили 18 пациентов женщин, которым после удаления зубов была произведена замещение лунки при помощи аутокостной стружки, полученной с наружной косой линии нижней челюсти.

При проведении данного исследования были использованы методы: клинические (опрос, осмотр, пальпация, аускультация), дополнительные (панорамная рентгенография, компьютерная томография, прицельные рентген снимки).

Результаты и их обсуждение. В первой группе пациентам после удаления фронтальных групп зубов была использована методика немедленной дентоальвеолярной реконструкции с использованием свободного соединительно-тканного трансплантанта с бугра верхней челюсти. В случае потери зуба вместе с нарушением целостности лунки, эстетический риск возрастает. Повреждение лунки, как правило, представлено дефектом вестибулярной кортикальной пластинки из-за её меньшей толщины и меньшей васкуляризации, таким образом при удалении фронтальной группы зубов – вестибулярная стенка частично, либо полностью может быть повреждена. С целью предупреждения атрофии в зоне удаленного зуба - была произведена замещением костного дефекта свободным соединительно-тканным трансплантантом с бугра верхней челюсти. Данный 3х слойный трансплантант (кость, надкостница, слизистая) идеально интегрировался со всеми слоями реципиентной зоны. Успех был достигнут во всех случаях. Мы полагаем, что данная методика должна иметь широкое применение в практике хирурга стоматолога и практике челюстно-лицевой хирургии.

Во второй группу составили пациенты, которым было произведена замещение лунок удаленных зубов аутокостной стружкой. В данной группе целью являлось использовать аутогенную стружку как поддерживающее пространство устройство, которое стабилизирует сгусток крови и предотвращает уменьшение объема и разрушение вышележащих мягких тканей.

Таким образом, аутогенная стружка добывалась с косой линии нижней челюсти при помощи костного скребка и ею заполнялась лунка удаленного зуба. Кроме того использовались коллагеновые мембраны для презервации материала в лунке удаленного зуба.

Выводы. По данным изучения истории болезни, дополнительных методов исследования и статистическим данным были определены возможные ранние и поздние осложнения после операции удалении зубов. Наблюдаемые эстетические и функциональные недостатки затрудняет возможность дальнейшего протезирования. Крайне важным является восстановление целостности альвеолярной кости после операции удалении зубов в челюстях. Уменьшение объема костной ткани усложняет дальнейшее протезирование пациентов съёмными и несъемными конструкциями. Недостаток костной ткани может привести к невозможности или несостоятельности костной ткани. Операция костной пластики с использование аутокости и соединительно-тканных трансплантатов является эффективной для устранения, дефектов и деформации челюстей после операции удаление зубов которого обеспечивает возможностью дальнейшего полноценного протезирование, что ведет к улучшению качества жизни пациентов.

Список литературы.

1. Аснина С. А. Использование цифровой рентгенографии для изучения процессов регенерации костной ткани после цистэктомии / С. А. Аснина, Н. В. Шишкова, Н. В. Смешко // Институт стоматологии. 2008. - № 4 (41). -С. 44—45.

2. Бектор И. Имплантация и увеличение объема кости у пациентов с частичной адентией: анализ 17 клинических случаев с периодом наблюдения от

29 до 101 месяца / Й. Бектор, С. Исаксон, Л. Сенербай // Perio I Q. 2008. - № 13. -С. 70-79.

3. Бергман Ф. Поколение GBR / Ф.Бергман, А. Киешник // Новое в стоматологии. 2009. - № 6. - С. 44-51.

4. Ибрагимов Д.Д., Бобоназаров О.У. Использование препарата биопласт – дент после удаления зуба у больных с сахарным диабетом. Сборник трудов. I Всероссийская научно-практическая конференция по стоматологии с международным участием “Максудовские чтения» г. Махачкала, 05 декабря 2019 г.

5. Ибрагимов Д.Д., Бузурукзода Ж.Д. Опыт использования остеопластических материалов для пластики дефекта перфорации верхнечелюстного синуса. Материалы научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в медицине»

СамГосМИ 2018г.

6. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., и др. Б.С.Использование остеопластичекого материала для запольнениея дефекта при радикульярных кистах челюстей. Журнал «Достижения науки и образования» ежемесечный научно-методический журнал. Россия. 2019 г.

7. José Carlos Martins da Rosa .Immediate Dentoalveolar Restoration: Immediate-Loaded Implants in Compromised Sockets 2014.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КОЛЛАПАН-Л ПРИ ЗУБОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ У ЖЕНЩИН

Ибрагимов Д. Д., Гаффаров У. Б., Валиева Ф. С., Шукурова З.С., Мавлянова У.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Актуальной задачей хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является заполнение дефектов костной ткани челюстей, возникающих после зубосохраняющих операций, удаления зубов, удаления радикулярных кист челюстей. Дефекты кости после операций на челюстях затрудняют адекватное протезирование, вызывают нарушение речевой, жевательной функции и эстетики лица.

Для устранения костных дефектов челюстей традиционно используется аутокость, для устранения небольших дефектов применяется аутокость, взятая из подбородочного отдела или ветви нижней челюсти, бугра верхней челюсти, костей мозгового черепа (Робустова Т.Г., Иванов С.Ю.). Однако, взятие костного аутоматериала требует дополнительной операции. Тем более нецелесообразно заполнение ограниченных дефектов челюстей трансплантатами из гребешка подвздошной, большой берцовой, малой берцовой и лучевой кости, которые применяют при восстановительных операциях у онкологических больных, посттравматических деформациях, врожденных дефектах лицевого черепа (Babusch Ch., 2009).

В связи с вышеизложенным, большую актуальность приобретает применение синтетической кости для пластики челюстей. Однако, мнения об эффективности этих материалов достаточно противоречивы.

В настоящее время актуальной проблемой и требующий дальнейшей разработки является повышение остеогенеза с помощью стимулятора роста кости и искусственной кости при пластике ограниченных дефектов кости после зубосохраняющих операций, цистэктомии, что явилось целью настоящего исследования.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является замещение костных дефектов челюстей после операции цистэктомии с стимулятором остеогенеза коллапан-Л у больных женщин.

Материал и методы. Объектом исследования явилось анализ результатов 45 больных женщин с радикулярными кистами зубов верхней и нижней челюсти на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии Самаркандского Медицинского института в отделении челюстно-лицевой хирургии Городской медицинской объединение за период с 2018 - 2020 гг.

Все пациенты были разделен па две группы: пациенты с традиционным лечением (24 человек), у которых больных с осложнений хроническими периодонтитами комплексная лечения проводилось традиционным методом; и пациенты с рекомендуемым комплексным лечением (21 женщин), у которых больных с радикулярными кистами после операции цистэктомии резекции верхушки корня зубов с цистэктомией заполняли полость остеорегенераторным препаратом Коллапан-Л, для предотвращения атрофии контура альвеолярного гребня и восстановления структурной целостности костных дефектов, повышения остеогенного потенциала костной ткани.

Группы пациентов были разделены, по возрасту. Возраст больных составлял от 21 года до 50 лет и старше.

Всего на лечении находились 25 (55%) женщин с радикулярными кистами, из них у 13 (52%) использовались традиционные методы лечения, а у 12 (48 %) у которых больных с радикулярными кистами после операции цистэктомии с резекции верхушки корня заполняли полость остеорегенераторным препаратом Коллапан-Л, для предотвращения атрофии контура альвеолярного гребня и восстановления структурной целостности костных дефектов, повышения остеогенного потенциала костной ткани.

Среди 20 (45 %) женщин, находящихся на лечении, традиционные методы использовались у 11 (55%) человек, а рекомендуемое комплексное лечение — у 9 (45%).

Клинические исследования проводились по стандартной схеме и включали в себя опрос больных, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикальные методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия) и инструментальные, дополнительные методы исследования (лабораторные, микробиологические, рентгенологическое).

Результаты и их обсуждения. В первой группы 24 пациента у 20 пациентов послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением, швы сняты на 10-12 день. У двоих пациента наблюдалось расхождение швов на 5 день; У одного пациента наблюдалось расхождение швов на 6 день, был наложен матрацный шов, проводились блокады с анестетиком (3 блокады). Швы сняты на 14 день. Заживление раны благоприятное - первичным натяжением. У одного пациента наблюдался нагноение операционной раны последующим образованием свища. Это было связано с нарушением режима в послеоперационном периоде с сильным переохлаждением. Больной был взять под контроль для дальнейшей лечебной тактики.

В данной группе, за счет реорганизация кровяного сгустка, окостенение не достигла у 8 больного физиологической минерализации и оставалась в период 6-12 мес. после операции низкой или средней степени минерализации (79%), а у 3-х больных (12,5%) кость в центре дефекта вообще не образовалась.

У 21 пациентов II группы проведены зубосохроняющие операции по поводу гранулирующих и грануломатозных очагов, в области 29 зубов – цистэктомией и с резекции верхушек корней зубов.

После операции цистэктомии и с резекцией верхушки зуба образовавшийся дефект или дефекты промывались 3% раствором перекиси водорода, 0,12% раствором хлоргексидина, полость кисты полностью заполняли с гранулами остеорегенераторным препаратом гранулами коллапан - Л с сгусток крови слизисто-надкостничный лоскут укладывали на место и фиксировали узловыми швами из полиамидной нити.

Из 21 пациента у 20 пациентов послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением, швы сняты на 10-12 день. В от-

личие от контрольной группы больных всего у одного пациента наблюдалось расхождение швов на 6 день; больного был наложен матрацный шов, проводились блокады с анестетиком (3 блокады). Швы сняты на 14 день. Заживление раны благоприятное - первичным натяжением. У больных с рекомендуемым лечением отличие от контролной группы больных увеличение регионарных лимфатических узлов наблюдальсь у одного пациента после месяц проведенной операции в связи заболеваний лор органов, одного пациента после месяц появился слабоболезненный перкуссия резецированного зуба в связи воспалением десен верхнечелюстной области. Больным назначена соответствующий лечения по жалобам которого наблюдался последуюший выздоровление.

Спустя 3 месяца при рентгенологическом исследовании у 21 пациентов других патологических симптомов не обнаружено. В этот срок на рентгенограммах установлено полное заполнение дефектов костной тканью у 28 зубов, на 2/3 объема - у 1 зуба. У 28 зубов - в дефектах была видна костный ткан строения с четким расположением костных балочек по периферии и в центре.

Выводы.

1. У больных с околокорневыми кистами зубов верхней и нижней челюсти одонтогенные воспалительные процессы снижают регенеративные способности кости челюстей, что требует стимуляции остеогенеза.

2. Регенерация дефектов костной ткани после зубосохраняющих операций, после цистэктомией и с резекцией верхушки корня зуба при применении костного стимулятора — Коллапан - Л с линкомицином после операции способствует снижению обсеменённости микрофлоры ротовой полости, существенно уменьшается интенсивность, высеваемости аэробной микрофлоры в ране выявляются клетки регенераторного и фагоцитарного типа (фиброциты, фибробласты и макрофаги). происходит более быстрое построение зрелой кости.

3. Применение коллапана-л с включением остеотрофного антибиотика линкомицин снижает послеоперационную воспалительную реакцию, уменьшает болевой синдром.

Список литературы.

1. Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д., Исхакова З.Ш., Сулейманов Э.К. Подбор антибактериальной терапии в комплексной лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Материалы Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов Россия г. Кемерова, 11-12 апреля 2019.

2. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У. Б., Бузрукзода Ж.Д. Устранение перфорации дна верхнечелюстного синуса с применением остеопластического материала. Журнал проблемы биологии и медицины №4 (113) 2019 стр.41-43.

3. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Ахмедов Б.С. Эффективность препарата бактизева в комплексном лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов 2019г. Республика Таджикистан.

4. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Исхакова З.Ш., Рустамова Г., Усмонов Р.Ф. Основные свойства препарата «лорамор» в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Материалы IV Международной научно – практической конференции молодых ученых и студентов, IV Форума медицинских и фармацевтических ВУЗов России «За качественное образование» 10 - 12 апреля 2019 г. Екатеринбург.

5. Ибрагимов Д.Д., Усманов Р.Ф., Гаффаров У.Б., Ахроров А.Ш. Использование аутогенныого костного трансплантата после удаление зубов с целью профилактики возникновение дефектов. Международной научно-практической онлайн конференции «Фундаментальная наука в современной медицине» К 90-летию СамГосМИ.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Хамитова Ф. А.

Бухарский Государственный медицинский институт,

Республика Узбекистан

Актуальность: Частое развитие абсцессов и флегмон в области головы и шеи обусловлено высокой распространенностью хронической очаговой одонтогенной, тонзилогенной инфекции, а также инфекционно-воспалительных поражений кожи и слизистой оболочки полости рта. Самой распространенной формой септического воспаления являются одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания.

В последние десятилетия интерес к острой инфекции лица и шеи возрос в связи с ростом числа больных с этими заболеваниями и количеством тяжёлых внутри- и внечерепных осложнений [1].

К сожалению проблема одонтогенной инфекции до настоящего времени, остается актуальной. Причиной такого течения заболевания большинство авторов считает снижение иммунологической реактивности, извращение иммуного ответа на фоне предварительной сенсибилизации организма из очага хронической инфекции

Несомненное значение в течении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области играет топографо-анатомические особенности данной области: сложность взаимоотношения клетчаточных пространств, обилие коллатералей к анастомозов с сосудами головного мозга, недоразвитие венозных клапанов и неполное их смыкание предопределяет возможность заброса токсинов из очага воспаления в головной мозг[2,3].

Сочетание одонтогенной инфекции с сахарным диабетом образует замкнутый порочный круг, при котором инфекция отрицательно влияет на обменные процессы, усугубляя инсулиновую недостаточность и усиливая ацидоз, а нарушение обмена веществ и микроциркуляции ухудшает течение репаративных процессов в очаге поражения.

При недостатке инсулина у больных СД происходит дезорганизация углеводного обмена, проявляется гипергликемией, гликозурией, снижением содержания гликогена в тканях прежде всего, в печени. Из-за расстройства функции печени в дальнейшем изменяются водно-солевой и белковый обмены. Нарушение обмена белка проявляется в уменьшении его синтеза и усилении его распада. Вследствие этого повышается образование глюкозы из аминокислот. В организме больных происходит накопление кетоновых тел и ацетона на фоне почти полной утраты способности синтезировать жиры, что ведет к кетоацидозу. На наш взгляд, тяжелые исходы у этих больных на предыдущих этапах лечения были обусловлены взаимосвязью плохо леченной гнойной инфекции с некомпенсированным СД.

Это и есть основа синдрома «взаимного отягощения», которая означает новую форму заболевания со специфическим неблагоприятным течением, требующим, по нашему мнению, принципиально нового подхода к лечению [2, 6].

Довольно часто у этих больных наблюдается ареактивное течение гнойного процесса или вялое, затяжное течение раневой инфекции после снятия острых явлений [1,5,6].

Очень важным звеном в лечении воспалительных заболеваний челюстно лицевой области могут являться методы локальной стимуляции процессов регенерации мягких тканей.

Тромбоцитарная аутоплазма является высокоактивным биологическим стимулятором процессов регенерации за счет содержащихся в альфа-гранулах тромбоцитов различных факторов роста, действующие на все структурные единицы окружающей тканей и стимулирующих процессы регенерации.Кроме того, применение аутологичной плазмы исключает возможность аллергических реакций.

Технический результат способа достигается за счет применения новой методики, а именно: забор венозной крови у пациента осуществляют в объеме 9-36 мл, в зависимости от объема воспаления, затем кровь центрифугируют с ускорением равным 1000G в течение 5 минут, после центрифугирования из

пробирки забирают 3,0 мл полученной тромбоцитарной аутоплазмы шприцами с системой замка luer-lock, затем шприцы тромбоцитарной аутоплазмой помещают в термостат и выдерживают для получения геля, при этом для введения в гнойную рану аутоплазму выдерживают при температуре 85°С в течение 6 минут, после чего полученный гель остужают в стерильном лотке в течение 2 минут, затем с помощью коннектора шприц с полученным гелем вводят в зону инфильтрата.

Цель исследования — оценить эффективность применения PRP-терапии у пациентов для лечения одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛО.

Материал и методы: В клинике челюстно-лицевой хирургии Бухарском областном многопрофильном медицинском центре в период с 2015 по 2019 гг. находилось 153 больных в возрасте от 17 до 70 лет с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на фоне СД. Среди них было 64 мужчины и 89 женщины. Давность заболевания СД колебалась от 3 до 18 лет. У 70 больных был установлен инсулинозависимый СД, у 83 – инсулиннезависимый СД. Одонтогенная флегмона была диагностирована у 93 больных, абсцесс – у 24 больных, одонтогенный остеомиелит – у 15 больных, одонтогенный гайморит – у 21 больных.

Результаты исследования и их обсуждение: В общей структуре больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на фоне СД более чем у половины (56,6 %) пациентов наблюдали среднетяжелое и тяжелое течение заболевания. Все эти больные были старше 50 лет. У большинства из них течение основного заболевания было отягощено, кроме сахарного диабета, двумя-тремя сопутствующими заболеваниями: 60 % страдали гипертонической болезнью, 48 % – стенокардией и атеросклерозом, 40,5 % – ожирением. Большая часть больных поступала на стационарное лечение в поздние сроки от начала гнойного хирургического заболевания. До госпитализации 95 пациента принимали пероральные сахароснижающие средства, 53 человек – парентеральный инсулин, у 5 больных данные о лечении СД в истории болезни отсутствуют. В клинике БОММЦ после исследования гликемического

профиля и консультации эндокринолога всем больным проводили коррекцию сахароснижающей терапии. Пациентам, получавшим таблетированные формы препарата, был назначен инсулин для парентерального введения.

Лечение острых гнойных хирургических заболеваний челюстно-лицевой области (одонтогенные абсцессы и флегмоны, одонтогенный и травматический остеомиелит и т. д.) у больных СД представляет значительные трудности. Гнойный процесс у этих пациентов создает предпосылки для разрушения эндогенного и экзогенного инсулина, что приводит к усилению инсулиновой недостаточности и таким образом к декомпенсации диабета. Больные СД, у которых развился гнойный процесс, с момента поступления в стационар нуждаются в полноценном интенсивном лечении, направленном как на компенсацию патологических измененных обменных процессов, так и на ликвидацию гнойного очага. В комплекс этих мероприятий входят: 1) коррекция нарушений углеводного обмена; 2) назначение антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры; 3) дезинтоксикационная терапия, коррекция обменных нарушений; 4) иммунокоррегирующая терапия; 5) применение антикоагулянтов прямого действия (гепарин) в профилактических дозах (10000–20000 ЕД) в связи с выраженной гиперкоагуляцией у этих больных;

6) правильное питание, включающее пищу, богатую жидкостями, витаминами, белками и минеральными солями, при резком ограничении углеводов; 7) ранний активный режим, дыхательная гимнастика, массаж; профилактика сердечнососудистых осложнений. Поскольку операционная травма и обезболивание вызывают гипергликемию, в послеоперационном периоде возможно резкое нарушение гомеостаза даже на фоне компенсированного СД. В связи с этим к лечению этой группы больных необходимо всегда привлекать эндокринологов (диабетологов). При этом особое значение приобретает инсулинотерапия, регулярно проводимая под контролем исследования глюкозы в крови.

Не вызывает сомнения, что ключевым звеном лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является этиотропная антибактериальная терапия. С практических позиций огромное значение при-

дается правильному выбору антибиотика. Необходимо помнить, что пациенты с СД требуют особого подхода. Начнем с того, что микробный пейзаж в очагах воспаления у пациентов с СД отличается от такового у больных, не страдающих диабетом. Кроме того, диабетическая нефропатия, приводящая к нарушению выделительной функции почек, требует коррекции дозировки антибактериальных препаратов. Не стоит забывать и о том, что ряд антибиотиков влияет на уровень гликемии. Поэтому даже высокоэффективные антибиотики последнего поколения оказываются бессильны на фоне гипергликемии и других нарушений. Таким образом, своевременная коррекция метаболических нарушений, целевой гликемический контроль и правильно подобранная сахароснижающая терапия являются еще одним ключевым звеном в успешном лечении таких пациентов. Одонтогенные гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области у больных СД протекают на фоне выраженных изменений иммунного статуса. Причем течение одонтогенных гнойно-воспалительных процессов и состояние иммунологического статуса непосредственно связаны с тяжестью и формой СД. При ИЗСД одонтогенные гнойно-воспалительные процессы протекают более тяжело, чем при ИНЗСД. Вторичная иммунологическая недостаточность, развивающаяся при СД, требовала медикаментозной и немедикаментозной коррекции иммунитета [4,6].

Заключение: Лечение гнойных ран на фоне СД должно проводиться с участием врача-эндокринолога под контролем критериев, объективно отражающих течение раневого процесса: цитологического исследования раневых отпечатков, морфологического исследования тканей раны, определение показателей тканевого гомеостаза в очаге поражения, количественного и качественного микробиологического анализа. Использование выше изложенных методик, а также объем и направленность проводимой терапии в каждом конкретном случае являются прерогативой лечащего врача. Наше исследование показало, что лечение одонтогенный инфекции с аутотромбоцитарной массой дает возможность купировать гнойный очаг и сократить сроки заживления гнойной раны за счет стимулирующего действия факторов роста тромбоцитов на метаболизм

костной ткани и коллагена, пролиферацию эндотелиальных клеток сосудов, снижает риск возникновения осложнений.

Список литературы

1. «Experience in the treatment of patients with odontogenic jaw cysts» Rakhimov Zokir Kayimovich, Khamitova Firuza Artikovna, Kambarova Shakhnoza Alihuseynovna, Pulatova Shahzoda Karimovna, Safarova Mashhura Sulaymonovna European Sciences review Scientific journal № 11–12 2018 (November–December) Volume 2 ISSN 2310-5577

2. Ахмеров Р.Р., Зарудий Р.Ф., Рычкова И.Н., Исаева М.Г., Алтыева А.Ф. «Аутостимуляция регенеративных процессов в челюстно-лицевой хирургии и косметологии» Методическое пособие. – Москва. -2011. - 55с.

3. Гусева О.Ю., Булкина Н.В., Полосухина Е.Н. и др. Обоснование дифференцированного подхода к антибиотикотерапии при обострении хронического генерализованного пародонтита // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1 С. 287–288.

4. Таранова Н. Ю., Виниченко Е.Л., Перова Н.Ю., Борискова И.В. Плазмолифтинг как инновационный метод лечения заболеваний пародонта на этапе послеву зовского обучения // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 4. С. 253-255.

5. Э.Д. Шихнабиева., Плазмолифтинг как инновационный метод лечения хронического генерализованного пародонтита // Вестник ДГМА № 4 (17), 2015., С 29

6. Ш.К. Пулатова, Ф.А. Хамитова., Комплексное патогенетическое лечения больных с разлитыми флегмонами челюстно – лицевой области// Научно-практическая медицина «*Тиббиётда янги кун*»2 (26) 2019

ФАКТОР КОНФИГУРАЦИИ ПОЛОСТИ (С-ФАКТОР), КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЛИМЕРИЗАЦИОННОГО СТРЕССА ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫМИ КОМПОЗИТАМИ

(Обзор литературы)

Володина Е.В., Герасимов Д. И., Останина Д.А., Митронин Ю.А.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Актуальность. Светоотверждаемые композиты на данный момент являются одними из наиболее часто используемых материалов при лечении кариеса зубов. Одним из факторов, снижающих срок службы композитных реставраций и приводящий к рецидивам кариеса, является полимеризационный стресс [8], представляющий из себя процесс возникновения напряжений на границе пломбировочного материала и твердых тканей зуба в процессе полимеризации [1], который появляется под действием ряда факторов. Наименее описанным среди них является фактор конфигурации полости (С-фактор), определяемый как соотношение связанных со стенками пломбируемой полости и свободных поверхностей композита и имеющий наиболее высокое значение в глубоких полостях [2].

Целью исследования является определение зависимости значений С-фактора конфигурации и уровня полимеризационного стресса при использовании реставрационных композитных стоматологических материалов, а также оценка описанных в литературе, за последние 5 лет, методов, позволяющих снизить влияние С-фактора для уменьшения количества рецидивов кариеса.

Материалы и методы. При написании данной статьи использовалась информация из публикаций, найденных в электронных базах данных Google Scholar, Cyberleninka и Pubmed, а также в списках литературы, представленных в этих работах.

Ключевые слова включали: «фактор конфигурации», «коэффициент фактора конфигурации», «фактор конфигурации полости», «с-фактор», «cavity configuration factor», «configuration factor», «cavity configuration», «c-factor».

Критерием для первичной выборки являлось использование статей, датированных 2015 годом и позднее. Вторым шагом был анализ краткого содержания работ. Последним этапом было рассмотрение полнотекстовых вариантов отобранных публикаций.

Результаты. Всего было рассмотрено 52 статьи, 33 из них с базы Google Scholar, 8 с Cyberleninka, 6 с Pubmed и 5 из пристатейного списка литературы. После проведения первого этапа отбора, исключающего повторяющиеся статьи и работы датированные ранее чем 2015 годом, итоговое число публикаций, использованных в исследовании составило 17.

Обсуждение. На данный момент одним из самых распространенных методов восстановления поражений твердых тканей зубов является реставрация светоотверждаемыми композитными материалами [1]. С каждым годом эстетические и физико-химические свойства данной группы материалов совершенствуются, однако объёмная усадка, возникающая при полимеризации, остается одним из главных недостатков современных композитов. Уменьшение объёма материала, из-за прочной его фиксации к стенкам полости в момент отверждения, ведет к возникновению полимеризационного стресса, так как адгезия к тканям зуба исключает текучесть композита, обеспечивающую его способность противостоять усадочным напряжениям. Как считает Burgess и соавторы, полимеризационный стресс при объемной усадке способен вызвать такие отрицательные последствия как: появление постоперативной чувствительности; нарушение краевого прилегания, краевое расслоение, изменение цвета реставрации; развитие рецидива кариеса; появление трещин и сколов вследствие нарушения структуры твердых тканей [15]; утрату реставрации [4,5]. Показатели полимеризационного стресса наиболее высокие в полостях, имеющих большие значения С-фактора. С-фактор (фактор конфигурации полости) - этот термин, созданный Фейльзером [12], он отражает взаимодействие между дизайном полости и способностью материала снижать стресс за счет эластичной деформации стенок полости [3]; высчитывается, как отношение количества поверхностей, находящихся во взаимодействии с композитным материалом при фотополимеризации (СВЗП-

связанные поверхности), к количеству свободных поверхностей (СВБП-свободные поверхности) [2]. De la Macorra и Gomez-Fernandez так же предполагали, что он должен основываться на расчете удельной площади поверхности стенок полости [13]. При этом, признанным многими остается утверждение, что чем меньше будет площадь соприкосновения (композит-ткани зуба) материла со стенками и больше его свободная поверхность, тем меньше будет сказываться влияние полимеризационной усадки на краевое прилегание реставрации. И наоборот, увеличение площади, занятой композитным материалом, по отношению к свободной, будет провоцировать полимеризационный стресс, повышая риск «отрыва» маетриала [6]. Первоначально концепция С-фактора была разработана для пломбирования одной порцией композита (Bulk техника). Этот способ в клинических условиях практически не применялся вследствие большой усадки композита [17]. Для лучшего понимания этого феномена, объём композита можно представить в виде куба. В случае, если он не имеет контакта ни одной поверхностью (свободны все стороны) (рис.1а), текучесть возможна в любом направлении, то С-фактор будет равен 0. Когда одна сторона куба из шести будет иметь соприкосновение с объектом (рис.1б), С-фактор станет равным 0,2 (1СВЗП/5СВБП). Стресс в этом случае будет не слишком высок. Если куб будет связан двумя поверхностями (рис.1в), С-фактор станет 0,5 (2СВЗП/4СВБП), напряжение на границе повыситься. Если же пять стенок куба вступят во взаимодействие, а свободной останется одна, фактор конфигурации достигнет своих максимальных значений и станет равным 5 (5СВЗП/1ВБП) [7].

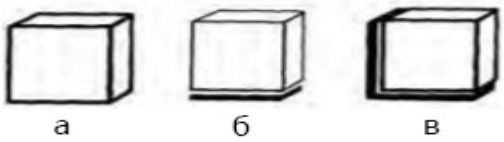
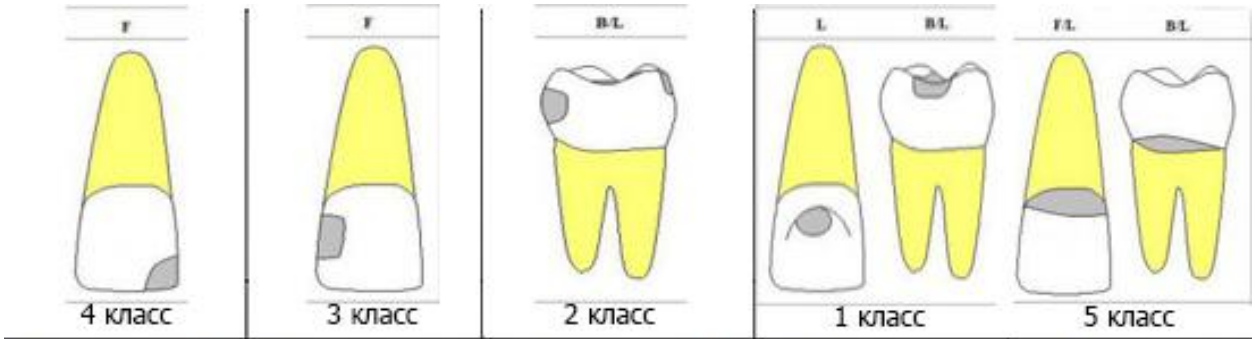


Рис.1 Модель для расчета фактора конфигурации

Из этого следует, что фактор конфигурации является неким маркером полимеризационных напряжений. В каждой клинической ситуации он будет различаться в зависимости от дизайна сформированной полости и ее класса по

Г.В.Блеку(рис.2).



4 класс	3 класс	2 класс	1 класс	5 класс
С-фактор = 0,5	С-фактор = 1	С-фактор = 2	С-фактор = 5	С-фактор = 5
2 СВЗП / 4 СВБП	1 СВЗП / 1 СВБП	4 СВЗП / 2 СВБП	5 СВЗП / 1 СВБП	5 СВЗП / 1 СВБП

Рис.2 Дизайн сформированной полости

Самыми высокими показателями будут обладать полости класса I и V. Полость I класса обладает С-фактором равным 5, исследования показывают, что собственное напряжение в твердых тканях интактного зуба максимально (74,2 МПа) только в области приложения нагрузки. В реставрированном зубе по поводу кариозной полости I класса максимальное напряжение значительно выше (119 МПа) и возникает в зоне контакта эмали с реставрацией [8,9]. В случае, когда композитный материал используется как лютинг-агент (для фиксации вкладки), фактор конфигурации возрастает до 10 (10СВЗП: 5 -с поверхностью вкладки и 5 – со стенками полости) [7].

Решение проблемы полимеризационного стресса, возникающего при высоких значениях коэффициента фактора конфигурации полости ведется по двум основным направлениям [10]: во-первых, создание методик пломбирования, позволяющих снизить значения фактора путем уменьшения порции материала вносимой в полость за один раз [16] (техника треугольников [14] и т.д.), во вторых, это разработка материалов, таких как flow композиты [11], приближенных по своим физико-химическим свойствам к естественным тканям зуба, композитов с изменяющейся консистенцией.

Выводы. Фактор конфигурации полости (С-фактор) – является одним из наиболее значимых причин возникновения полимеризационного стресса при

пломбировании светоотверждаемыми композитными материалами. Учитывая степень, в которой данный феномен способен влиять на значения полимеризационного стресса, а следовательно и на частоту постпломбировочных осложнений, представляется логичным заключить, что С-фактор является клинически значимым и несколько усложняет вопрос реставрации простых на первый взгляд полостей по Блеку.

Так как осведомленность в этом вопросе остается на достаточно низком уровне, частота рецидивов кариеса, среди полостей с высоким показателем С-фактора остается достаточно высокой. Систематизация проведенных исследований по данному вопросу позволит снизить показатели полимеризационного стресса и тем самым пролонгировать срок функционирования композитных реставраций в нашей практической части работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Б.Р. Шумилович, А.В. Сущенко, А.Н. Морозов, А.В. Подопригора, А.В. Санеев, И.П. Попова Влияние фактора конфигурации полости (c-factor) на качество краевой адаптации композитор // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2016. №2226-7425. С. 270-277.
2. Шумилович Б.Р., Ростовцев В.В., Поволоцкий А.В. Сравнительная характеристика эффективности прямых и непрямых методов реставрации в полостях с высоким значением фактора конфигурации (С-фактора) // Вестник Тамбовского уни- верситета. Серия Естественные и технические науки. Тамбов, 2017. Т. 22. Вып. 6. С. 1567-1572. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-6- 1567-1572
3. Van Dijken J. W. Durability of resin composite restorations in high C-factor cavities: a 12-year follow-up. J. Dent. 2010 Jun; 38(6): 469-74.
4. Zorzin, J.; Maier, E.; Harre, S.; Fey, T.; Belli, R.; Lohbauer, U.; Petschelt, A.; Taschner, M. Bulk-fill resin composites: Polymerization properties and extended light curing. Dent. Mater. 2015, 31, 293–301.
5. А.В. Стародубова Лабораторно – клиническое обоснование применения композитов текучей консистенции для структурной реставрации зубов: дис. ... Ю.А. Винниченко мед. наук: 14.01.14. М., 2017. 139 с.

6. Ю.А. Жабина Сравнительная характеристика прямого и непрямого методов реставрации // Bulletin of Medical Internet Conferences . 2017. №2224-6150. С. 1520-1522.
7. И.К. Луцкая Пути минимизации последствий полимеризационной усадки композиционных материалов // Современная стоматология. 2016. №2077-642X. С. 26-29.
8. Lakhtin YV, Smeyanov YV The influence of stress-strain processes in tooth enamel on the marginal permeability of class I restorations with a different design of the edge of the carious cavity // Wiadomości lekarskie (Warsaw, Poland: 1960). 2018. №0043-5147. С. 135-139.
9. Lakhtin YV, Smeyanov YV. Modeling the stress state of hard tissues of a tooth in the process of restoration of class I carious cavities. GISAP: Medical Science, Pharmacology. 2016;9:17-20. doi: 10.18007/ gisap:msp.v0i9.1266.
10. Van Dijken J.W. Durability of resin composite restorations in high C factor cavities: a 12-year follow-up. J. Dent. 2016 Jun; 38(6):469_74. Epub Mar 1.
11. Воробьева Ю.Б., Шумилович Б.Р., Иванов С.Г., Красавин В.Н. Применение bulkfill композитов при реставрациях коронковой части жевательной группы зубов // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №2. Публикация 2-14.
12. HNA Al Nahedh, NS Sibai; Evaluation of Interfacial Gap Volume of Two Low-shrinkage Composites Using Micro–Computed Tomography. *Oper Dent* 1 November 2017; 42 (6): 658–668. doi:
13. de la Macorra JC, & Gomez-Fernandez S Quantification of the configuration factor in Class I and II cavities and simulated cervical erosions European Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry 4(1) 29-33.
14. uni Jekti Nugroho1*, Aries C Trilaksana1, Christine A Rovani1, Nurhayaty Natsir1, Farida Rahim1 Pizza Technique in Site 1 Restoration in Lower Second Molar Tooth : A Case Report // Journal of International Dental and Medical Research. 2018. №1309-100X. С. 723-726.

15. Bonilla ED, Hayashi M, Pameijer CH, Le NV, Morrow BR, Garcia-Godoy F, The effect of two composite placement techniques on fracture resistance of MOD restorations with various resin composites, Journal of Dentistry (2020), doi:https://doi.org/10.1016/j.jdent.2020.103348
16. A D Kartikasar Comparative study of resin composite class I restoration microleakage between bulk fill technique with and without sonic activation, and incremental technique // Journal of Physics: Conference Series. 2017. №884 012063.
17. J.H. Jang, S.H. Park, I.N. Hwang, Polymerization shrinkage and depth of cure of bulk-fill resin composites and highly filled flowable resin, Oper. Dent. 40 (2015) 172–180, https://doi.org/10.2341/13-307-l.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОВТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ

Григорьев С.С., Епишова А.А., Сорокоумова Д.В., Исаева С.Т.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург.

Актуальность. В настоящее время эффективность лечения кариеса зубов остается одной из актуальных задач стоматологии. Ретроспективный анализ проведенных исследований показал, что причиной повторных обращений в 40% случаев стало развитие глубокого кариеса, в 35% - развитие острого пульпита. Наиболее частыми причинами удаления зубов были, разрушение коронковой части зуба - 36,04% и обострение хронического периодонтита - 31,05%. В 19,14% случаев указанный зуб удалялся вследствие невозможности его перелечивания [2].

Причинами частых неудач и нестабильности результатов лечения кариеса являются многофакторность патогенеза данного заболевания, большое количество осложнений и недостаточная эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий [3,4,7,8]. Определенную роль могут играть ошибки стоматологического лечения, такие как: 1) нарушения в планировании стоматологического лечения, 2) необоснованное расширение показаний к восстановлению значительной части твердых тканей зубов пломбами, 3) недостаточная степень информирования пациентов о регулярном стоматологическом осмотре [5]. Эффективность лечения кариеса и его осложнений во многом зависит не только от профессиональной компетентности врача, но и от ряда особенностей пациента. Так, в работах последних лет активно изучается иммунный статус пациентов, что позволяет прогнозировать течение заболевания [1].

Показатели развития осложнений кариеса зубов значительны: в возрастной группе 35- 44 лет потребность в пломбировании и протезировании составляет 48 %, а в удалении зубов - 24 %. [4,6,7]. В общей структуре оказания ме-

дицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание встречается во всех возрастных группах пациентов.

На сегодняшний день в арсенале врачей присутствуют самые передовые технологии и средства для проведения профилактических мероприятий и оказания стоматологической помощи. Достижения стоматологической науки и внедрение новых композитных материалов, адгезивных систем, инструментов и методик не решило проблемы: до настоящего времени одной из основных причин обращения за стоматологической помощью являются кариес и его осложнения. По данным отечественных и зарубежных исследователей, средняя выживаемость зуба после первичного лечения кариеса составляет 5 лет [6,7,8].

В этой связи приобретают особую важность вопросы клинической значимости и результативности применения различных методов и средств лечения кариеса, в том числе в отдаленные сроки после пломбирования.

Целью настоящего исследования является выявление отдаленных результатов терапевтического лечения кариеса зубов у взрослых.

Материалы и методы. В соответствии с поставленной задачей на клинической базе стоматологической клинике УГМУ г. Екатеринбурга было проведено ретроспективное изучение медицинских карт стоматологического больного. Проанализирована 61 медицинская карта стоматологических больных (27 мужчин и 34 женщин), обратившихся в период от года до пяти лет после первичного лечения кариеса.

Для достижения поставленной цели был проведен анализ жалоб (повод обращения к врачу-стоматологу), анамнеза (периодичность посещения пациентом врача-стоматолога), учитывали диагноз при повторном обращении, уровень гигиены полости рта, топографию кариозных полостей.

Критериями включения карты пациентов в исследование были:

-наличие пломб;

-наличие информации о сроках лечения зубов;

-наличие информации о причинах повторного обращения;

-наличие информации о топографии кариозной полости;

-наличие информации о причинах повторного лечения;

-наличие информации об индексе гигиены (ИГ) по Грину – Вермильону;

-наличие информации об использовании при реставрации зубов композиционных пломбировочных материалов;

Критерии исключения карты пациента:

-наличие соматической патологии в стадии декомпенсации;

-наличие онкологических заболеваний;

-беременность, лактация;

Из причин повторного лечения выделяли: нарушение краевой адаптации, выпадение, наличие вторичного или рецидивного кариеса, эстетические дефекты.

Полученные результаты разделены на 3 группы. В первую группу (1-я группа) вошли зубы с поражением одной поверхности - 20 случаев, во второй группе (2-я группа) изучался исход лечения зубов с поражением двух поверхностей - 22 случаев; и в третьей группе изучался исход лечения зубов с поражением трех поверхностей (3-я группа) - 19 случаев.

Результаты обработаны статистически в программе Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании проведенных исследований установлено, что рекомендуемых сроков регулярных посещений раз в полгода придерживалось небольшое число пациентов - в первой и второй группе 35±2,3% и 31± 2,5% соответственно, в третьей группе 21,1 ±3,0%.

Анализ параметра «повод обращения к врачу- стоматологу» показал, что в первой группе основными причинами обращения были: зубная боль - 40± 5,8% случаев, разрушение/скол / нарушения краевого прилегания пломбы беспокоило 45± 5,5% больных, эстетические нарушения выявлены в 10 ± 11,7% случаях.

Во второй группе причиной повторного обращения пациентов являлись боль - 36,4%± 4,3% случаев, разрушение пломбы отмечалось в 36,4% ± 4,3% наблюдений. Эстетические нарушения волновали 13,6% ± 7,1% пациентов.

В третьей группе причинами повторного обращения пациента стали: боль - 47,4± 4,2% случаев, разрушение пломбы - 26,3±5,7% случаев, 10,5± 9,2% пациентов жаловались на нарушение эстетики.

Таким образом, чаще всего повторное посещение пациентом врача-стоматолога связано с наличием острой боли - 41% ± 4,2% случаев, второе место занимает обращение по поводу нарушения прилегания/ скола пломбы - 36% ±4,5%, на третьем месте по частоте жалоб являются эстетические дефекты (14,8% ±7,2%).

Анализ возникших осложнений показал, что в первой группе преобладает диагноз глубокий кариес (45± 3,0%), в 30± 3,7% случаев поставлен диагноз пульпит, у 25± 4,0% пациентов проведено повторное лечение кариеса.

Во второй группе в 41± 7,9% случаев проведено лечение глубокого кариеса, в 54,5± 6,8% диагностирован осложненный кариес, в 4,5± 2,3% выполнено повторное лечение кариеса.

В третьей группе поставлен диагноз глубокого кариеса у 36,8± 6,2% пациентов, лечение по поводу заболеваний пульпы проведено в 63,2± 4,7% случаев.

Как видно, наблюдается отягощение диагноза при увеличении количества вовлеченных в патологический процесс поверхностей зуба.

Еще одним из факторов, влияющим на выживаемость реставрации, является состояние гигиены полости рта.

В первой группе хорошая гигиена отмечалась в 20± 4,0 % случаев, удовлетворительная в 30± 3,2%, неудовлетворительная в 15%± 4,6%, плохая выявлена у 35%± 3,0% пациентов.

Во второй группе хорошая гигиена зарегистрирована в 13,6 ± 6,5% случаев, удовлетворительная в 18± 5,5%, неудовлетворительная в 27 ± 4,5%, плохая в 41±3,7% случаев.

В третьей группе хорошая гигиена отмечена в 10,5±11,1% случаев, удовлетворительная зарегистрирована в 10,5±11,1%, неудовлетворительная в 31,6±6,3%, плохая составила 47,4 ± 5,1% случаев.

Как мы видим из проведенного исследования, чем хуже уровень гигиены, тем большее количество поверхностей зуба вовлекается в кариозный процесс.

Выводы. 1.Рекомендуемых сроков регулярных посещений раз в полгода придерживалось от 35±2,3% в первой группе до 21±3,0% пациентов в третьей.

2. Поводом обращения к врачу- стоматологу в большинстве случаев стала боль (36.4± 4,3% - 47,4± 4,2% случаев), разрушение/скол / нарушения краевого прилегания пломбы отмечены в 26.3±5,7% - 45± 5,5% случаев, эстетические нарушения отмечены в 10,5± 9,2% -13.6± 7,1% исследований.

3. В выделенных группах по мере возрастания количества пораженных поверхностей зуба, отмечается тенденция к ухудшению гигиены полости рта. Так, если в первой группе плохое гигиеническое состояние зарегистрировано в 35%± 3,0% случаев, во второй - в 41%±3,7% наблюдений. В третьей группе отмечается низкий уровень гигиены полости рта почти у половины пациентов (47.4±5,1%).

4. С увеличением количества пораженных поверхностей зуба возрастает частота развития заболеваний пульпы с 30± 3,7% при вовлечении в процесс одной поверхности, в 54,5± 6,8% при поражении двух поверхностей, до 63± 4,7% при поражении трех поверхностей зуба.

Список литературы

1.Бажанов Н.Н. Стоматология: учебник/ Н.Н. Бажанов - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 304 с.

2.Багдасарян М.И. Результаты лечения кариеса зубов при различной локализации кариозных полостей / Багдасарян М.И.. Богоевич П.Г., Титкина Н.А. // Dental Forum. - 2011. - №5. - С. 2627.

3.Боровский Е.В. Состояние эндодонтии в цифрах и фактах/ Е.В. Боровский // Клиническая стоматология. - 2009.- №1. - С.12-14.

4.Иванова, Г. Г. Разработка и изучение сферы применения способов определения резистентности зубов к кариесу в сравнительном аспекте / Г. Г. Иванова, В. К. Леонтьев. // Институт стоматологии. - 2016. - № 1 (70). -С.79-81.

5.Кошелев К.А., Белоусов Н.Н. Ретроспективный анализ терапевтического стоматологического лечения пациентов центральной России./ Кошелев К.А., Белоусов Н.Н. //Sciences of Europe. -2019.- №35-2 (35).-С. 52-55.

6.Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина - М: Информэлектро. - 2009.- 236 с.

7.Савина А.П. Анализ факторов, влияющих на стабильность результатов лечения кариеса зубов/ Леонтьев В.К., Малый А.Ю.// Российская стоматология. – 2013. -№ 4.- С.48-51;

8.Chen Xi, Clark J.J., Supawadee N. Length of toothsurvival in older adults with complex medical, functional and dental backgrounds. JADA 2012; 143: 6: 566-578.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Жумаев Л.Р, Хамраев С.Ж.

"Бухарский Государственный медицинский институт"

Республика Узбекистан

Актуальность. Слюнные железы оказывают большое влияние на состояние организма, органов полости рта и пищеварительную систему в целом. Велика роль слюны в защите органов полости рта от патогенного влияния различных факторов внешней и внутренней среды (Денисов А.Б., 2003; Mandel I.D., 2009). Основными заболеваниями слюнных желез являются сиалоадениты и сиалозы. Среди всех воспалительных и дистрофических заболеваний хронические сиалоадениты составляют 42,0—54,4%. Воспалительные заболевания слюнных желез составляют от 2 до 7% от общего числа всех стоматологических заболеваний (Денисов А.Б., 2003).

Цель исследования: усовершенствование лечения больных с воспалительно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез с применением регионарной лимфотропной антибактериальной терапии.

Материалы и методы. В отделение челюстно-лицевой хирургии в Бухарском областном многопрофильном центре, за период 2019-2020 годы поступило 52 больных с данной патологией. Возраст пациентов составил от 18 до 75 лет.

При анализе сроков поступления на стационарное лечение выявлено, что на 1-3 сутки от начала заболевания поступило только 39,4% больных, на 4 - 6 сутки - 45,3%, на 7 и более - 15,3%.

Для лечения больных нами использовалось регионарное лимфотропное введение антибактериальных препаратов в «лимфотропные» зоны (Левин Ю.М., 2002). В зависимости от клинико-микробиологических показателей использовали: линкомицин, цефотаксим, цефоперазон. Скорость введения препа-

ратов - 0,4 мл/мин. Антибактериальный препарат использовали в количестве 1/2 разовой дозы. Процедуру проводил 1 раз в сутки. Курс лечения составлял 5-7 процедур.

Результаты и их обсуждение. Нами было проведено комплексное исследование с целью выявления эффективности регионарной лимфотропной антибактериальной терапии воспалительно-дистрофических заболеваний слюнных желез.

Основными жалобами при поступлении у больных были жалобы на боли в области воспаленной слюнной железы, недомогание, нарушение аппетита, озноб. Боли имели острый, распирающий характер, часто иррадиировали. При проведении лимфотропной антибактериальной терапии уменьшения боли отмечалось уже на следующий день, а также температуры тела на 2-3 день лечения у всех больных. Уже на следующий день после начатой комплексной терапии с использованием лимфотропного введения антибактериальных препаратов у 78,2% больных отмечалось улучшение общего состояния. После лимфотропной антибактериальной терапии наблюдалось уменьшение и ограничения зоны гиперемии кожи и слизистой оболочки на следующий день, которая полностью исчезала к 3-4 дню лечения.

Из всех признаков воспаления дольше всего сохранялся воспалительный инфильтрат. В процессе проведения лимфотропной антибактериальной терапии инфильтрат полностью исчезал на 4-5 сутки, что свидетельствовало о более выраженном регрессе воспаления.

Уже к третьему дню проводимого комплексного лечения отмечалось увеличение скорости слюноотделения у больных 0,30±0,04 мл/мин ($P<0,05$). Вязкость слюны снизились на 3-й сутки и соответствовали показателям группы здоровых лиц.

Выводы. Таким образом, клинико-лабораторные данные свидетельствуют о том, что регионарная лимфотропная антибактериальная терапия у больных с воспалительно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез способствует сокращению сроков лечения, быстрой нормализации показателей клиниче-

ского анализа крови, восстановлению выделительной функции слюнных желез. Использование регионарного лимфотропного введения антибактериальных препаратов в комплексном лечении больных с воспалительно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез позволяет сократить сроки лечения в 1,6-1,7 раза по сравнению с традиционным лечением, где проводилось внутримышечное введение антибиотиков.

Важно отметить, что сокращение сроков лечения, в свою очередь, ведет к уменьшению стоимости лечения данных больных. Кроме этого, использование данного метода введения препаратов в 3-4 раза уменьшает затраты на лекарственные препарат

Список литературы.

1. Афанасьев, В.В. Значение поднижнечелюстных слюнных желез для организма /В.В.Афанасьев, М.А.Полякова, Р.С.Степаненко //Стоматология. –2011. – С.70-71.

2. Гурбанов Т.В. Современный взгляд на хронические воспалительные и реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез //Современная стоматология. – 2017. – №4. – С. 2–7.

3. Изменение биохимического состава слюны при воспалительных заболеваниях больших слюнных желез / Н.Г. Коротких, Е.Ю. Макарова, А.Н. Морозов, Д.В. Василенко // Актуальные проблемы профилактики стоматологических заболеваний у детей. Актуальные вопросы ортопедической стоматологии : сборник научных работ. – Воронеж, 2006. – С. 60-61.

4. Иорданишвили, А.К. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез / А.К.Иорданишвили, В.В.Лобейко, А.А.Поленс, М.В.Жмудь // Пародонтология. – 2012. – № 2 (63). – С. 71–75.

5. Манвелян А.С.Диагностика заболеваний слюнных желез с применением магнитно-резонансной томографии: Автореф. дис. …канд. мед.наук. – М., 2002. – 163 с.

6. Морозов А.Н. Современные аспекты диагностики воспалительных заболеваний больших слюнных желез / А.Н. Морозов, Е.Ю. Макарова // Вестник института стоматологии. – 2006. – №1. – С. 71-75.

7. Окислительная модификация белков слюны у пациентов с воспалительными заболеваниями больших слюнных желез / Н.Г. Коротких, Е.Ю. Макарова, Д.В. Василенко, А.Н. Морозов // Здоровье и образование в XXI веке : научные труды 6 Международной научно-практической конференции. – М., 2005. – С.

8. Результаты исследования содержания производных 2,4-динитрофенилгидразона в слюне при диагностике воспалительных заболеваний слюнных желез / Н.Г. Коротких, Е.Ю. Седых, Д.В. Василенко, А.Н. Морозов // Российский стоматологический журнал. – 2007. –№4. – С. 39-40.

9. Рунова Б.Н. Современные принципы диагностики и лечения заболеваний слюнных желез //СТМ. – 2011. -№3. – С.152-156.

10. Щипский А.В.Сиаладеноз (сиалоз). Классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и выбор схем лечения (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. … д-ра мед.наук. – М., 2002. – 24 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

Камалова М.К.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан

Актуальность. Важным методом профилактики кариеса является гигиена рта, которая позволяет устранить этиологический бактериальный фактор, вызывающий развитие кариеса зубов [7]. Начинать гигиенический уход за зубами рекомендуется с момента прорезывания первого зуба [5]. Имеется широкий спектр предметов и средств гигиены рта для детей [1]. Барьером для внедрения этого направления является недостаточная информированность детей и родителей о правилах гигиены рта [3]. Многие матери начинают чистить детям зубы более чем через год после прорезывания, используют для этого взрослую зубную щетку и пасту, используют слишком много зубной пасты для каждой чистки зубов и не понимают значение фторидов, содержащихся в зубной пасте [4].

Позитивное кариеспрофилактическое влияние оказывает регулярная профессиональная гигиена рта, проводимая у детей раннего и дошкольного возраста [2]. Регулярная и тщательная гигиена рта, периодическая профессиональная гигиена рта являются также основными методами профилактики болезней пародонта [9]. Однако данные о влиянии флоссинга на профилактику проксимальных кариозных поражений во временном прикусе противоречивы [10]. Важную роль в профилактике кариеса играет питание детей, прежде всего, ограничение приема свободных сахаров. Ограничение потребления свободных сахаров до <5% общей энергетической ценности (калорийности) у детей не только снижает риск развития кариеса, но и уменьшает вероятность появления в будущем ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и других нарушений здоровья [6]. Популяционные профилактические меры должны включать ограничение сахаров в продуктах и напитках, налоги на са-

хар, руководства и пропагандистские компании по вопросам сохранения стоматологического здоровья [8]. Большинство исследователей предлагают комплексные программы профилактики кариеса зубов у детей. Известно, что здоровье детей во многом зависит от способности родителей соблюдать основные меры профилактики. Для выяснения знаний родителей дошкольников в отношении профилактики кариеса зубов было проведено анкетирование, результаты которого представлены ниже.

Цель исследования улучшение стоматологического здоровья детей путем оптимизации профилактики и лечения кариеса зубов у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы: В исследовании принимали активное участие 959 родителей детей (3 года – 231 чел., 4 года – 241 чел., 5 лет – 243 чел. и 6 лет – 244 чел.). Анкетирование было проведено анонимно и на добровольной основе. Исследованы частота гигиенического ухода за зубами, характерные стороны питания и питья (вид, частота и объём принимаемых сладких, богатых углеводами пищевых продуктов и напитков), причина и количество посещений врача-стоматолога.

Результаты и их обсуждение. Было установлено, что многие родители дошкольников хорошо знали основные причины кариеса зубов. Большинство – 89,56% респондентов отметили, что кариес зубов у детей возникает в результате плохой чистки зубов. Однако в Алатском районе родители существенно реже, чем в г. Бухара и Каракульском районе, называли этот фактор важной причиной развития кариеса зубов: 80,87% против 94,69% и 93,13% соответственно, $p<0,01$. В то же время настораживает, что 10,44% родителей не считали, что плохой гигиенический уход за зубами ведет к развитию кариеса зубов у детей. В Алатском районе родители дошкольников чаще, чем в г. Бухара и Каракульском районе, не придавали значения гигиене рта детей в профилактике кариеса:

19,13% против 5,31% и 6,87% соответственно, p<0,01. Многие (73,09%) родители отмечали, что на развитие кариеса зубов у детей влияет частый прием сладкого. В г. Бухара родители чаще, чем в Алатском и Каракульском районах отмечали неблагоприятное влияние сахара на зубы: 80,63% против 67,71% и 70,94% соответственно, p<0,001. Однако 26,91% респондентов не придавали значения этому фактору. В Алатском и Каракульском районах родители чаще, чем в г. Бухара, не считали сладкую пищу вредной для зубов: 32,29% и 29,06% против 19,37% соответственно, p<0,001. Около трети (32,55%) респондентов были уверены, что возникновение кариеса зубов у детей зависит от экологических условий. В Алатском и Каракульском районах родители значительно чаще, чем в г. Бухара, сообщали о роли неблагоприятной экологии в развитии кариеса зубов у детей: 43,57% и 43,13% против 10,94%, p<0,001. В то же время более 67,45% родителей дошкольников не считали этот фактор значимым. В г. Бухара респонденты значительно чаще, чем в Алатском и Каракульском районах, не считали неблагоприятную экологическую обстановку фактором, влияющим на развитие кариеса зубов у детей: 89,06% против 56,43% и 56,87% соответственно, p<0,001. Многие (24,82%) респонденты считали, что развитию кариеса способствует неудовлетворительное медицинское обслуживание населения. В Алатском и Каракульском районах таких ответов родителей дошкольников было значительно больше, чем в г. Бухара: 29,78% и 31,25% против 13,44% соответственно, p<0,001.

Между тем, большинство (75,18%) родителей не считали этот фактор важным. В г. Бухара респонденты чаще, чем в Алатском и Каракульском районах, не видели связи между медицинским обслуживанием населения и кариесом зубов у детей: 86,56% против 70,22% и 68,75% соответственно, p<0,001. Лишь 18,45% родителей дошкольников знали, что развитию кариеса зубов способствует недостаток содержания фторида в питьевой воде. В Алатском районе, по сравнению с г. Бухара и Каракульским районом, ответов респондентов о значимости фторида в развитии кариеса зубов было меньше, однако различия не были значимыми статистически: 15,67% против 19,38% и 20,31% соответ-

ственно, p>0,05. К сожалению, большинство (81,55%) родителей не знали о роли недостаточного поступления фторидов в организм ребенка в развитии кариеса и о значении оптимального содержания фторидов в питьевой воде для сохранения здоровья зубов. Знания родителей по этому вопросу не соответствовали современным представлениям об этиопатогенезе кариеса зубов у 84,33% респондентов из Алатского района, 80,62% – г. Бухара, 79,69% – Каракульского района, p>0,05.

Немногие родители (10,73%) знали о роли наследственности в развитии кариеса зубов у детей. В г. Бухара, Алатском и Каракульском районах одинаковое количество респондентов признавали этот фактор важным: 10,94%, 10,34 и 10,94% соответственно, p>0,05. Большинство (89,27%) респондентов не придавали значения фактору наследственности в развитии кариеса зубов у детей (различий в частоте ответов между районами обследования не было).

На вопрос о состоянии зубов своих детей родители давали разные ответы. Лишь 6,89% родителей считали состояние зубов у своих детей хорошим, 54,74% – удовлетворительным, 37,33% – плохим, а 1,04% респондентов затруднились с ответом. Родители детей в Алатском и Каракульском районах чаще, чем в г. Бухара, оценивали состояние зубов своих детей как плохое: 40,75% и 39,69% против 31,56% соответственно, p<0,05. В г. Бухара родители чаще, чем в Алатском и Каракульском районах считали состояние зубов детей удовлетворительным (60,94% против 49,52% и 53,75% соответственно, различия были значимыми только по отношению к Алатскому району, p<0,05).

Полученные данные показывают, что, несмотря на высокие показатели распространенности и интенсивности кариеса временных зубов, большое количество невылеченных зубов у дошкольников, родители не всегда были обеспокоены плохим состоянием зубов своих детей. Респонденты сельской местности чаще, чем городской, отмечали плохое состояние зубов своих детей.

Лишь 9,69% родителей указали, что у детей часто были проблемы с зубами в течение последних 12 месяцев. Большинство (59,33%) указали на редкое возникновение подобных проблем, 24,30% отрицали наличие проблем детей с

зубами, а 6,68% затруднились с ответом. Значимых различий между ответами респондентов в районах обследования не было.

Дошкольники посещали врача-стоматолога один или два раза в году (29,72% и 26,91% соответственно), реже – 3 раза в году (11,05%). Однако 24,5% детей ни разу не посетили врача-стоматолога в течение года, а 7,82% респондентов затруднились с ответом на этот вопрос. В г. Бухара дошкольники чаще, чем в Алатском и Каракульском районах посещали врача-стоматолога один раз в году: 36,25% против 26,95% и 25,94% соответственно, $p<0,05$. Два-три раза в году врача-стоматолога чаще посещали дети Алатского и Каракульского районов, чем г. Бухара (44,82% и 40,00% против 29,06% соответственно, $p<0,05$). Каждый четвертый ребенок во всех районах обследования ни разу в течение года не был на приеме у стоматолога.

Выяснение причин обращения дошкольников к врачу-стоматологу показало, что детей, как правило, приводили к врачу при возникновении боли и проблем с зубами и деснами (32,15%) или для получения справки в детский сад (29,23%), немного реже – для лечения или продолжения лечения (20,46%). Крайне редко (3,97%) детей приводили на профилактический осмотр, а 14,19% респондентов затруднились с ответом на вопрос. Между ответами респондентов районов обследования не было статистически значимых различий. Большинство родителей откладывали визит своих детей к врачу-стоматологу из-за недостатка времени (48,79%), страха перед лечением (42,34%). Лишь 1,67% родителей называли причиной дорогую поездку в стоматологическую поликлинику, а 7,20% респондентов считали, что молочные зубы лечить не нужно. В г. Бухара респонденты значительно чаще ссылались на недостаток времени, чем в Алатском и Каракульском районах: 57,50% против 41,06% и 47,81% соответственно, $p<0,01$. Однако в Алатском и Каракульском районе посещение стоматолога откладывалось из-за страха перед лечением чаще, чем в г. Бухара: 47,02% и 44,69% против 35,31% соответственно, $p<0,05$. Кроме того, в Алатском районе чаще, чем в Каракульском районе и г. Бухара, родители не считали нужным лечение молочных зубов у детей: 10,97% против 6,25% и 4,37% соот-

ветственно, $p<0,05$. Таким образом, причинами откладывания визита детей к врачу-стоматологу родители дошкольников в городской местности чаще, чем в сельской местности, называли недостаток времени, реже – страх перед стоматологическим лечением.

Выводы. На основании вышеперечисленного можно сделать вывод о необходимости внедрения в детских садах программ профилактики кариеса зубов у дошкольников, включающих гигиеническое воспитание и обучение не только дошкольников, но также родителей. Большинство родителей дошкольников имели недостаточные знания о причинах и профилактике кариеса зубов. Многие родители не заботились о своевременном лечении зубов у детей, ссылаясь на недостаток времени, страх перед стоматологическим лечением или отрицая необходимость лечения молочных зубов. Родители дошкольников в сельской местности чаще, чем в городской, отмечали плохое состояние зубов своих детей, признавали недостаточность своих знаний по вопросам профилактики кариеса, ошибочно считали главными причинами развития кариеса неблагоприятную экологию, плохое материальное положение семьи и недостатки медицинского обслуживания, меньшее значение придавали частому приему сладкого.

Список литературы

1. Луцкая И.К., Терехова Т.Н. Индивидуальная гигиена полости рта у детей // Современная стоматология, 2014. - № 2 (59). - С. 13-20. 3
2. Салтыкова Е.Н., Селиванова А.А. Предупредить лучше, чем лечить: профессиональная гигиена полости рта у детей раннего возраста // В сборнике: Актуальные вопросы стоматологии Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Кемерово, 2019. - С. 103-105. 6
3. Яковлева М.В., Ксембаев С.С. Оценка уровня информированности детей и их родителей по вопросам индивидуальной гигиены рта // Современные проблемы науки и образования, 2017. - № 3. - С. 54. 4

4. Bennadi D, Kshetrimayum N, Sibyl S, Reddy CV. Toothpaste Utilization Profiles among Preschool Children // J Clin Diagn Res, 2014.- № 8(3). - P. 212-215. 5

5. Brecher EA, Lewis CW. Infant Oral Health //Pediatr Clin North Am, 2018.- № 65(5). - P. 909-921. 2

6. Fidler Mis N, Braegger C, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton ND, Hojsak I, Hulst J, Indrio F, Lapillonne A, Mihatsch W, Molgaard C, Vora R, Fewtrell M; ESPGHAN Committee on Nutrition. Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition // J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2017. - №65(6). - P. 681-696. 9

7. Grigalauskienė R, Slabšinskienė E, Vasiliauskienė I. Biological approach of dental caries management //Stomatologija, 2015. - №17(4).-P. 107-112. 1

8. Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, Carvalho JC, Dietrich T, Dörfer C, Eaton KA, Figuero E, Frencken JE, Graziani F, Higham SM, Kocher T, Maltz M, Ortiz-Vigon A, Schmoeckel J, Sculean A, Tenuta LM, van der Veen MH, Machiulskiene V. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases // J Clin Periodontol, 2017. - №44 Suppl 18. - P. 85-93. 10

9. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases // Nat Rev Dis Primers, 2017. - №3. - P.17038. 7

10. Oliveira KMH de, Nemezio MA, Romualdo PC, da Silva RAB, de Paula E Silva FWG, Küchler EC. Dental Flossing and Proximal Caries in the Primary Dentition: A Systematic Review //Oral Health Prev Dent, 2017. - №15(5). - P. 427-434. 8

ВАРИАЦИИ ОРАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Иванова К.С., Джумаханова А.Ж., Александрина Е.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский Государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград.

Актуальность. На сегодняшний день открытым и актуальным вопросом является новая коронавирусная инфекция, особенности клинических признаков течения заболевания, вариации симптомов, а также лечения. Данная тема актуальна связи с высокой распространенностью COVID-19 по миру, недостатком количества исследований, вариации симптомов, возможностью применения только симптоматической терапии.

Нами проведен поиск и анализ опубликованной литературы с декабря 2019 года по сентябрь 2020 года. На основе полученных данных мы провели анализ особенностей течения коронавирусной инфекции у пациентов пожилого возраста в полости рта, а также возможностей диагностики, лечения и профилактики COVID-19. По данным изученной литературы, дисгевзия является первым признанным оральным симптомом нового коронавирусного заболевания (COVID - 19). Проведенные научные исследования показали, что к оральным проявлениям относят язву, эрозию, пузырек, трещины, депапиллированный язык, пятно, папулу, беловатые участки, геморрагическую корку, некроз, петехии, отек, эритему и спонтанное кровотечение. Наиболее частыми участками поражения в порядке убывания были язык (38%), слизистая оболочка губ (26%) и небо (22%). Предлагаемые диагнозы поражений включали афтозный стоматит, герпетиформные поражения, кандидоз, васкулит, лекарственную сыпь, заболевание пародонта, ангулярный хейлит. У пациентов с COVID-19 в 68% имеются проявления в полости рта, причем поражения почти одинаковы у обоих полов (49% женщин и 51% мужчин). Пациенты старшего возраста, пациенты с длительными хроническими заболеваниями и с более высокой степенью тяжести заболевания COVID-19 имели более распространенные и серьезные поражения полости рта. Отсутствие гигиены, оппортунистические инфекции,

стресс, иммуносупрессия, васкулит и гипервоспалительная реакция, вторичные по отношению к COVID-19, являются наиболее важными предрасполагающими факторами для появления поражений полости рта у пациентов с COVID-19.

В начале пандемии COVID-19 предполагалось, что отсутствие перорального поражения является отличительной особенностью COVID-19 по сравнению с другими вирусными инфекциями. Но Хименес-Кауэ Дж., Ортега-Кихано Д., Карретеро-Баррио И. и др. в результате своих исследованиях выявили закономерность появления петехий на слизистой оболочке нижней губы, неба и ротоглотки. [1]

В нескольких исследованиях Джебеджи Кахраман Ф., Чагкурлу Х. сообщалось о эритематозно-фиолетовых пятнах, пятнах, папулах и бляшках на языке, слизистой оболочке губ, твердом небе и ротоглотке при COVID - [2,3]

Сингх С., Тай Дж., Шокират Н. выявили буллезную стенокардию в виде бессимптомных эритематозно-пурпурных пузырей без спонтанного кровотечения на языке и твердом небе в двух подтвержденных случаях COVID-19. [4]

Диас Родригес М., Хименес Ромера А., Вильярроэль М. зарегистрировали белые и красные пятна или бляшки на тыльной стороне языка, деснах и небе у пациентов с подтвержденным COVID-19. [5]

По мнению Биадси А., Кассем Ф., Даган О., Масарва С., Ормианер дисгевзия является первым признанным пероральным симптомом COVID-19, который отмечается у 38% пациентов, в основном у жителей Северной Америки и Европы, женщин и пациентов с легкой и средней степенью тяжести заболевания. [6].

Цель исследования. Целью нашего исследования стало выявление оральных симптомов COVID-19 в стоматологической практике для ранней диагностики и повышения эффективности местного лечения больных короновирусной инфекции (COVID-19).

Материалы и методы. Нами было проведено клиническое стоматологическое обследование и лечение пациента в возрасте 69 лет, перенесшего короновирусную инфекцию COVID-19 с диагнозом К.12.0 Афтозный стоматит.

Клиническое исследование пациентов проводилось на базе кафедры стоматологии Института НМФО ФГБОУ ВО «Волгоградского Государственного медицинского университета». Диагноз: К.12.0 Афтозный стоматит был установлен на основании жалоб, клинических проявлений и диагностики. Динамику клинических проявлений оценивали по результатам клинического обследования в течении 14 дней.

Результаты и их обсуждение. Пациент Б. 1952 г.р. обратился на кафедру ИНМФО с жалобами на болезненность в полости рта при приеме пищи, отсутствие вкуса, гиперсаливацию, неприятный запах изо рта, наличие «язвочек». Нами проведен опрос, а также осмотр полости рта. В ходе сбора анамнеза было выявлено, что пациент имеет хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, а также данные проявления в полости рта сопутствовали соматическим проявлениям в виде лихорадки, головной боли, одышке, сухому кашлю и беспокоят в течение 14 дней. Пациент Б. был госпитализирован в ГБУЗ «ВОКИБ №1», где провели ПЦР-тестирование на РНК COVID-19. Результат положительный. На основе данных общего анализа крови, который имелся у пациента, выявлена лейкопения (2.7*10^9), увеличение палочкоядерных нейтрофилов(12%), увеличение моноцитов(10%), повышение СОЭ (24мм/ч).

При осмотре полости рта были выявлены множественные афты, которые проявлялись в виде неглубоких эрозий на разных стадиях развития размером от 5 до 20 мм с эритематозными венчиком и желто-белым фибринозным налетом как на ороговевших, так и на некератинизированных слизистых оболочках губ, десны щек, красной каймы губ, мягкого неба, зева и языка. Часть афт сливаются между собой. При пальпации слизистой оболочки полости рта пациент отмечал болезненность. Подподбородочные, поднижнечелюстные и околоушные лимфатические узлы диаметром 10 - 12 мм, плотной консистенции, не спаяны с окружающими тканями, болезненны при пальпации.

Фото 1. Поражение десны и слизистой оболочки губ в результате перенесенного COVID-19

Фото 2. Поражение языка в результате перенесенного COVID-19

Фото 3. Поражение языка, Мягкого неба, зева в результате перенесенного COVID-19

Пациенту было назначено следующее местное лечение: профессиональная гигиена полости рта, обезболивание слизистой оболочки полости рта (каместат), аппликации протеолитических ферментов с целью удаления некротического налета (1% трипсин), антисептическая обработка (хлоргексидин 0.05%, противовоспалительные препараты («Холисал»), кератопластики (озонированное персиковое масло 3 раза в день). Обучение пациента рациональной гигиене полости рта. Результат оценивали на 3-ие,7-ые, 14-ые сутки с помощью индекса регенерации слизистой оболочки полости рта (ИРСОР) по Л.Н. Дедовой.

ИРСОР = $\frac{S_0 - S_t}{S_0 \times t} \times 100\%$, где S_0 – площадь эрозивно-язвенного поражения до начала лечения, S_t – площадь эрозивно-язвенного поражения на день определения, t – длительность лечения(сутки).

На 3-е сутки после начала лечения ИРСОР составил 48,9%, пациент отмечал снижение болезненности эрозий. На 7-е сутки отмечалась эпителизация примерно 80% афт, уменьшилась гиперемия, отечность слизистой оболочки, поверхность афт очистилась от фибринозного налета, ИРСОР = 21,2%. На 14 день слизистая оболочка полости рта полностью эпителизировалась, пациент жалоб не предъявляет, при осмотре слизистая оболочка полости рта чистая, бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Достигнуто выздоровление.

Выводы. Таким образом, эрозивно- язвенные, герпетиформные, петехиальные поражения, а также в отдельных случаях синдром Мелкерссона-Розенталя, буллезно-подобные поражения являются наиболее частыми оральными проявлениями заболевания COVID-19. Пожилой возраст, хронические заболевания и тяжесть заболевания COVID-19, являются наиболее частыми факторами, предсказывающими тяжесть поражений полости рта у данных пациентов. Несоблюдение гигиены полости рта, оппортунистические инфекции, стресс, соматические заболевания (сахарный диабет, иммуносупрессия), травмы, сосудистые нарушения и гипервоспалительная реакция, вторичная по отношению к COVID-19, отягощают клиническую ситуацию поражений полости рта у пациентов с COVID - 19.

В связи с этим выбранная тема исследования, направленная на диагностику, лечение и профилактику поражений в полости рта при новой коронавирусной инфекции, является важной и актуальной.

Список литературы:

1. Хименес-Кауэ Дж., Ортега-Кихано Д., Карретеро-Баррио И. и др. Многоформная эритема высыпаний у пациентов с инфекцией COVID-19: кли-

нические и гистологические данные. Clin Exp Dermatol. 2020. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]

2. Джебеджи Кахраман Ф., Чагкурлу Х. Вовлечение слизистых оболочек у пациента, инфицированного COVID-19: отчет о болезни. Dermatol Ther. 2009; 14 (6): E272-7. [Google Scholar]

3. Tomo S, Miyahara GI, Simonato LE. Мукозит полости рта у пациента, инфицированного SARS-CoV-2: вторичное или действительно связанное состояние? Oral Dis. 2020. [PubMed] [Google Scholar]

4. Сингх С., Тай Дж., Шокират Н. Повреждение кожи и слизистых оболочек у пациентов с диагнозом COVID-19: отчет о болезни. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2020; 47 (5): 435-438. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]

5. Ташлидере Б., Мехметадж Л., Озджан А.Б., Гюлен Б., Ташлидере Н. Синдром Мелкерссона-Розенталя, вызванный COVID-19: отчет о болезни. Am J Emerg Med. 2020. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]

6. Биадси А., Биадси А., Кассем Ф., Даган О., Масарва С., Ормианер З. Обонятельные и оральные проявления COVID-19: симптомы, связанные с полом - потенциальный путь к ранней диагностике. Отоларингол Head Neck Surg. 2020: 163 (4): 722-8. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Ткаченко Т.Б., Фархуллин А.И., Фархуллина А.С.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из задач современной стоматологии является лечение пациентов с минимальным дискомфортом, поэтому местная анестезия играет ключевую роль в оказании качественной стоматологической помощи. Не смотря на то, что 98% всех стоматологических вмешательств требуют выполнения местной анестезии ожидание боли перед введением местных анестетиков у пациента обычно вызывает тревогу и страх [2,3]. По статистике лишь 16 % пациентов не испытывают психоэмоциональное напряжение перед стоматологическим лечением, в то время как около 10% страдают иглофобией [29]. Дискомфорт, который испытывает пациент, а так же риски осложнений во время проведения анестезии остаются проблемой современной стоматологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести обзор отечественной и зарубежной литературы по состоянию проблемы применения альтернативных методов местного обезболивания в стоматологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В последние десятилетия были разработаны альтернативные системы и методы анестезии, направленные на снижение дискомфорта во время процесса обезболивания [17,27]. Новые технологии позволили уменьшить неблагоприятный эффект инфильтрации анестетика без риска повреждения нервов и сосудов.

К альтернативным методам обезболивания в стоматологии относят:

Струйные инъекторы;

Электронная стоматологическая анестезия (ЭСА);

Местная анестезия с компьютерным управлением.

Впервые устройство для струйной инъекции было разработано в 1866 году доктором Beclard. С помощью данного аппарата вещество в виде тончайшей струи под высоким давлением (до 300 атм) поступало в ткани организма. Впервые в стоматологии с помощью безыгольного инъектора "Hyposprey" группа авторов во главе с Margetis P. ввели раствор местного анестетика в 1958 году [23]. В нашей стране первые исследования безыгольного метода анестезии проводились М.М. Трусовым (1960), В.С. Гигаури (1972), Б.А. Азрельян (1973). Полученные авторами положительные результаты, способствовали производству специального безыгольного инъектора (БИ-8) для применения в стоматологии. Зарубежными представителями инъекторов являются Biojector 2000 (Bioject Inc.), Madajet (MADA Medical Products, Inc.), Dermojet (Societe AKRA Dermojet), Vitajet (Vitajet Corp.), Powderject (Powderject Pharmaceuticals Plc), Injex (INJEX Pharma GmbH), Comfort – in (Gamastech) и другие.

Механизм действия инъектора основан на создании давления, достаточного для проникновения раствора анестетика через отверстие прибора [23]. 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 [20,28]. Струйные инъекторы, по данным зарубежной литературы, обеспечивают 96,3%, 83,5%, 100% успешное обезболивание у детей для удаления молочных зубов, эндодонтии, препарировании зубов, соответственно [20]. Кроме того последние исследования показали отсутствие статистически значимой разницы в степени обезболивания задней группы зубов на нижней челюсти при проведении проводниковой анестезии или использования в данной области струйного инъектора [6,10]. К недостаткам относят: использование специальной ампулы для введения препарата, неприятный резкий толчок при инъекции, необходимость специального обучения по проведению безыгольной анестезии. Кроме того, в литературе ряд авторов сообщают о таких недостатках, как кровотечение из

слизистой оболочки, попадание раствора анестетика на слизистую полости рта и дискомфорт после восстановления чувствительности тканей [7,13,14].

Электронная стоматологическая анестезия основана на принципе электрической нервной стимуляции. Данный метод был разработан доктором Шили в 1967 году. Выделяют два основных механизма обезболивания: принцип воротного контроля боли и работа эндогенной опиоидной системы [17]. Во время ЭСА импульсный электрический ток генерируется сетью переменного тока и с помощью электродов доставляется через неповрежденную поверхность кожи для стимуляции поверхностных нервов, что обеспечивает локальное обезболивание [5]. Устройства для электронной дентальной анестезии работают при более низком токе и более высоких частотах [26].

ЭСА обладает следующими преимуществами: неинвазивна, безопасна и может быть использована для обезболивания у пациентов с иглофобией. По сравнению с инъекционной анестезией чувствительность тканей восстанавливается сразу [17]. В литературе приводятся данные о применении ЭСА у детей для герметизации фиссур, лечения кариеса и его осложнений, а так же удаления молочных зубов [4,8,9,20,21]. У взрослых пациентов помимо терапевтических и хирургических процедур, данный метод также успешно применяется для лечения болевого синдрома при дисфункции ВНЧС, невралгии тройничного нерва и постгерпетической невралгии [18,22]. Однако, в нескольких исследованиях при сравнении эффективности инъекционной и электронной стоматологической анестезии авторы пришли к выводу, что ЭСА была менее эффективна [5,15]. Недостатки: применение системы ЭСА противопоказано пациентам с заболеваниями центральной нервной системы, эпилепсией, кардиостимулятором, с острым болевым синдромом и беременным [11,24]. В связи с высокой стоимостью устройства и противопоказаниями к его применению данный метод местной анестезии нечасто применим в отечественной практике.

Метод местной анестезии с компьютерным управлением был разработан в середине 1990 года. Первое устройство Wand (Milestone Scientific, Inc., Ливингстон, Нью-Джерси, США) было представлено в 1997 году [31]. Наиболее широ-

ко известные устройства: Wand (Milestone Scientific, Ливингстон, Нью-Джерси), шприц Comfort Control (CCS; Dentsply, США), QuickSleeper (Dental HiTec, Франция), iCT (Dentium, Сеул, Корея) и Anaeject (Япония). На сегодняшний день устройства оснащены такими компьютерными технологиями, как контроль скорости введения раствора анестетика, динамическое определение давления в тканях, автоматической аспирационной пробы, голосовое сопровождение всех этапов местной анестезии [16]. С помощью данных аппаратов раствор местного анестетика вводится в ткани при установленной скорости и определенном давлении, что обеспечивает менее болезненную доставку препарата, предотвращает эффект разрыва сосудов. Устройства успешно применяют с целью обезболивании при лечении кариеса и его осложнений, а так же удаления зубов у взрослых и детей [27]. Относительные недостатки включают использование иглы и в определенных режимах работы аппарата длительное время введения анестетика (до 4 мин) [16]. Не смотря на то, что устройства компьютеризированной системы доставки анестетика на сегодняшний день является достаточно эффективным методом обезболивания, их широкое применение ограничивается высокой стоимостью.

ВЫВОДЫ

Наиболее распространенный метод обезболивания в стоматологии достигается, как правило, путем введения местного анестетика с помощью инъекции. В связи с высокой степенью беспокойства, которое вызывает эта процедура среди пациентов, в последние годы ведутся активные разработки альтернативных методов. Среди них в зарубежной литературе наиболее распространенными являются: струйные инъекторы, электронная стоматологическая анестезия и системы компьютерного управления местной анестезии. Не смотря на спрос среди пациентов, в настоящее время высокая стоимость и эффективность таких методов в стоматологии, как сообщается, остается ограниченной. Тем не менее, мы считаем необходимым импортозамещение и разработку отечественных аналогов с учетом нюансов зарубежных прототипов, что позволит усовершенство-

вать устройства, снизить их стоимость, а так же способствовать более широкому применению в стоматологической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азрельян Б.А., Гигаури В.С., Смоляров Б.В. Новые аспекты проблемы местной анестезии в стоматологии. Стоматология. - 1973. - № 6. - С. 49-51.
2. Бизяев А.Ф. Иванов С.Ю. Лепилин А.В. Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники.- М.: ГОУ ВУНМЦ М.З. Р.Ф., 2002.- 144с.
3. Рабинович С.А., Зорян Е.В. Сохов С.Т., Стош В.И. От новокаина к артикаину (к 100 летию синтеза новокаина)- М.: ООО Мед. информ. Агенство,2005.- 248 с.
4. Baghdadi Z.D. Evaluation of electronic dental anesthesia in children.- Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology. 1999, v. 88. – P. 418–423.
5. Cho S.Y., Drummond B.K., Anderson M.H., Williams S. Effectiveness of electronic dental anesthesia for restorative care in children. - Pediatr Dent,. 1998, v. 20.- P. 105–111.
6. Corbett I.P., Kanaa M.D., Whitworth J.M., Meechan J.G. Articaine infiltration for anesthesia of mandibular first molars. - J Endod,. 2008, v. 34. – P. 514–518.
7. Dabarakis N.N., Alexander V., Tsirlis A.T., Parissis N.A., Nikolaos M. Needle-less local anesthesia: clinical evaluation of the effectiveness of jet anesthesia Injex in local anesthesia in dentistry. - Quintessence Int,. 2007, v. 38.- P. 572–576.
8. Dhindsa A., Pandit I.K., Srivastav N., Gugnani N. Comparative evaluation of the effectiveness of electronic dental anaesthesia with 2% lignocaine in various minor pediatric dental procedures: a clinical study. - Contemp Clin Dent,. 2011,v. 2.- P. 27–30.
9. Duits E., Goepferd S., Donly K., Pinkham J., Jakobsen J. The effectiveness of electronic dental anesthesia in children.- Pediatr Dent,. 1993, v. 15.- P. 191–193.
10. El-Kholey K.E. Infiltration anesthesia for extraction of the mandibular molars. - J Oral Maxillofac Surg,. 2013, v. 71.- P. 1651– 1655.
11. Eriksson M., Schüller H., Sjölund B. Hazard from transcutaneous nerve stimulation in patients with pacemakers. - Lancet. 1978, v.1.- P. 1319.

12. Friedman M.J., Hochman M.N. A 21st century computerized injection system for local pain control. - Compend Contin Educ Dent,. 1997, v. 18. – P. 1002–1004.
13. Geenen L., Marks L.A.M., Martens L.C. Clinical evaluation of the INJEX® system, a needleless local anesthesia system: a comfort evaluation study. - Med Dent,. 2004, v. 59.- P. 149–155.
14. Hawkins J.M., Moore P.A. Local anesthesia: advances in agents and techniques.- Dent Clin North Am,. 2002, v. 46. – P. 719–732.
15. Kasat V., Gupta A., Ladda R., Kathariya M., Saluja H., Farooqui A.A.. Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) in dentistry - a review.- J Clin Exp Dent,. 2014, v.6. – P.562–568.
16. Koyuturk A.E., Avsar A., Sumer M. Efficacy of dental practitioners in injection techniques: computerized device and traditional syringe. - Quintessence Int. 2009, v. 40.- P. 73–77.
17. Malamed S.F. Handbook of local anesthesia. - CV Mosby., 1997, v. 4. – P. 220-227.
18. Mittal A., Masuria B.L., Bajaj P. Transcutaneous electrical nerve stimulation in treatment of post herpetic neuralgia. - Indian J Dermatol Venereol Leprol,. 1998, v. 64. – P. 45–47.
19. Moore P.A., Hersh E.V., Boynes S.G. Preface update of dental local anaesthesia. - Dent Clin N Am., 2010, v. 54. – P. 13–14.
20. Munshi A.K., Hegde A., Bashir N. Clinical evaluation of the efficacy of anesthesia and patient preference using the needle-less jet syringe in pediatric dental practice. - J Clin Pediatr Dent,. 2001, v. 25.- P. 131–136.
21. Oztas N., Olmez A., Yel B. Clinical evaluation of transcutaneous electronic nerve stimulation for pain control during tooth preparation. - Quintessence Int,. 1997, v. 28.- P. 603–608.
22. Pattipati S., Patil R., Kannan N., Kumar B.P., Shirisharani G., Mohammed R.B. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation induced parotid stimulation on salivary flow. -Contemp Clin Dent,. 2013,v. 4.- P. 427–431.
23. Paul V. Side Effect of the Jet Injector for the Production of Local Anesthesia. Case Western Reserve University. - Anesthesia progress, 1979, v. 2.- P. 241.

24. Quarnstrom F. Electronic dental anesthesia. - Anesth Prog,. 1992, v. 39. - P. 162–177.
25. Ring M.E. The history of local anesthesia. - J Calif Dent Assoc., 2007, v. 35. – P. 275–282.
26. Saxena P., Gupta S.K., Newaskar V., Chandra A. Advances in dental local anesthesia techniques and devices: an update. - Natl J Maxillofac Surg,. 2013, v. 4.- P. 19–24.
27. Sharma S.S., Sharma A.S., Saravanan C. Newer local anaesthetic drugs and delivery systems in dentistry. – J Dent Med Sci., 2012,v.1. - P. 10–16.
28. Shealy C.N., Taslitz N., Mortimer J.T., Becker D.P. Electrical inhibition of pain: experimental evaluation. - Anesth Analg., 1967, v. 46. – P. 299–305.
29. Szmuk P., Szmuk E., Ezri T. Use of needle-free injection systems to alleviate needle phobia and pain at injection. - Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res., 2005, v. 5. – P. 467–477.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ КРУПНОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА И ГРУПП СРАВНЕНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Курбанов О.Р., Ахмедова С.К., Алимирзоев Ф.А, Салимханов А.Э., Курбанов З.О., Абдуллатипов Г.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

Одной из основных задач органов здравоохранения является забота об улучшении здоровья детского населения. В этой связи развитие и совершенствование стоматологической помощи детям, в том числе и ортодонтической, является одной из актуальных проблем. Но пока методы работы и качество лечебного процесса отстают от поставленных задач. Это в основном связано с тем, что в последние годы появляется много осложненных форм аномалий зубочелюстной системы, что заставляет стоматологические службы переносить центр тяжести работы в основном на профилактику стоматологических заболеваний. [2,3,4,5,6]

В настоящее время имеется достаточное количество научных работ по ортодонтии, но до сих пор недостаточно изучены вопросы эффективности оказания ортодонтической помощи детскому населению дошкольного и школьного возраста. [1,7,8,9,10]

Зубочелюстная система человека являет собой часть организма, динамически [6,8,3] изменяющегося под воздействием самых различных причин. От аномалий развития зависит не только здоровье, но и социальная адаптация человека. При анализе эпидемиологических данных о распространенности патологии развития ЗЧС на территории России и за рубежом выявлены тенденции к дальнейшему росту числа зубочелюстных аномалий [8,9,10]. Однако, до настоящего времени они недостаточно изучены на территории и особенно среди детского населения.

Эти вопросы диктуют необходимость проведения специального научного исследования, результаты которого помогли бы изыскать наиболее эффектив-

ные организационные формы работы врачей-ортодонтов последние годы социально-экономических факторов [14,15].

В связи с этим возникает необходимость в проведении более углубленного изучения данной проблемы в различных возрастных группах (от 7до 19 лет), способов лечения, выявления причин отказа пациентов от посещения врача- ортодонта и соответственно своевременного лечения.

С учетом вышеизложенного, проблема оказания ортодонтической помощи детям и подросткам, имеющим зубочелюстные аномалии, остается актуальной.

Цель исследования. Выявить распространенность зубочелюстных аномалий у школьников мегаполиса и определить с помощью индекса DAI нуждаемость их в лечении.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели были разработаны план и программа исследования. Решение задач исследования потребовало разработки специальных методических подходов, сбора и анализа необходимого статистического материала. Комплекс методических приемов базировался на принципах системного подхода к изучению актуальных медико-социальных проблем, в частности оценке уровня организации и качества ортодонтической стоматологической помощи детскому населению.

Методическая сущность данного исследования заключалась в интеграции организационных, клинических, статистических и других методов исследования, используемых для решения поставленных задач.

В основе этого лежала разработка взаимосвязанных источников сбора первичной информации - клинического осмотра, анкетирования, анализа статистических данных, позволяющих дать объективную оценку состоянию организации ортодонтической помощи в условиях крупного Республиканского центра (г. Махачкала) и группы сравнения наметить пути ее совершенствования.

План исследования предусматривал организационные аспекты подготовки проведения исследования: обеспечение необходимыми регистрационными документами (картами, анкетами), статистическими материалами.

Программа включала ведущие направления исследования и перечень ре-

зультативных и факториальных признаков, подлежащих

Объектами исследования являлись: дети и подростки от 7 до 19 лет проживающих в г.Махачкале и групп сравнения; данные полученные при эпидемиологических обследованиях.

Эпидемиологические исследования, проведенные среди школ г.Махачкалы и группе сравнения были проведены в 2017г. по методике ЦНИИС (А.И. Рыбаков. 1964). В целях изучения частоты ЗЧА среди школьников г.Махачкалы и групп сравнения (сельское население) было проведено эпидемиологическое обследование в школах по методике ЦНИИС. Общее число обследованных в возрасте от 7 до 16-19 лет включительно составило 380 человек.

В целях уточнения необходимости ортодонтического лечения в связи со сложностью ЗЧА пациентам в возрасте от 12 до 16-19 лет, имеющих ЗЧА, был проведен расчет с помощью эстетического индекса DAI. Так, как в настоящее время большое внимание уделяется эстетике лица, качеству жизни, то использование эстетического индекса может быть актуально для выяснения необходимости и вида ортодонтического лечения.

Для характеристики эстетического индекса учитывали количество отсутствующих постоянных резцов, клыков, премоляров на верхней и нижней челюстях, оценивали скученное положение зубов во фронтальных отделах верхней и нижней челюстей, промежутки в резцовых сегментах (диастема, тремы), наибольшее отклонение переднего отдела верхней и нижней челюстей.

Сбор данных согласно критериям стоматологического эстетического индекса позволил проанализировать каждый из его компонентов и сгруппировать их по аномалиям зубных рядов и прикуса. Уровни нарушения прикуса были классифицированы согласно шкале эстетического индекса.

Из общего количества обследованных были отобраны 554 школьника в возрасте от 12 до 19 лет г.Махачкала и групп сравнения (сельское население). Именно у этой группы детского населения было проведено исследование с помощью индекса DAI.

Для определения распространенности зубочелюстных аномалий, как было

показано выше, было проведено эпидемиологическое обследование детей и подростков г.Махачкалы и групп сравнения (сельское население), в возрасте от 7 до 16-19 лет по методике ЦНИИС (Рыбаков А.И., 1964). Зубочелюстные аномалии учитывались в «Карте осмотра полости рта» в соответствии с классификацией Калвелиса.

Сбор данных согласно критериям стоматологического эстетического индекса DAI позволил проанализировать каждый из компонентов индекса и сгруппировать их по аномалиям зубных рядов и прикуса. Уровни нарушения прикуса были классифицированы согласно шкале эстетического индекса.

Результаты собственных исследований. Наиболее точные данные о распространенности аномалий зубочелюстной системы в различных группах населения могут быть получены только по результатам эпидемиологического обследования. Подобная методика изучения данной патологии широко распространена во всех странах мира.

Показатели распространенности аномалий зубочелюстной системы среди школьников г.Махачкалы выявленные по результатам эпидемиологического обследования

В целях изучения частоты данной патологии среди школьников крупного Республиканского центра и групп сравнения (сельское население) нами проведено в 2017 г. сплошное эпидемиологическое обследование в ряде школ г.Махачкалы и Карабудахкентского района. Численность и возрастной состав обследованных отражены в табл. 1. Общее число обследованных в возрасте от 7 до 16-19 лет составило 866 человек, среди которых 520 человек (60,0%) составили городские жители, т.е. родившиеся в г.Махачкале и 346 (40%) - сельское. В целом полученный материал отличается высокой репрезентативностью, поскольку во всех возрастных группах представлено вполне представительное число учащихся. Отдельные погрешности выборки устранялись методом прямой стандартизации (А.И. Рыбаков, Г.В. Базиян).

Таблица 1

Численность и возрастной состав обследованных школьников

г.Махачкала (абс. и в %)

Возраст, лет	Г ородские		Сельские		Всего	
	абс.	в%	абс.	в%	абс.	в%
7	35	66,0	18	34,0	53	6,1
8	35	55,6	28	44,4	63	7,3
9	52	63,4	30	36,6	82	9,5
10	43	56,6	33	43,4	76	8,8
11	37	61,7	23	38,3	60	6,9
12	45	52,9	40	47,1	85	9,8
13	56	56,0	44	44,0	100	11,5
14	49	66,2	25	33,8	74	8,6
15	68	58,6	48	41,4	116	13,4
16-19	100	63,7	57	36,3	157	18,1
Итого	**520**	**60,0**	**346**	**40,0**	**866**	**100,0**

Поскольку школьники проживающие в сельской местности составляют в настоящее время почти половину от общего числа учащихся, проживающих в г.Махачкале нами проведен раздельный анализ распространенности аномалий зубочелюстной системы среди городских и сельских (групп сравнения) школьников столицы (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительные данные распространенности аномалий зубочелюстной системы среди местных и приезжих школьников г.Махачкалы (группа сравнения) (в % к числу обследованных ;M±m).

Возраст, лет	**Городские**	**Сельские**
7	71,43 ±7,63	77,78 ± 9,79
8	68,57 ±7,84	75,00 ±8,1$
9	69,23 ± 3,68	66,67 ±8,61
ю	76,74 ± 6,44	54,55 ± 8,66
И	59,46 ± 8,07	78,26 ±8,60
12	66,67 ± 7,02	62,50 ±7,65
13	55,36 ±6,64	45,45 ±7,50
14	61,22 ±6,96	68,00 ±9,32
15	64,71 ±5,79	68,75 ± 6,69
16-19	57,00 ± 4,95	60,00 ± 9,79
Всего(стандарт, п-тели).	**65,04 ± 2,09**	**65,70 ± 2,55**

Как установлено, частота ЗЧА практически одинакова как в группах местных, так и приезжих школьников столицы, достигая в среднем 65,0- 65,7%. По сравнению с данными, полученными Х. А. Каламкаровым (1975), распро-

страненность ЗЧА у школьников г.Махачкала возросла более чем на 10%. Это указывает на увеличение размеров патологии за последние годы, что необходимо обязательно учитывать при планировании и организации ортодонтической помощи детскому населению. Согласно полученным данным, наиболее высокие пики распространенности ЗЧА наблюдаются в старших возрастных группах обследованных школьников.

Важное значение для планирования ортодонтической помощи имеет выяснение структуры аномалий зубочелюстной системы. Данные, характеризующие эти показатели, выявленные среди школьников г.Махачкалы, отражены в табл.3. Тяжесть выявленной патологии объясняется тем, что аномалии прикуса, причем такие наиболее тяжелые из них как дистальная, мезиальная окклюзия и другие практически в два раза чаще встречаются (45,76±2,18%), чем аномалии отдельных зубов (поворот их вокруг оси, расположение вне дуги) - 19,28±1,73%.

Таблица 3

Структура аномалий зубочелюстной системы среди городских школьников г.Махачкалы (в % к числу обследованных: M±т)

Возраст, лет	Распространенность (в %)	
	Аномалий зубов	Аномалий прикуса
7	11,43 ±5,37	60,00 ± 8,28
8	14,29 ±5,91	54,29 ± 8,42
9	25,00 ±6,00	44,23 ± 6,88
10	18,60 ±5,93	58,14 ±7,52
11	16,22 ±6,06	43,24 ±8.14
12	15,56 ±5,40	51,11 ±7,45
13	21,43 ±5,48	33,93 ±6,32
14	18,37 ±5,53	42,86 ±7,06
15	30,88 ±5,60	33,82 ±5,73
16-19	21,00 ±4,07	36,00 ±4,80
Всего (стандарт, п-тели)	19,28 ± 1,73	45,76 ±2,18

Аналогичные закономерности выявлены и при оценке этих показателей среди сельских школьников (групп сравнения) (табл.4) Частота аномалий прикуса (40,03±2,63%) оказалась более чем в полтора раза выше, чем аномалий от-

дельных зубов (24,93±2,33%).

Таблица 4

Структура аномалий зубочелюстной системы среди сельских школьников (в % к числу обследованных)

Возраст, лет	Распространенность (в %)	
	Аномалий зубов	Аномалий прикуса
7	33,33 ± 11,11	44,44 ± 11,11
8	39,29 ± 9,22	3 7,71 ±9,65
9	30,00 ± 8,36	36,67 ±8,79
10	18,18 ±6,71	36,36 ±8,37
11	21,74 ±8,60	56,52 ± 10,33
12	30,00 ± 7,24	32,50 ±7,40
13	22,73 ±6,31	22,72 ±6,30
14	8,00 ± 5,42	60,00 ±9,79
15	25,00 ± 6,24	43,75 ±7,16
16-19	20,15 ±5,40	31,58±6,15
Всего (стандарт, показатели)	23,81±3,33	40,03 ±2,63

Полученные данные убеждают в серьезном увеличении тяжести выявленной патологии среди современного детского населения школьного возраста. Это, в свою очередь, диктует необходимость повышения объема и качества оказываемой ортодонтической помощи данному контигенту населения.

Таким образом результатами эпидемиологического обследования, проведенного среди детей и подростков г.Махачкалы, распространенность аномалий зубочелюстной системы составляет 65,0-65,8%. По данным эстетического индекса DAI их частота достигает 70,8%. В их структуре сужение зубных рядов составляет 27,1%, дистальная окклюзия -19,7%, глубокая резцовая окклюзия - 19,7%, мезиальная окклюзия - 2,7%, вертикальная дизокклюзия - 2,2%, перекрестная окклюзия-1,3 %.

На основании результатов оценки шкалы эстетического индекса DAI определена степень нуждаемости детей в ортодонтической помощи. В среднем на всех обследованных в обязательном ортодонтическом лечении, согласно этому расчету, нуждаются 7,8% обследованных школьников, настоятельно рекомен-

довано оно 19,0%, избирательно показано - 15,0%, не требуется или небольшая потребность в минимальном лечении имеется у 58,0% обследованных. Из общего числа нуждающихся в ортодонтической помощи школьников, на лечении находятся всего 44,2%.

Вывод. Полученные данные убеждают в серьезном увеличении тяжести выявленной патологии среди современного детского населения школьного возраста. Это, в свою очередь, диктует необходимость повышения объема и качества оказываемой ортодонтической помощи данному контингенту населения.

Список литературы.

1. Акодис З.М. Организация ортодонтической помощи в условиях района большого города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1973.-23 с.
2. Алимский А.В., Чикорин А.К. Частота аномалий зубочелюстной системы среди детского населения различных климатогеографических зон Туркменской ССР. // Экспериментальная стоматология. - М., 1977. - Т.7. -С.113-117.
3. Алираев У.А. Частота зубочелюстных аномалий у детей дошкольного возраста города Фрунзе. // Сборник научных работ. - Киргизский мед. институт, 1971. - Т.72. - С.40-41.
4. Андрожанов Ф.К., Маннанова Ф.Ф. Состояние зубочелюстной системы у детей раннего возраста, проживающих в условиях промышленного города. // Казан. Мед. журн. - 1981. - Т.62. - №1. - С.53.
5. Ахмедов А.А., Гусейнов Е.Г., Аскеров С.Б. Частота зубочелюстных аномалий у детей, находящихся на искусственном вскармливании. *И* Стоматология. - 1986. - Т65. - №1. - С.79-81.
6. Аюпова Ф.С., Ажмегова О.А. Зубочелюстные аномалии при различной степени скученности зубов // Современные вопросы стоматологии. - Ижевск, 2000. - С.268-270.
7. Гуненкова И.В. Организационные принципы оказания ортодонтической помощи подросткам и взрослым // Стоматология. - 2004. - №3. - С.58-60.
8. Гуненкова И.В., Пехов А.Ю., Новикова Т.Н., Антипова Н.В., Смолина Е.С.

Методы первичной профилактики зубочелюстных аномалий применяемые в лечебно-профилактических учреждениях РФ// Стоматология. - М., - 2005. - №4. - С. 47-50.

9. Гуненкова И.В., Пехов А.Ю., Серегина С.Ю., Пехова Н.Н. Социологическое исследование. Мнение пациентов об ортодонтическом лечении // Ортодонтия. - 2003. - №1. - С.39-41.
10. Гуненкова И.В., Смолина Е.С. Современный подход к определению нуждаемости детей и подростков в ортодонтическом лечении.// Стоматолог-практик. - М., - 2007. - №1. - С.32-35.
11. Дашова Т.Г. Распространенность аномалий зубочелюстной системы среди детей г. Ижевска. // Тез.докл,- Ижевск, 1978. - С.85-87.
12. Лепихин В.П. Профилактика и лечение деформаций зубных рядов у детей: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Казань, 1985. - 24 с.
13. Малыгин Ю.М. Планирование объема, срока и стоимости ортодонтического лечения в зависимости от степени его трудности // Достижения в стоматологии и пути совершенствования последипломного стоматологического образования. - М., 2001.-С. 75-79.
14. Кузьмина Э.М. Профилактика: сегодня и завтра // Достижения и перспективы стоматологии: Тез. докл. - М., 2000. - С. 179-182.
15. Курбанов А.Ю. Частота распространенности зубочелюстных аномалий среди детей Ашхабада // Здравоохр. Туркменистана. - 1982. - № 2. - С. 10- 12

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА

Акавов А.Н., Курбанов З.О., Курбанов О.Р., Будайчиев Г.М-А., Алиева А.О., Бигаева У.С., Омарова А.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

За последние годы в Российской Федерации, как и во всех развитых странах мира, происходит естественный процесс постарения населения, связанный со многими факторами в том числе с урбанизацией [3,10]. Этому также способствует прогресс науки и здравоохранения, позволяющий осуществлять борьбу с тяжелыми соматическими заболеваниями, приводящими к преждевременному старению и смерти людей. В результате только за последние годы в Российской Федерации доля лиц пожилого и старческого возраста превысила 40% [1, 2, 3]. Все это выдвигает на передний план проблему нормального жизнеобеспечения указанной категории лиц, совершенствования всех видов их медицинского и в том числе стоматологического обеспечения [2].

Как известно, важнейшим залогом сохранения здоровья любых групп населения и прежде всего лиц пожилого и старческого возраста является сохранение или восстановление их жевательного аппарата, обеспечивающего хорошее пережевывание пищи и, отсюда нормальное функционирование всей пищеварительной системы [7, 8, И, 12]. Это, в свою очередь, является профилактикой серьезных соматических заболеваний и прежде всего заболеваний кишечно-желудочного тракта.

В связи с этим совершенствование стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста - важнейшая задача, которая стоит сегодня перед стоматологической службой (А.В.Алимский, 2010).

Для ее успешного решения необходимо прежде всего провести изучение обращаемости по данным социологических исследований и уровня пораженности кариесом зубов лиц пожилого и старческого возраста - основной стоматологической патологии, приводящей к потере зубов.

Одновременно с этим должна быть оценена структура индексов КПУ и выявлены абсолютные величины и удельные веса среди них осложнений кариеса зубов, подлежащих удалению, а также удаленных зубов [6].

На основании анализа всего комплекса полученных данных может быть выявлена потребность лиц пожилого и старческого возраста в стоматологической помощи [4, 5].

Существенное значение при этом имеет оценка качества ранее оказанной ортопедической стоматологической помощи и сроки пользования лицами пожилого и старческого возраста зубными протезами различных конструкций [9].

Изучение распространенности и интенсивности наиболее массовых стоматологических заболеваний позволяет определить уровень этих болезней, характерных для региона, оценить проводимые лечебнопрофилактические мероприятия. Кроме того, данные, полученные в результате изучения распространенности интенсивности основных стоматологических заболеваний, являются основой для текущего и перспективного планирования стоматологической помощи декретированному контингенту лиц пожилого и старческого возраста Республики Дагестан [6].

Всесторонний анализ позволяет ответить на широкий круг вопросов, отметить некоторые стороны патогенеза, медико-географического аспекта распространенности и интенсивности и т.д. Каждый из перечисленных вопросов представляет собой самостоятельный интерес и требует индивидуального подхода и глубокого изучения.

В связи с этим, рациональное планирование лечебно-профилактических мероприятий может быть осуществлено на основе тщательного анализа распространенности, интенсивности и структуры заболеваемости. Данные заболеваемости служат основой для проведения расчетов числа врачей, необходимых для ликвидации выявленной патологии, позволяют совершенствовать способы проведения планово-профилактических мероприятий.

Изучение заболеваемости представляет трудоемкую задачу, успешное выполнение которой предопределяется четкой формулировкой целей и составле-

нием тщательно продуманного плана исследования.

Цель исследования - изучение распространенности, интенсивности и динамики развития основных стоматологических заболеваний пожилого и старческого населения.

Материал и методы. В соответствии с целью и программой исследования в течение 2010-2012 гг. проведено эпидемиологическое обследование среди лиц пожилого и старческого возраста Республики Дагестан.

В ходе исследования была изучена возрастно-половая структура обследованных.

Основным объектом исследования (359) явились лица пожилого и старческого возраста (55-74 и 90 лет и старше).

В целях изучения динамики пораженности кариесом и структуры КПУ обследованы также лица в возрасте 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 лет. Всего эпидемиологическому обследованию было подвергнуто пациентов в количестве 600 человек.

По полу, возрасту обследованные распределялись следующим образом (Табл.1).

Таблица 1

Численность и возрастная структура обследованных лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей Республики Дагестан (абс. и в % итоги)

Возраст в годах	Число обследованных	
	абс.	%
55-74	144	37,30
75-89	170	44,04
более 90 лет	72	18,65
Всего	386	100,0

Наибольшую долю среди обследованных составили лица в возрасте 75- 89 лет, поэтому, как отмечалось ранее (А.В.Алимский, 2000), данный возраст следует рассматривать в качестве возрастной группы среди лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей.

Возрастные группы представлены не менее 70 человек в каждой возраст-

ной группе.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов клинического обследования органов полости рта населения пожилого (55-74 года), старческого (75-89 лет) возраста и долгожителей (90 лет и более) свидетельствует о высокой распространенности кариеса зубов среди обследованного контингента населения, которая составляет 100% (табл.2).

Таблица 2

Распространенность кариеса и его осложнений среди лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей Республики Дагестан

Возраст (в годах)	Число обследованных	Распространенность кариеса зубов в %	Интенсивность кариеса в среднем на 1
55-74	144	100,0	23,21
75-89	170	100,0	25,62
более 90 лет	72	100,0	27,49
Всего:	386	100,0	25,44

Стоматологическую заболеваемость наиболее ярко характеризует показатель интенсивности кариеса (КПУ) отражающий число кариозных зубов, подлежащих лечению (К), число пломбированных (П) и удаленных зубов (У), приходящихся на одного обследованного. Результаты нашего исследования показали, что средняя интенсивность поражения 25,44 в расчете на одного обследованного (табл.2). Она неуклонно нарастает с возрастом: с 23,2 в 55-74 лет до 27,49 - более 90 лет.

При сравнительном анализе значений индекса «КПУ» зубов среди лиц пожилого, старческого и долгожителей отмечается статистически достоверные различия ($t > 2$) между представленными возрастными группами.

В связи с этим существенный интерес представило изучение структуры поражения кариесом зубов, представленной в таблице 3.

Таблица 3

Структура составляющих элементов КПУ у лиц пожилого и старческого

возраста, а также долгожителей Республики Дагестан

(в % к величинам КПУ)

Возраст (в годах)	К	Р	Х	П	У	КПУ
55-74	3,01	0,81	1,02	4,01	91,14	100,0
75-78	1,93	0,31	0,39	2,01	95,11	100,0
Более 90 лет	0,73	0,12	0,68	0,41	98,01	100,0

Данные таблицы 3 показывают, что в структуре индекса «КПУ» ведущее место занимают удаленные и подлежащие к удалению зубы. Именно они определяют величину имеющейся и предстоящей потери зубов у населения, что в сумме характеризует степень инвалидизации жевательного аппарата.

Как установлено, наибольший удельный вес в структуре элементов «КПУ» занимают удаленные зубы, которые составляют 94,75%, возрастая с 91,41% в возрастной группе 55-74 лет до 98,01% - в возрастной группе более 90 лет.

При сравнительном анализе значений индекса «КПУ» зубов среди трех возрастных групп отмечаются статистические достоверные различия ($t > 2$) между каждой из них.

Таким образом, как видно из данных табл.3, в основном у лиц пожилого, старческого возраста, а также долгожителей структура «КПУ» представлена удаленными зубами. Вместе с зубами, подлежащими удалению (элемент «Х»), они составили в среднем более 95,44%.

Из сказанного следует, что с возрастом у пожилых людей резко уменьшается потребность в лечении кариеса зубов и его осложнений.

Анализ других элементов показателей «КПУ» указывает на их невысокий удельный вес и в целом небольшую значимость у престарелых. Так, кариозные зубы, подлежащие лечению (элемент «К»), составили в среднем на всех обследованных 1,9%, сокращаясь с 3% в возрастной группе 55-74 до 1,9% в группе более 90 лет.

Что касается запломбированных зубов, хотелось бы отметить невысокий удельный вес в структуре «КПУ» запломбированных зубов. Причем она сокращается в несколько раз по мере увеличения возраста обследованных по-

жилых людей. Так, если в возрастной группе 55-74 года она составляла 4% от величины «КПУ», то у лиц более 90 лет сократилась до 0,4%. В среднем на всех обследованных лиц пожилого и старческого возраста доля запломбированных зубов в структуре «КПУ» не превышает 2,1%.

Полученные данные не только дают четкое представление о размерах пораженности кариесом зубов лиц пожилого и старческого возраста, но и ее структуре, что имеет большое значение в совершенствование оказания ортопедической стоматологической помощи. Основываясь на них, можно легко рассчитать объем нуждаемости обследованных в различных видах стоматологической помощи и, в том числе терапевтической, хирургической и ортопедической.

Выводы. Таким образом, анализируя данные изучения заболеваемости пожилого населения Республики Дагестан, можно сделать следующие выводы:

1. Интенсивность кариеса по индексу «КПУ» увеличивается с возрастом.
2. Между возрастными группами 55-74 и более 90 лет отмечается невысокая нуждаемость в терапевтической помощи.
3. У лиц пожилого и старческого возраста отмечается невысокий удельный вес в структуре «КПУ» запломбированных зубов, причем их доля постоянно сокращается, а также отмечается отрицательная динамика по мере увеличения возраста обследованных.
4. У лиц пожилого и старческого возраста структура «КПУ» представлена удаленными зубами. Причем с возрастом их удельный вес постоянно нарастает.

Список литературы

1. Алимский А.В. Изучение показателей стоматологической заболеваемости среди взрослого коренного населения //Проблемы совершенствования стоматологической помощи населению. - Алма-Ата, - 1986. - С. 3-6.
2. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста //Стоматология для всех. - 2006. -№ 2. - С.46-49.
3. 41. Боровский Е.В., Пак А.Н. Стоматологический статус лиц пожилого и стар-

ческого возраста в разных регионах //Стоматология. - 1999. - № 4. - С.78-80.

4. Зуева О.А. Особенности оказания стоматологической помощи лицам пожилого и преклонного возраста. Автореф.дис. ... канд. мед. наук. - Екатеринбург. - 2006. - 21 с.
5. Козырева И.И. Стоматологическая заболеваемость и потребность в ортопедической помощи лиц пожилого возраста Краснодарского края. Автореф.дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар. - 1999. - 19 с.
6. Курбанов О.Р. Функционирование и методы развития регионального рынка стоматологических услуг (на примере Республики Дагестан). Автореф. дис. ... док-ра мед. наук. - М. - 2009. - 54 с.
7. Луцкая И.К. Характеристика анамнеза и клинического статуса здоровых людей старших возрастных групп. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Киев. - 1979. - 18 с.
8. Луцкая И.К. Потребность в стоматологической помощи лиц старших возрастных групп. //Стоматология. - 2009. - № 4. - С.62-64.
9. Рашковский Е.В. Изучение нуждаемости в ортопедической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах. Автореф.дис. ... канд. мед. наук. М.— 2009. - 26 с.

10. Albers J.H. Vestehen und beitrenen der Alters Kunde fiir die alters zahnheilkunde (1)// Qnint. Fearm-Z. -2009. -№4. - S. 173-180.

11. Banting D.W. Epidemialogy of root caries. // Gerodontology. - 1996. -Vol. 5. №1.-P. 5-11.

12. Beck J. The epidemiology of root Surface caries // Journal Dent. Res. - 1999. - Vol. 69. №1,-P.1216-1221.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОРАЖЕННОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Хасаева М.И., Курбанов О.Р., Курбанов З.О., Ахмедова С.К., Будайчиев Г.М-А., Будайчиева М.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

Кариес зубов и его осложнения - один из самых распространенных видов стоматологической заболеваемости на всем земном шаре [1-10].

Оптимальная организация и перспективное планирование стоматологического обслуживания населения складывается на первоначальном изучении исходного показателя заболеваемости кариесом в каждом определенном регионе [3].

Многочисленные исследования географии кариеса, обобщенные в литературе, дают четкое представление о его распространенности и интенсивности в различных районах страны. Эти материалы служат целям текущего и перспективного планирования сети и кадров стоматологических учреждений.

По данным анализа интенсивных показателей поражения зубов кариесом можно судить о зависимости заболеваемости от пола, возраста, места проживания и т.п. Следует тщательно анализировать структуру КПУ (число кариозных, пломбированных и удаленных зубов), которая подвержена колебаниям в зависимости от региона, пола, возраста, постановки лечебнопрофилактической работы [1; 3; 5; 9].

Доказано, что распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в различных регионах имеют зависимость от концентрации фтора в питьевой воде, климатогеографических условий, социальных факторов и др. [4; 8].

Распространенность кариеса среди населения Чеченской Республики недостаточно изучена. Большинство работ посвящено изучению поражаемости кариесом различных групп населения и некоторых сельских районов республики.

Эпидемиологии кариеса у населения Чеченской республики, в том числе и у детского контингента, посвящено малое число исследований. При этом необходимо отметить, что исследования только четырех авторов [6] посвящены состоянию зубов и полости рта у детского населения Чеченской Республики (до 1991 г. - Чечено-Ингушская Автономная Республика). Со временем исследования вышеперечисленными авторами прошло больше 35 лет. За этот период под влиянием огромных социальных и политических преобразований, происшедших в Чеченской Республике, произошли существенные изменения в здравоохранении.

В доступной нам литературе мы обнаружили лишь единичные сведения об изучении стоматологической заболеваемости Чеченской Республики [4; 11]. Однако сведения, полученные указанными авторами, не дают возможности получить полной картины стоматологического статуса населения Чечни.

Это обстоятельство побудило нас провести исследование, задачей которого являлось: определение пораженности кариесом зубов населения в возрасте от 15 до 60 лет и старше, проживающего в городах Грозном, Гудермесе и Аргуне.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено по материалам, полученным в процессе обследования полости рта 600 лиц в возрасте от 20 до 60 лет, родившихся и постоянно проживающих в различных городах Чеченской Республики. При сборе материала использовалась разработанная авторами карта для систематического наблюдения за полостью рта, в которой указывали зубы, пораженные кариесом, запломбированные, имеющие показания к удалению и удаленные по поводу осложнений кариеса.

Оценку состояния зубов проводили при помощи показателей распространенности (в процентах) и интенсивности кариеса в виде индекса КПУ. Во всех возрастных группах определяли и структуру КПУ - составляющие элементы показателя интенсивности кариеса зубов, т.е. среднее число кариозных, пломбированных, удаленных и подлежащих удалению зубов на 1 обследованного. Кроме того, вычисляли среднее арифметическое этих показателей.

Содержание фтора в питьевой воде определяли в Республиканской СЭС потенциометрическим методом по методике Государственного стандарта «Вода питьевая» (ГОСТ 4386-81).

Результаты исследования и их обсуждения. Результаты статистического анализа распространенности кариеса и его осложнений приведен в таблице 1.

Как свидетельствуют данные, приведенные в таблице 1, распространенность кариеса среди городского населения Чеченской Республики довольно высокая. Уже в возрасте 20-29 лет она достигает 94,44%, увеличиваясь с возрастом, достигая в старших возрастных группах 100,0%.

Таблица 1

Показатели распространенности кариеса зубов среди взрослого городского коренного населения, родившегося и постоянно проживающего в различных городах Чеченской Республики (в % к числу обследованных)

Возраст в годах	Место обследования		
	г. Грозный	г. Аргун	г. Гудермес
20-29	97,9 ±1,18	93,09±l,80	92,32±1,69
30-39	99,91±1,21	98,l±l,01	95,08+1,29
40-49	96,69±3,32	99,2±0,79	96,01+1,59
50-59	93,8±4,37	98,1±1,68	98,15±1,18
60 и ст.	100,0	100,0	100,0
Всего:	98,55±0,81	97,99±0,58	97,3±0,71

Следует отметить, что распространенность стоматологических заболеваний в обследованных городах неодинакова - несколько ниже в г. Гудермесе Чеченской Республики. Полученные результаты можно в значительной степени объяснить различным содержанием фтора в питьевой воде обследуемых городов. Так, в разных источниках концентрация фтора составляет 0,40 мл/дм^3 и в г. Гудермесе - 0,45 мл/дм^3.

Таким образом, содержание фтора в питьевой воде г. Грозного, хотя и недостаточное, но намного превышает содержание такового и других городах проведения обследования населения.

Обнаружено, что повсеместно средние стандартизованные показатели оказались практически идентичными (97,4- 98,5%). Столь же и высокий уровень распространенности кариеса зубов имеет место и в каждой отдельно взятой

возрастной группе, достигая в некоторых из них (50-59 и 60 лет и старше) - 100%.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что, несмотря на более высокое содержание фтора в питьевой воде г. Грозного, распространенность кариеса зубов у коренных его жителей оказалась на таком невысоком уровне, как и в других городах с недостаточным содержанием фтора в питьевой воде. По-видимому, на этот показатель оказывают свое влияние не только кариес, но заболевания пародонта, что подтверждается данными.

Характерно также отсутствие достоверных различий в распространенности кариеса зубов у жителей изученных городов республики. Это указывает на возможность в последующем ориентироваться на общие для всего городского коренного населения показатели, включая определенные степени потребности его в ортопедической стоматологической помощи.

Высокая распространенность кариеса сопровождается и относительно высокой интенсивностью поражения им (табл. 2).

Таблица 2

Показатели интенсивности стоматологических заболеваний (индекс КПУ) среди взрослого городского населения Чеченской Республики

Возраст в годах	**Место обследования**		
	г. Грозный	**г. Аргун**	**г. Гудермес**
20-29	2,99±0,03	2,52±0,05	1,67±0,5
30-39	6,1 ±0,07	5,91 ±0,06	4,83±0,05
40-49	7,92±0,01	7,92±0,05	7,91 ±0,05
50-59	10,98±0,08	10,91 ±0,08	10,38±0,06
60 и старше	15,01 ±0,07	14,18±0,05	14,01 ±0,05

Данные таблицы 2 свидетельствует, что частота кариеса зубов по классификации ВОЗ - умеренная и колеблется от 1,68 пораженных зубов на одного обследованного в г. Гудермесе в возрасте 20-29 лет, до 15,0 в старших возрастных группах г. Грозного. Обращает на себя внимание более низкая интенсивность процесса в г. Гудермесе, что также можно объяснить более высоким содержанием фтора в питьевой воды указанного района. Индекс КПУ тесно свя-

зан с возрастом и наделен стойкой тенденцией к увеличению. В связи с этим различие в величине КПУ в более молодом возрасте Р.>0,05 нивелируется в старших возрастных группах /Р> 0,05/.

Заключение. Таким образом, проведенные стоматологические обследования среди городского населения Чеченской Республики, проживающего в одинаковых природно- климатических условиях, позволяют нам отметить, что потребность в лечебно-профилактической помощи по основным стоматологическим заболеваниям таким, как кариес зубов, довольно высокая. Незначительное количество запломбированных зубов, большой удельный вес удаленных зубов в интенсивном показателе кариеса (КПУ) свидетельствует о неудовлетворительном состоянии стоматологической помощи населению по всех обследованных городах республики. Вместо того, чтобы лечить подвижные зубы, население предпочитает удалять их. Все это требует принятия безотлагательных мер по улучшению стоматологической помощи населению в обследованных городах республики.

Список литературы

1. Алимский А.В. Изучение показателей стоматологической заболеваемости среди взрослого коренного населения. Проблемы совершенствования стоматологической помощи населению. Алма-Ата, 1986. С. 3-6.
2. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста *II* Стоматология для всех. 2006. N2. С. 46-49.
3. Базиян Г.В., Новгородцев Г.А. Основы научного планирования стоматологической помощи. М., 1968. 24 с.
4. Боровский Е.В. Обследование состояния пародонта. М., 1985. 36 с.
5. Боровский Е.В., Пак А.Н. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста в разных регионах *II* Стоматология. 1999. N4. С. 78- 80.
6. Галютин А.М., Курумов З.О., Магомадова З.У., Альтемиров Х.А., Горлов А.А. Об организации плановой стоматологической помощи организованной детскому населению *II* Материалы республиканской научно-практической конферен-

ции. Махачкала, 2016.102 с.
7. Леус П.А. Коммунальная стоматология. Брест, 2009. 102 с.
8. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний, пути их профилактики. М., 1983. 98 с.
9. Brunelle J.R., Carlos J.P. The dental population morbidity in Russia // J. dent. Res. 1982. Iss. 61. P. 1346-1351.
10. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century. The approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent. Oral. Epidemiol. 2003. Iss. 31. P. 3- 24.
11. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. М., 1999.180 с

ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У НАСЕЛЕНИЯ ТРЕХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОН РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Акавов А.Н., Курбанов О. Р., Курбанов З.О., Будайчиева М.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанская государственный медицинский университет» МЗ РФ,

Кафедра стоматологии детского возраста

Высокая распространенность кариеса зубов является наиболее важной проблемой стоматологии, ее актуальность подтверждается данными о массовости поражения во всех возрастных группах населения (Боровский Е.В., Максимовский Ю.М., 1993; Кузьмина Э.М., 1999; Леонтьев В.К., 2002; Кузнецова И.В., 2002; Сирак С.В., 2003;r Konig K.G., 2000; Branelie J.R., Carlos J.P., 2009). Сложность проблемы объясняется тем, что на уровень стоматологических заболеваний оказывает негативное влияние целый комплекс факторов, в том числе экологические, социальные, климатогеографические, демографические, экономические (Зырянов Б.Н., Гусев Ю.С., 1984; Боровский Е.В., Леус П.А., Леонтьев В.К., 1985; Кандейкина Н.В., 2001). Отсутствие до настоящего времени обобщающих данных о распространенности основных стоматологических заболеваний в различных регионах России затрудняет планирование и внедрение региональных программ профилактики (Улитковский С.Б., 2002; Янушевич О.О., Гринин В.М., 2001).

Являясь одним из регионов Российской Федерации, Республика Дагестан отличается разнообразием природно-климатических зон, в связи с чем условия жизни населения существенно разнятся. Изменчивый климат, перенаселенность региона, нарушение экологического баланса, недостаток фторида натрия, катионов кальция, йода, магния в питьевой воде, и ряд других неблагоприятных факторов в Республике Дагестан отрицательно сказываются на качестве жизни и стоматологическом здоровье его жителей (Кузнецова И.В., 2003; Курбанов О.Р., 2009; Алиханов Т.М., Курбанов О.Р., 2012).

Принимая во внимание неоднородность климатогеографических, геохимических и социальных факторов на территории Республики Дагестан, прямо и

косвенно отражающихся на уровне стоматологической заболеваемости населения, было предпринято настоящее исследование, цель которого - изучение уровня распространенности и интенсивности кариеса зубов среди жителей различных климатогеографических зон республики с перспективой разработки регионально-ориентированных программ его профилактики.

Материал и методика. Для изучения влияния климатогеографических факторов на стоматологическую заболеваемость взрослого населения, территория Республики Дагестан была разделена на равнинную, предгорную и горную зоны. Климатогеографические зоны - это территории с выраженными особенностями природных условий и видов хозяйственной деятельности. Протяженность территории Дагестана по оси север-юг составляет 420 км, восток-запад - 216 км. Климатические условия колеблются от субтропического на юге приморья до умеренноконтинентального, пустынного и полупустынного на севере равнины и до резко континентального в горах. Высота над уровнем моря от 26 до 3000 м и больше. Климатогеографические зоны характеризуются геохимическими, гелиобиологическими, биохимическими и другими особенностями экосистемы сельской местности Республики Дагестан. Республика Дагестан уникальна своей многонациональностью. В Дагестане можно выделить 10 моноэтнических групп районов.

Обследованы жители городской и сельской местности в трех климатогеографических зонах республики. В исследовании участвовали (случайная выборка) 1963 пациентов. Основную часть (56,4%) обследованных составили женщины: преобладали лица в возрасте от 25 до 34

и от 35 до 44 лет (соответственно 22,4 и 31,6%). На долю возрастной группы от 45 до 54 лет пришлось 20,1%. Меньшими были доли обследованных в возрасте от 55 до 64 лет и 65 и старше (соответственно 15,1 и 10,8%).

Достоверность результатов и репрезентативность выборки подтверждались с помощью современных методов вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. Получены данные об эпидемиологии кариеса зубов в Республике Дагестан, которые свидетельствуют о

существенных различиях распространенности и интенсивности этого патологического процесса у жителей различных климатогеографических зон республики. Это убедительно доказывают данные сопоставления показателей заболеваемости кариесом взрослого населения различных климатогеографических зон Дагестана.

Обобщение результатов изучения кариеса зубов у взрослого населения Дагестана позволило систематизировать полученные данные по уровням заболеваемости в соответствии с рекомендациями ВОЗ. При этом, учитывая, что очень низкий и очень высокий уровни интенсивности кариеса отмечены лишь в отдельных населенных пунктах и не влияют в целом на тактику организации лечебной помощи и профилактических мероприятий в той или иной климатогеографической зоне, мы решили провести систематизацию по уровням заболеваемости (низкий, умеренный и высокий) с включением в первый и последний населенные пункты с низкой и очень высокой интенсивностью кариеса.

Примечательно, что, как правило, общность районов, выделенные в климатогеографические зоны, определяется не только уровнем заболеваемости населения кариесом, но и принадлежностью к тому или иному географическому и ли геофизическому району. Эти данные позволяют предположить, что в целом уровень заболеваемости населения кариесом зубов в значительной степени определяется геофизическими факторами, свойственными отдельным климатогеографическим зонам, и, в первую очередь, содержанием фтора в водных источниках (Кодола Н.В., 1979, Омариева Э.О. и др. 2001).

Распространенность кариеса зубов среди обследованных лиц в возрасте 25-34 лет, по нашим данным, составила 93,1±1,9% (с.Кули - Горная зона). Интенсивность поражения также была различной: от низкого уровня (4,8±0,04) в гг. Махачкала, Каспийск (Равнинная зона) до среднего (12,1 ±0,01) в Кулинском и Лакском районах (Горная зона) - P <0, 001.

В структуре КПУ значительную часть занимал компонент «К» до 7,18=1=0,08 в с.Кули (Горная зона) и компонент «У», который в зависимости от региона проживания составлял от 0,91 ±0,04 до 3,69±0,03 в г.Махачкала (Рав-

нинная зона) и до 3,69±0,03 в г.Буйнакске (Предгорная зона).

Среднее значение компонента «П» составляло 2,98±0,07 при наименьшем значении в с. Кумух (Горная зона) - 1,99±0,04 и наибольшем в г.Махачкале (Равнинная зона) - 3,41±0,01. Следует отметить недостаточный уровень терапевтической помощи лицам 25-34 лет в Горной и Предгорной зонах.

У лиц в возрасте 35-44 лет распространенность кариеса зубов во всех обследованных зонах достигала 99,1±0,03%. кроме г.Махачкала (Равнинная зона), где этот показатель составил 94,1 ±1,4%. Очевидно, это связано с более высоким уровнем стоматологической помощи и отраженными результатами профилактики кариеса и лечения его ранних форм в столице Дагестана г.Махачкале.

Интенсивность поражения зубов у обследованных лиц в возрасте 35-44 лет была наименьшей в гг. Махачкала, Каспийск (Равнинная зона), соответствовала среднему уровню (13,1±0,01), в то же время в селениях Буртунай, Новокули (Предгорная зона) отмечался высокий уровень (14,91±0,01), а в селениях Кули и Кумух (Горная зона) очень высокий уровень - 17,1±0,12.

Распространенность кариеса зубов в обследованной возрастной группе 45-54 лет составила 100% во всех регионах, кроме г.Махачкала, Каспийск (Предгорная зона), где этот показатель был равен 97,1 ±0,16.

Наибольшая интенсивность кариеса зубов в возрастной группе лиц 45-54 лет наблюдался в сел.Тарумовка равнинной климатогеографической зоны (17,03±0,16), наименьшая - в г.Махачкале (Равнинная зона) - 14,НОД 1.

В этой же возрастной группе обследованных лиц компонент «У» - удаленные зубы был наивысшим в Кулинском районе (с.Кули) Горной зоны (8,1±0,2) и Тарумовском районе (с.Тарумовка) Равнинной зоны (8,99±0,15), а в г.Буйнакск Предгорной зоны самый низкий - 4,95±0,16.

Распространенность кариеса зубов среди обследованных лиц в возрастной группе 55-64 лет составила в среднем 100% во всех климатогеографических зонах Дагестана. Наибольшая интенсивность кариеса зубов у лиц возрастной группы 55-64 лет наблюдалась в с.Тарумовка Равнинной зоны (24,6±0,01), наименьшая - в г.Каспийске Равнинной зона (15,8±0,16).

Распространенность кариеса зубов в возрастной группе 65 лет и старше во всех климатогеографических зонах Дагестана составила 100%. Интенсивность кариеса зубов у обследованного пожилого населения Кулинского, Лакского районов Горной зоны была наибольшей - соответственно 29,1± 1,16 и 28,9±0,11.

В структуре КПУ преобладал элемент «У» - удаленные зубы - от 17,14±0,6 в г.Махачкала (Равнинная зона) до 18,1±0,4 в с.Кули (Горная зона). Компонент «К» во всех исследуемых регионах данной возрастной группы был низким и колебался от 2,98±0,13 в Равнинной зоне, до 8,1±0,71 - в Горной, что связано с уменьшением количества оставшихся зубов.

Заключение. Таким образом, следует отметить, что на территории Республики Дагестан выявлены различные уровни заболеваемости населения кариесом, значение которых наиболее часто определяются природными факторами и в первую очередь естественным содержанием фтора в воде. Группировка климатогеографических зон по уровням заболеваемости позволит в дальнейшем решать методические и организационные вопросы профилактики кариеса и дифференцированного обеспечения населения

республики стоматологическими кадрами и в соответствии с уровнем стоматологической заболеваемости населения.

Список литературы

1. Алиханов Т.М., Курбанов О.Р. Распространенность, интенсивность, структура и динамика развития стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. // Материалы научно-практической конференции, посвященной 40-летию открытия стоматологической поликлиники г.Дербента. - Махачкала, 2012. - С. 12-15.
2. Боровский Е.В., Леус П.А., Леонтьев В.К. Эпидемиологическое обследование состояния полости рта населения: Метод, рекомендации. - М., 1985.
3. Brunelle J.R., Carlos J.P. // J. dent. Res. - 1982. - Vol.61. - P.1346.
4. Кодола Н.А. Микроэлементы в профилактике кариеса. - Киев, 1999, с.28.
5. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. - М.,

1999, 180 с.

6. Курбанов О.Р. Управление функционированием и развитием рынка стоматологических услуг. - М., 2005, 337 с.
7. Леус П.А. Коммунальная стоматология. - Брест, 2009, 102 с.
8. Martbaler J.M.// Stomat. DDR. - 1983. -Bd 12- S. 267-272.
9. Oral Health Surveus: Basic Methods. - Geneva, 2009.
10. Рыбаков А.И. Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний, пути их профилактики. - М., 1983, 98 с.
11. Янушевич О.О., Гринин В.М. Современные организационные подходы к обеспечению качества стоматологической помощи. // Российская стоматология. - 2009, №1, с.58-59.

КОМПЛЕКС МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Курбанов О.Р., Абакаров Т.А., Алиева А.О.,

Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

Кафедра ортопедической стоматологии

Кафедра терапевтической стоматологии

Результаты наших исследований, доказали, что пораженность зубов кариесом и пародонта у граждан нашей республики весьма значительна. По этой причине являются актуальными и значимыми разработки по проблемам профилактики стоматологической заболеваемости с учетом местных природно-климатических и социально-эпидемиологических реалий.

Для проведения первичной профилактики в ротовой полости надо обязательно выделять группы лиц, которым предполагается провести лечебно-профилактический курс процедур. Общепринятыми такими группами стали: а) беременные женщины; б) дети и подростки; в) взрослое население.

Учтя современные методики и рекомендации по их применению для профилактики основных стоматологических заболеваний (кариеса зубов и болезней пародонта) нами предложена комплексная программа профилактики упомянутых проблемных заболеваний в зависимости от состояния и потребности в стоматологической помощи с учетом факторов, отрицательно или положительно влияющих на уровень пораженности контингента жителей этими заболеваниями.

Детям дошкольного возраста на всей территории республики необходимо начинать с 2-летнего возраста фтор-профилактику (1,2-1,6 мг фторида натрия в день в зависимости от содержания фтора в воде и возраста ребенка), так же ре-

комендовано к назначению этих таблеток детям в конце первого года жизни при имеющемся «повышенном риске» возникновения кариеса зубов.

Сделанные нами предложения касаются применения мер индивидуальной профилактики в зонах с недостаточным содержанием фтора в питьевой воде и подключение к источникам питьевого водоснабжения скважин с повышенным содержанием фтора в соответствующих соотношениях с доведением его концентрации на выходе до оптимальных цифр.

Дети с компенсированной формой поражения зубов кариесом санацию полости рта получают 1 раз в год, с субкомпенсированной формой — 2 раза в год, а с декомпенсированной — уже 3 раза в год. Сейчас значимым профилактическим мероприятием считается назначение пациенту фтористых препаратов, лака, витафтора, мы не отрицаем их, но считаем целесообразным в условиях южного горного края чаще использовать концентрированные настои травяных чаев, что мы и рекомендуем к использованию детьми школьного возраста в профилактическом комплексе болезней полости рта.

Стоматологи совместно с акушерами должны своевременно вносить коррективы в питьевой рацион беременных. Учитывая условия нашей республики, беременные в летний и осенний периоды года чаще должны употреблять местные фрукты и овощи. В зимнее и весеннее время в связи с ограниченностью фруктов целесообразно употреблять соки и имеющиеся овощи. Дополнительно из лекарственных средств рекомендуем использовать кальций содержащие препараты: 0,5 г глицерофосфат кальция или кальцерол по 1 таблетке 2 раза в день. В регионах, где фтор в питьевой воде недостаточен, рекомендуется женщинам употреблять фтор в виде 1 % раствора по 10 капель ежедневно на период 18-22 и 28-32 недели беременности. Согласно этим рекомендациям, при токсикозе беременности, сопровождающегося рвотой, дозу фтора увеличивают до 15 капель.

За последние десятилетия в республике увеличилось потребление углеводистых продуктов, в частности, сахара, который считается одним из основных кариесогенных пищевых продуктов. Поэтому среди мер по профилактике ка-

риеса зубов большое значение имеет уменьшение снижение частоты их потребления легкоусваиваемых углеводистых продуктов, замена их на неметаболизируующие формы, делая акцент на возможности использования сахарозаменителей. Интересны предложения академика В.К. Леонтьева о «культуре потребления углеводов», в которой содержится 4 правила: 1) не есть сладкое на ночь;2) не употреблять сладкое как последнее блюдо при приеме пищи;3) не есть сладкое между приемами пищи;4) если нарушено какое-либо из трех правил, необходимо почистить зубы или прополоскать полость рта.

Эти рекомендации просты и легко выполнимы, самое главное полезные и мы рекомендуем населению республики придерживаться этих правил.

Способность полости рта к самоочищению — это третий аспект оптимизации правильного питания в системе первичной стоматологической профилактики, т.к. указанный естественный процесс у современного человека проходит не совсем позитивно из-за преобладания в его рационе продуктов и блюд кулинарно-обработанных, а по консистенции липких, вязких и мягких свойств. Такая пища нередко скапливается в пародонте, отлагается на поверхности зубов, что является причиной накопления микроорганизмов и развития поражений в полости рта и стоматологических болезней.

В связи с этими факторами мы рекомендуем для активизации самоочищения полости рта у детей и взрослых регулярно употреблять растущие в республике фрукты (яблоки, айва) и овощи (морковь, огурцы, редис) в зависимости от сезона, а для тренировки жевательного аппарата и его функций употреблять сухари, горбушки хлеба, лесные и грецкий орехи. Все это в избытке производится или растет в нашем регионе.

Как мы уже отмечали, одновременно с профилактикой кариеса зубов отведено время и мероприятиям по предотвращению болезней пародонта. Обследование и лечение дошкольников и школьников с воспалительными процесса в деснах являются обязательными для педиатров и детских стоматологов. В это время необходимо употреблять разнообразные пищевые продукты различной консистенции для создания достаточной жевательной нагрузки на зубочелюст-

ной аппарат, включая в рацион питания сырые овощи и фрукты (морковь, белая репка, редиска, айва, яблоки, орехи, миндаль), ограничив употребление сладких и рафинированных пищевых продуктов, а чаще готовить блюда, не требующие долгой кулинарной обработки.

Принятие всех мер к сокращению уровня поражаемости детей кариесом зубов особенно в г. Грозном, где высокое загрязнение питьевой воды, путем поиска, с одной стороны альтернативных источников водоснабжения, с другой — проведения, по возможности, дефторирования питьевой воды, обеспечение там, где это возможно, достижения оптимального содержания фтора в питьевой воде за счет подключения артезианских скважин с повышенным либо пониженным содержанием фтора в соответствующих соотношениях. Предусматривать при этом также вывоз детей из г. Грозного на период летних каникул в другие регионы республики с пониженным, либо оптимальным содержанием фтора в питьевой воде.

Выводы: Таким образом, только комплексный подход к вопросу профилактики стоматологических заболеваний, при активном участии государственных, медицинских, образовательных, производственных учреждений, а также самих людей, особенно родителей и самих детей, возможно получение положительных результатов по снижению распространенности и интенсивности поражения основными стоматологическими заболеваниями населения ЧР.

Список литературы:

1. Авраамова О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (планирование и эффективность): автореф. дис.... д-ра мед. наук. - М., 2005. - 43 с.

2. Авраамова О.Г. Перспективы разработки профилактических стоматологических программ развития (исторический и ситуационный анализ) / О.Г. Авраамова, В.К. Леонтьев // Стоматология. - 1998. - № 2. - С. 11-14.

3. Авраамова О.Г., Шевченко С.С. Комплексная школьная программа профилактики стоматологических заболеваний // Стоматология детского возраста профилактика. - 2007. - №4. - С. 45-48.

4. Ахметзянова Г.Р. Противокариозное действие кальцемина у детей с высокой активностью кариеса зубов / Г.Р. Ахметзянова. Р.З. Уразова, В.М., Смирнов // Казанский медицинский журнал. - 2007. - Т. 88. - № 3. - С. 266-268/

5. Безруких М.М. Возрастная физиология: учебное пособие. - М.: Академия; 2009.- 415с \

6. Беленова И.А. Неосложненный кариес методы лечения и профилактики / И.А. Беленова, Р.А. Шабанов // Стоматология детского возраста и профилактика, - 2010, - № 2 (33). - С 32-46

7. Бондарик Е.А. Школьная программа ВОЗ по профилактике стоматологических заболеваний у детей в Республике Беларусь / Е.А. Бондарик, Н. А. Юдина // Белорусский медицинский журнал. - 2003. - № 3.

8. Боровский Е.В. Первичная профилактика основных стоматологических заболеваний: учеб.-метод. пособие / Е.В. Боровский, Э.М. Кузьмина, Т.И. Лемецкая. - М., 1986. - С. 74.

9. Васильев В. Е. Профилактика стоматологических заболеваний: учеб. - метод, пособие / В. Г Васильев, Л. Р. Колесникова. - Иркутск, 2001. - Ч. 1. - 70с.

10. Губина Л. К. Прогнозирование развития кариеса у детей с помощью компьютерной программы анализа факторов риска / Л. К. Губина, А. А. Сидалиев // Российский стоматологический журнал. - 2009. - №2. - С. 37-39.

11. Данилова М. А. Профилактика основных стоматологических заболеваний: учебное пособие / М. А Данилова, Н. И. Ломова, Н А Мачулина, О. А. Царькова, Ю. С. Халова. - ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Росздрава. - Пермь, 2009. - 238 с.

12. Дроздов В.Н. Рациональное возмещение дефицита витаминов и микроэлементов // Лечебное дело. - 2009. - №3. - С. 34-40.

13. Елизарова В.М. Эффективность витаминно-минеральных комплексов в профилактике и лечении кариеса зубов у детей дошкольного возраста / В.М. Елизарова, Э.А. Юрьева, Е.Е. Яцкевич // Институт стоматологии. - 2001. - №4. - С. 14-16.

14. Журихина И.А. Состояние профилактики стоматологической заболевае-

мости детского населения региона / И.А. Журихина, В.И. Лаптев // Интеллектуальные информационные системы: труды Всерос. конф. Воронеж: ВГТУ, 2007.-С. 117-121.

15. Зимина В.И. Эффективность профилактики кариеса зубов у детей с использованием фторированного молока: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1997.-23 с.

16. Зуева О.С. Применение витаминно-минеральных комплексов у детей: обоснованность назначения / О.С. Зуева, Н.Н. Зуев // Вестник ВГМУ. - 2012. - №2.-С. 91-99.

17. Иозефович О.В. Витаминно-минеральные комплексы для детей // Педиатрическая фармакология. - 2011. - № 4. - С. 135-105.

18. Кан В. В. Факторы риска развития и распространенность кариеса у детей раннего и дошкольного возраста полных семей / В.В. Кан, В.Ф. Капитонов, А. С. Виткин, О. А. Гаврилюк // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). - 2012. - № 7(15).

19. Кисельникова Л.П. Оценка обеспеченности кальцием детей подросткового возраста с высокой активностью кариеса / Л П. Кисельникова, И.А. Алексеева, Л.А. Щеплягина // Российская стоматология. - 2013. - №2. - С. 31-34.

20. Кисельникова Л.П. Современные возможности профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста / Л.П. Кисельникова, Н.В. Вагеманс // Педиатрия. -2010. - № 5.-С. 130-136.

21. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов: метод, рекомендации для субординаторов, интернов и врачей-стоматологов / сост. Т.Л. Реминова. А.Р. Поздеев. - Ижевск, 2014. - 24 с.

22. Ключников С.О. Витаминно-минеральные комплексы для детей. Теория и практика. Лекции по педиатрии / под ред. В. Ф. Демина, С.О. Ключникова, Г.А. Самсыгиной и О.В. Зайцевой. - 2007. - № 7. - С. 36-382.

23. Колесник А.Г. Мониторинг фторида в стоматологии. - М., 1997. - 120с.

24. Родионова А. С. Сравнительная эффективность различных средств гигиены полости рта в профилактике кариеса зубов у детей раннего возраста: авто-

реф. дис. ... канд. мед. наук. - Волгоград, 2013.-23 с.

25. Саакян Т.Ш. Влияние препарата, содержащего кальций, на состояние твердых тканей зубов и показатели костной прочности у детей.

26. Сунцов В.Г. Профилактика аномалий и деформаций в зубочелюстной системе у детей раннего возраста / В.Г. Сунцов, Т.П. Пинелис, Н.А. Лазарева. - Чита, 1991.-22 с.

27. Сунцов В.Г. Стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов, В. К. Леонтьев, В.А. Дистель, В.Д. Вагнер. - М., 2001. - 342 с.

28. Леонтьев В.К. Система организации гигиенического воспитания населения при проведении первичной профилактики кариеса зубов у детей / В.К. Леонтьев, В.Т. Сунцов, В.А. Дистель // Стоматология. - 1986. - № 1. - С. 67-71.

29. Леус П.А. Коммунальная стоматология. - Брест, 2000. - 283 с.

30. Леус П.А. Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России [Электронный ресурс] / П.А. Леус, Э.М. Кузьмина, Л.Н. Максимовская [и др.]. - Режим доступа: http://www.e-stomatology.rustar/work/2011/progra

31. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. - М.: Медицина, 1982. - 240 с.

32. Пахомов Г.Н. Эффективность фторирования молока в контролируемом исследовании и динамика распространенности кариеса зубов в условиях широкой доступности средств местного применения фторида / Г.Н. Пахомов, А.Г. Колесник, А.А. Шамшева [и др.] и Стоматология. - 2005. - № 4. -С. 37-41.

33. Пискарёв Ю.А. Оценка эффективности применения фторированного молока для профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Ю.А. Пискарёв, Р.А. Салеев // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2008.-№ 1.-С. 25-27.

34. Пискарёв Ю.А. Реализация проекта фторирования молока в г. Нижнекамске // Современные технологии в стоматологии: сб. материалов.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОТБЕЛИВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ

Македонова Ю.А., Ванькаева Л.С., Ткачева А.Б.

ФГБОУ ВО «Волгоградский Государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград.

Актуальность. В статье рассматриваются теоретические аспекты применения отбеливающих зубных паст с целью достижения «голливудской» улыбки на основе изученной теоретической литературы. Практическая часть представлена применением трех обозначенных видов отбеливающих паст, анализируется их качество, а самое главное эффективность применения в течение одного месяца использования, приводятся результаты наблюдения и вывод на основе проведенной экспериментальной работы.

Уход за полостью рта является одним из самых необходимых человеческих навыков, говорящих о его культуре его личности. Он всегда был и будет актуальным, как и сохранение здоровья на долгие годы. Данный аспект определил актуальность данной исследовательской работы. Тем более, что немалый спектр зубных паст, представленных на рынке, не всегда дает возможность сделать правильный выбор.

Белоснежная улыбка, как у голливудских звезд, всегда была символом не только здоровья, но и успешности человека в профессиональной и личной сфере жизни. Цены, предлагающиеся различными компаниями с целью ее достижения на отбеливающие услуги, порой доступны далеко не всем, требуют временных затрат. Поговорим о том, можно ли достигнуть качественного отбеливания в домашних условиях, используя самый широкий спектр зубных паст от различных производителей и ценовых категорий [1]

Принцип действия пасты отбеливающего направления тесно связан с присутствием в составе специфических компонентов для зубной эмали, которые активно растворяют темный налет и пигментные пятна на эмали. Как правило, происходит осветление на несколько тонов. В качестве необходимых абразивных компонентов, в основном используются дикальцийфосфат или оксид

кремния. В более простых вариантах может применяться карбонат кальция, и даже перекись водорода [2]

Цель исследования. На основе анализа 3 зубных паст разной ценовой категории, выявить показатели качества отбеливания при наблюдении за их воздействием в течение 1 календарного месяца.

Материалы и методы. Исследование было проведено на 30 удаленных зубах, разделенных комплектами по 10 штук под каждую из трех выбранных зубных паст: Sensodyne «Бережное отбеливание», Splat Extreme White «Экстра отбеливание», President White, которые находились в соответствующих зубных пастах. Также исследование отбеливающих свойств зубных паст проводилось на трех пациентах, которые чистили этими же пастами свои зубы. Наши исследуемые были отмечены, как пациент № 1, пациент № 2, пациент № 3. У пациента № 1 первоначальный цвет зубов по шкале Вита был B3, у пациента № 2 B4, у пациента B5. Чистка зубов происходила два раза в день утром и вечером. Контрольные исследования с изменением цвета зубов проводились в каждом варианте один раз в неделю посредством шкалы Вита и также с помощью фотографирования цветовых изменений. Весь процесс исследования происходил на протяжении 1 месяца.

Результаты и обсуждение. Результаты выбора продуктов для исследования были представлены в таблице 1.

Таблица 1 Общая характеристика выбранных зубных паст

Название зубной пасты	Ценовая категория	Вкусовые качества, в т.ч. запах	Активные компоненты
Sensodyne «Бережное отбеливание»	149 рублей	Приятный запах, вкус и мятный вкус, освежает дыхание	Пентанатрия трифосфат, нитрат калия, фторид натрия. Массовая доля фторида 0,14 F^-(1400ppm)
Splat Extreme White «Экстра от-	173 рубля	Однородная текстура, приятный запах и вкус	Основной отбеливающий компонент - пероксид карбамида. При частом приме-

беливание»			нении может повышать чувствительность зубов
President White	330 рублей	Приятный вкус, мятный запах, содержит исландский мох	Абразивы RDA и исландский мох удаляют налет, полируют эмаль. Содержит фтор, рекомендуется любителям чая и кофе

Результаты применения зубных паст и эффективность зубных паст в течение одного месяца по неделям применения представлены в таблице 2.

Таблица 2 Эффективность применения зубных паст в течение одного месяца

Название пасты	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4неделя	Результат месяца
Sensodyne «Бережное отбеливание»	_	_	Слабо	Легкое осветление	Заметного отбеливания не достигнуто, менее 1 тона
Splat Extreme White «Экстра отбеливание»	_	_	Слабо	Заметное осветление	Зубы светлее примерно на 1тон
President White	Слабо	Слабо	Заметно	Явное осветление	Зубы светлее на 1-2 тона

Вывод. Зубная паста President White оказалась максимально эффективной, так как заметен сильно выраженный отбеливающий эффект по сравнению с двумя ее предшественницами. Благодаря профессиональному химическому

составу на основе абразивов RDA и исландского мха она не только эффективно удаляет зубной налет, но и полирует зубную эмаль.

Все ее компоненты представлены по концентрации достижения наилучшего эффекта, что выразилось в отбеливании в пределах двух тонов осветления. Гипотеза исследования подтвердилась, не все зубные пасты качественно отбеливают зубы.

Список использованной литературы

1.Бондарик, Е. А. Современные методики отбеливания зубов / Е. А.Бондарик, Л. Н. Полянская // Современная стоматология. – 2011. – № 2. – С. 37- 41.

2.Вавилюк, А. А. Отбеливание зубов: на что нужно обращать внимание при выборе различных систем / А. А. Вавилюк // Ин-т стоматологии. – 2004. – № 1(22). – С. 1-5.

3.Леонтьев, В. К. Профилактика стоматологических заболеваний / В. К.Леонтьев, Т. Н. Пахомов – М., 2006. – 416 с.

4.Ронь, Г. И. Оценка динамики цвета при отбеливании зубов / Г. И. Ронь, М. В. Горюнова // Институт стоматологии. – 2006.– № 4. – С.86-87.

5.Сёмченко, И. М. Методики отбеливания зубов : учеб.-метод. пособ. / И.М. Сёмченко, А. И. Делендик. – Минск : БГМУ, 2007. – 27 с.

6.Терещенко, Е. Н. Средства и методы индивидуальной гигиены полостирта : учеб.-метод. пособ. / Е. Н. Терещенко, Т. Н. Манак, Г. Г. Сахар. – Минск, 2006. – 32 с.

7. Фейнман, Р. А. Безопасное и эффективное отбеливание / Р. А. Фейнман // Клиническая стоматология. – 2002. – № 3. – С. 4-8.

НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ У НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА.

Курбанов З.О., Алиева А. О., Курбанов О.Р., Абакаров Т.А., Акавов А.Н, Ахмедова С.К., Гасанова Л.Г.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

Кафедра ортопедической стоматологии.

Высокая распространенность некариозным поражениям зубов является наиболее важной проблемой стоматологии, ее актуальность подтверждается данными о массовости поражения во всех возрастных группах населения [1;2].Сложность проблемы объясняется тем, что на уровень пораженности некариозными поражениями оказывает негативное влияние целый комплекс факторов, в том числе экологические, социальные, климатогеографические, демографические, экономические [3-5] Отсутствие до настоящего времени обобщающих данных : распространенности основных стоматологических заболеваний в различных региону России затрудняет планирование и внедрение региональных программ профилакти [6;7]. Являясь одним из регионов Российской Федерации, Республика Дагестан отличается разнообразием природно-климатических зон, в связи, с чем условия жизни население существенно разнятся. Изменчивый климат, перенаселенность региона, нарушение экологического баланса, недостаток фторида натрия, катионов кальция, йода, магния в питьевой воде, и ряд других неблагоприятных факторов в Республике Дагестан отрицатель: сказываются на качестве жизни и стоматологическом здоровье его жителей [8-10].

Принимая во внимание неоднородность климатогеографических, геохимических - социальных факторов на территории Республики Дагестан, прямо и косвенно отражающихся на уровне стоматологической заболеваемости населения, было предпринято настоящее исследование, цель которого - изучение уровня распространенности и интенсивности кариеса зубов среди жителей раз-

личных климатогеографических зон республики: перспективой разработки регионально-ориентированных программ его профилактики.

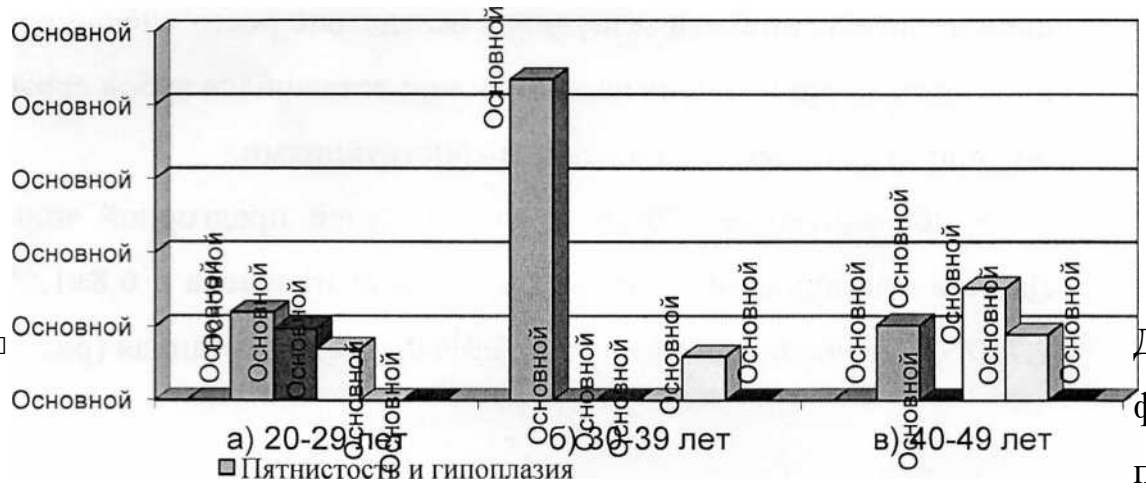
Материал и методика. Для изучения влияния климатогеографических факторов на стоматологическую заболеваемость взрослого населения, территория Республики Дагестан была разделена на равнинную, предгорную и горную зоны. Климатогеографические зоны - это территории г выраженными особенностями природных условий и видов хозяйственной деятельности Протяженность территории Дагестана по оси север-юг составляет 420 км, восток-запад - 216 км. Климатические условия колеблются от субтропического на юге приморья до умеренно-континентального, пустынного и полупустынного на севере равнины и до резке континентального в горах. Высота над уровнем моря от 26 до 3000 м и больше. Климатогеографические зоны характеризуются геохимическими, гелиобиологическими, биохимическими и другими особенностями экосистемы сельской местности Республики Дагестан. Республика Дагестан уникальна своей многонациональностью. В Дагестане можно выделить 10 моноэтнических групп районов.

Обследованы жители городской и сельской местности в трех климатогеографических зонах республики. В исследовании участвовали (случайная выборка) 1963 пациентов. Основную часть (56,4%) обследованных составили женщины: преобладали лица возрасте от 25 до 34 и от 35 до 44 лет (соответственно 22,4 и 31,6%). На долю возрастно группы от 45 до 54 лет пришлось 20,1%. Меньшими были доли обследованных в возрасте от 55 до 64 лет и 65 и старше (соответственно 15,1 и 10,8%).

Достоверность результатов и репрезентативность выборки подтверждались с помощью современных методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждения. Проявления некариозных поражений эмали зубов (пятнистость, гипоплазия) были зарегистрированы у 11,6±1,6% обследованных 20-29- летних жителей равнинной зоны. Ограниченная пятнистость эмали зубов была зарегистрирована в 3,9±0,3%, диффузная - 4,8±0,02. Сочетанная ограниченная пятнистость эмали зубов отмечена в 2,8±0,15% случаев (рис. 1а).

Остальные признаки поражения не выявлены.



□ Диффузная пятнистость

■ Ограниченная пятнистость

□ Сочетание ограниченной и диффузной пятнистости

□ Гипоплазия в сочетании с ограниченной пятнистостью

■ Гипоплазия в сочетании с диффузной пятнистостью

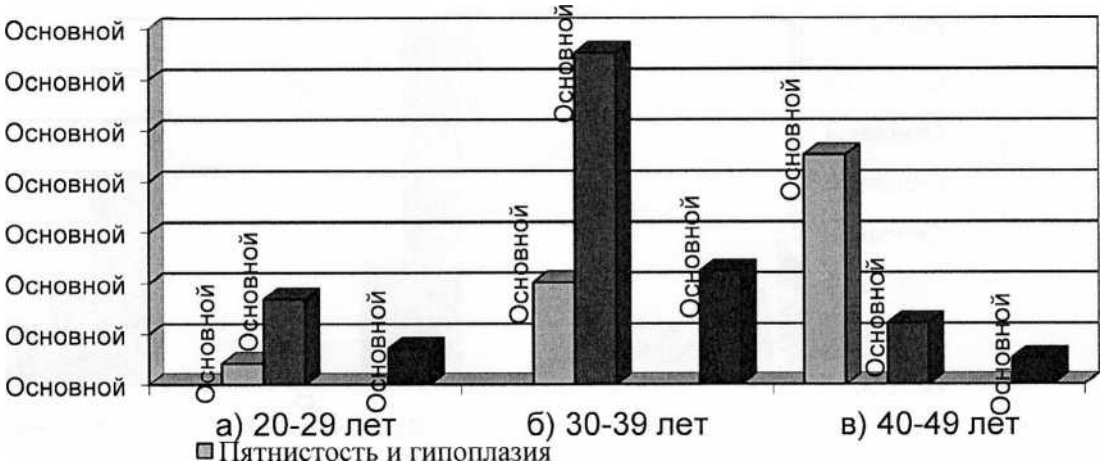
Рис. 1. Распространённость некариозных поражений эмали зубов у обследованных лиц 15-18 лет, 18-28 лет и 28-38 лет равнинной зоны Республики Дагестан При оценке состояния твердых тканей зубов у обследованных 30-39- летних жителей равнинной зоны признаки некариозного поражения эмали в виде пятнистости и гипоплазии были зарегистрированы у 17,4±4,1%, сочетанная ограниченная пятнистость с гипоплазией - 2,4±0,49%. Остальные признаки поражения не выявлены (рис. 86).

Распространенность некариозных поражений в возрастной группе 40-49 лет составила 13,8±2,2%, из них: 4,1±0,11% приходилось на диффузную пятнистость, 6,1±0,91% - на диффузную, у 3,6±0,19% - сочетанная ограниченная пятнистость и гипоплазия. Флюороз не зарегистрирован (рис. 8в).

Среди обследованного взрослого населения Дагестана в возрастных группах 50-59 лет и 60 лет и старше мы обнаружили резкое снижение распространенности некариозных поражений эмали зубов. Диагностик; данной патологии была затруднена вследствие роста числа удаленных зубов, а также тем, что

большая часть коронок оставшихся зубов скрыта от осмотр под пломбами и ортопедическими конструкциями.

У обследованных 20-29 летних жителей предгорной зоны Республик Дагестан ограниченная пятнистость эмали отмечена в 6,8±1,5% случаев 1,7±0,9% случаев - диффузная, в 2,91±0,39% - сочетанная (рис. 2а).



□ Диффузная пятнистость

■ Ограниченная пятнистость

□ Сочетание ограниченной и диффузной пятнистости

□ Гипоплазия в сочетании с ограниченной пятнистостью

■ Гипоплазия в сочетании с диффузной пятнистостью

Рис. 2. Распространенность некариозных сражений эмали зубов у обследованных лиц 20-2-9 лет, 30=39 лет и 40=49лет предгорной зоны Республики Дагестан

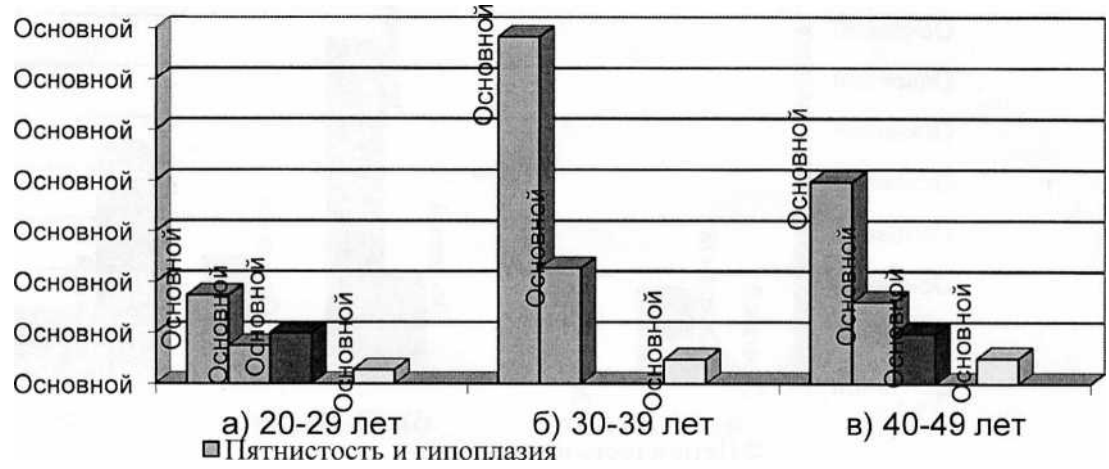
У 30-39-летних обследованных жителей выявлены поражения эмали в 26,1±3,3% - ограниченная пятнистость эмали, в 8,1±1,6% - диффузная, в 9,0±3,1% - сочетанная.

Поражение эмали зубов в виде пятнистости было выявлено у 18,1±3,91% обследованных 40-49 летних жителей. Распространенность ограниченной пятнистости эмали зубов составила 4,9±0,49%, гипоплазия - 2,1±0,39%.

Среди обследованного взрослого и пожилого населения предгорной зоны диагностика распространенности некариозного поражения эмали зубов была

затруднена, вследствие наличия на индексных зубах искусственных коронок, пломб или ввиду их отсутствия.

В горной зоне у обследованных 20-29-летних жителей пятнистость эмали отмечена в 6,97±1,41% случаев, в 4,01 ±1,19% - ограниченная пятнистость, в 3,0±0,31% - диффузная пятнистость, в 1,1±0,48% - сочетание ограниченной пятнистости с гипоплазией (рис. 3а). Флюороз зубов составил у 3,0±0,89%.



□ Диффузная пятнистость

□ Ограниченная пятнистость

□ Сочетание ограниченной и диффузной пятнистости

□ Гипоплазия в сочетании с ограниченной пятнистость

■ Гипоплазия в сочетании с диффузной пятнистостью

Рис. 3. Распространенность некариозных поражений эмали зубов у обследованных лиц 20-29 лет, 30-39 лет и 40-49 лет горной зоны Республики Дагестан

Пятнистость и гипоплазия эмали зубов выявлена у 27,3±3,9% обследованных 30-39-летних жителей, в том числе: диффузная - у 9,1±2,0%, сочетание ограниченной пятнистости и гипоплазии - у 1,9±0,39% (рис. Юб).

Среди обследованных данной группы признаки флюороза не зарегистрированы.

У обследованных 40-49-летних жителей пятнистость и гипоплазия выявлены в 15,9±2,1% случаях, в том числе: ограниченная пятнистость - у 3,96±0,61%,

диффузная - у 6,45±1,41%, гипоплазия - у 2,0±0,16% (рис. 10в). Признаки флюороза не выявлены.

Так, в предгорной климатогеографической зоне диагностика некариозных поражений взрослого населения была затруднена по известной причине.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в изучаемых климатогеографических зонах республики у населения имеется предельный уровень распространенности некариозных поражений эмали зубов.

Встречаются все формы поражения. Приведенные данные указывают на значительные различия в состоянии зубной эмали в разных возрастных аспектах.

Заключение. Таким образом, следует отметить, что на территории Республики Дагестан выявлены различные уровни заболеваемости населения некариозными поражениями зубов значение которых наиболее часто определяются природными факторами и в первую очередь естественным содержанием фтора в воде. Группировка климатогеографических зон по уровням заболеваемости позволит в дальнейшем решать методические и организационные вопросы профилактики некариозными поражениями и дифференцированного обеспечения населения республики стоматологическими кадрами и в соответствии с уровнем стоматологической заболеваемости населения.

Список литературы.

1. Белоклицкая Г.Ф. Показатели, характеризующие выраженность гиперестезии твердых тканей зубов у больных с пародонтитом // Стоматология, 1992, №1, с.29-31
2. Белоклицкая Г.Ф. Варава Г.Н., Подорожная Р.П., Генезина Т.И. Метод лечения генерализованной гиперстезии твердых тканей зубов / Методики диаг., леч. и проф. Основных стоматол. Забол. Киев, 1990, с.52-53
3. Николишин А.К. Флюороз зубов: Автореф. Дис… докт.мед.наук. Полтава-Москва, 1989,30с.
4. Николишин А.К., Николишин Э.В. Профилактика флюороза зубов //Международный медицинский журнал, 1998, №1, с.110-112
5. Новикова Л.И., Цибизова Н.Ю., Лемецкая Т.И. Лечение гиперстезии тканей

зуба с применением мефенамина натриевой соли /Сб.научно-практ.работ М., 1990,с.136-137

6. Окушко В.Р. Диагностика и организация профилактики доклинических стадий кариеса и гиперестезии твердых тканей зуба. Метод.рекомендации. Донецк, 1989, 15 с.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАНА

Абакаров Т.А., Курбанов О.Р., Алиева А.О., Будайчиев Г.М-А., Курбанов З.О., Абдуллатипов Г.М., Ахмедова С.К., Бигаева У.С.

Кафедра стоматологии детского возраста.

Кафедра ортопедической стоматологии.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

По данным ВОЗ, болезни пародонта представляют большую медико-социальную проблему, причем в некоторых странах мира ее актуальность значительно выше, чем проблема кариеса зубов.

Результаты проведенных исследований по изучению болезней пародонта [1,3,4,8] и борьбы с ними в конкретных регионах, которую можно провести с максимальной эффективностью и минимальными затратами материальных средств. Именно в этом и заключается значение эпидемиологических исследований пародонта [5,6,7,10].

Своевременно не оказанная помощь при заболеваниях пародонта приводит к подвижности и потере зубов, а в дальнейшем - к патологии всей зубочелюстной системы. Кроме того, из-за тесной взаимосвязи с органами и системами организма поражение пародонта приводит к их дисфункции и осложняет течение других заболеваний. В связи с этим для стоматологической практики в настоящее время актуальна проблема диагностики, поиска эффективных методов лечения и профилактики заболеваний пародонта с целью поддержания общего здоровья человека [2,5,6].

Заболевания пародонта достаточно трудно поддаются лечению и зачастую принимают хроническое течение. Именно поэтому при всей значимости этопатогенетической терапии стержнем пародонтологического лечения остается индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта, а стабильных позитивных результатов можно достичь только при внедрении в повседневную практи-

ку методов профилактики заболеваний пародонта [9,10].

Заслуживает внимание мнения [10] о том, что уровень нуждаемости в пародонтологической помощи определяется социально-экономическими условиями, а главное организацией профилактических мероприятий.

Кроме того, за последние годы наметилась отчетливая тенденция к сокращению уровня санационной работы на территории республики и практически полному прекращению профилактических мероприятий. На этом фоне вполне правомерно было предположить возможное ухудшение показателей стоматологического статуса современного детского населения Дагестана, что, собственно, и подтвердили результаты настоящего исследования. Ранее проводившиеся эпидемиологические исследования заболеваний пародонта на территории республики [7,9] практически свернуты.

В связи в вышеизложенным, чрезвычайно актуальным стало изучение современного состояния пародонта населения Дагестана для разработки адекватных программ его оздоровления. Немаловажным при этом является и определение тенденций развития стоматологической заболеваемости, проявившихся за последние десятилетия.

Анализ ранее опубликованных данных (А.А.Ахмедов, 1968; Г.В.Гусенов, 1976) в сравнении с полученными нами результатами свидетельствует о том, что за изучаемый период времени произошли серьезные изменения в показателях заболевания пародонта населения Республики Дагестан. Прежде всего они коснулись размеров пораженности, которые к моменту заключительного обследования существенно возросли практически во всех изученных регионах республики. В то же время фактически не изменилась структура поражения, которая по-прежнему осталась такой же неблагоприятной.

Целью нашего исследования являлось определенные распространенности интенсивности заболеваний пародонта городского населения.

Материалы и методы исследования. Согласно цели и задачам исследования планировалось получение данных характеризующих уровень пораженности

у 320 обследованного населения г.Махачкалы заболеваниями пародонта, установления возможных природно-климатических, биогеохимических, социально-эпидемиологических факторов на их распространенность и интенсивность поражения.

При стоматологических обследованиях мы пользовались «Картой осмотра полости рта», используемой на кафедре стоматологии ФПК и ППС ДГМУ МУ.

Использование данной карты позволило нам получить унифицированные данныепо частоте и интенсивности поражения заболеваниями пародонта населенияг.Махачкалы которые можно было использовать для сравнения динамики развития их среди населения республики, а также сопоставить с данными по их эпидемиологии в сопредельных регионах Северного Кавказа.

Карты осмотра полости рта по каждому району в отдельности группировали по возрасту и подвергали дальнейшей обработке по методикам, рекомендуемым ЦНИИС. По полученным абсолютным цифрам, характеризующие стоматологическую заболеваемость, составляли систематизированные таблицы, которые преобразовали в производные величины - интенсивные и относительные показатели.

При клиническом обследовании изучали жалобы больных, анамнез заболевания и жизни, наследственные и профессиональные факторы, сопутствующие заболевания. При осмотре полости рта отмечали прикус, прикрепление уздечек количество зубов, их расположение в зубном ряду, наличие кариозных поражений, зубных отложений, подвижность, стираемость зубов, оголение их щек кровоточивость, десневые карманы.

Карты осмотра полости рта по каждому району в отдельности группировали по возрасту и подвергали дальнейшей обработке по методикам, рекомендуемым ЦНИИС. По полученным абсолютным цифрам, характеризующие стоматологическую заболеваемость, составляли систематизированные таблицы, которые преобразовали в производные величины - интенсивные и относительные показатели.

При клиническом обследовании изучали жалобы больных, анамнез заболе-

вания и жизни, наследственные и профессиональные факторы, сопутствующие заболевания. При осмотре полости рта отмечали прикус, прикрепление уздечек количество зубов, их расположение в зубном ряду, наличие кариозных поражений, зубных отложений, подвижность, стираемость зубов, оголение их ше- кровоточивость, десневые карманы.

Наряду с диагностикой заболеваний пародонта, использовался гигиенических индекс - ИГ по Грин-Вермиллиону (1969), пародонтальный индекс РМА (Parma 1960),пародонтальный индекс PI (Russel, 1956).

ИГ по Грин-Вермиллиону (упрощенный индекс гигиены OHI-S) определяли у 6 рядом стоящих зубов нижней и верхней челюстей с вестибулярной иповерхностей по следующим критериям: зубной налет покрывает неболее одной трети поверхности коронки зуба -1, половину поверхности коронки зуба - 1, половину поверхности коронки - 2, две трети коронки - 3, отсутствие налета - 0. Цифровые значения суммируются и делятся на 6 (число зубов). В норме значение индекса не должно превышать значения 1,0.

Папиллярно-маргинальный-альвеолярный индекс (РМА) определяли по состоянию десневого сосочка, маргинального края и альвеолярной десны. Визуально оценивали состояние тканей десны у каждого зуба по критериям: воспаление сосочка (Р) - оценка 1, воспаление маргинального края (М) - 2, воспаление альвеолярной десны (А) - 3.

Значение РМА вычисляется по следующей формуле: $\text{РМА} = \frac{\text{Сумма x } 100\%}{\text{3 x число зубов}}$

Индекс PI определялся следующим образом. Все имеющиеся зубы рассматривались за исключением зуба мудрости. Критерии оценки состояния пародонта у каждого зуба оценивались следующими баллами:

0 - признаки воспаления отсутствуют;

1 - легкое воспаление десны, на окружающее зубов циркулярно;

2 - наличие воспаления десны, гингивит, но нет нарушения эпителиального прикрепления;

6 - гингивит с образованием десневого кармана, эпителиальное крепление нарушено, нарушение жевательной функции, зуб неподвижен, имеется пародон-

тальный карман, на рентгенограмме определяется горизонтальная резорбция межзубной альвеолярной перегородки до 1/2 длины корня;

8 - выраженная деструкция тканей пародонта с потерей жевательной функции, зуб подвижен, может быть легко смещен.

PI рассчитывается по формуле: $PI = \frac{\text{Сумма оценки каждого индекса}}{\text{число обследованных зубов}}$

Результаты и обсуждения. Распространенность гингивита среди обследованных лиц представлена в таблице 1, где видно, что в среднем она составляет 31,0±1,74%. С возрастным фактором частота гингивита имеет определенную зависимость, которая выражается тем, что она возрастает до 30-39 летнего возраста, затем имеет тенденцию к снижению.

Анализируя данные по пораженности населения различными формами гингивита, можно отметить, что наиболее чаще встречаются лица, пораженные катаральной формой гингивита, нежели другой формой. Следует указать, что среди обследованных жителей по нашим материалам ни в одном случае не были выявлены лица с язвенным поражением пародонта.

Результаты наших исследований по пораженности населения г.Махачкала пародонтитом и пародонтозом представлены в таблице, где видно,

Таблица 1

Распространенность гингивита среди населения г. Махачкалы, %

Возрастные группы	**Общая распрост-раненность**	**В том числе**	
		катаральный	**гипертрофиль-**
15-19	26,4+3,48	24,2±2,28	2,2±1,65
20-29	32,0+2,76	29,7±3,13	2,3+1,23
30-39	26,3±3,08	25,3±4,02	1,0±1,20
40-49	9,2±2,84	9±3,0	0,2±0,6
50-59	-	-	-
60 лет и старше	-	-	-
Всего	**15,6±1,16**	**13,2±1,44**	**0,95±1,15**

что распространенность этих заболеваний пародонта в среднем составляет 9,36±2,19%. С возрастом их частота резко уменьшается до 50-59 лет, а затем в группе 60 лет и старше отсутствует. Так, во второй возрастной группе их частота составляет 6,18±1,89% в 30-39 лет - 20,7±3,45%, в 50-59 лет - 0,1 ±1,15%, а в

последней возрастной группе 60 лет и старше - данная патология отсутствует.

При сравнительной оценке частоты этих заболеваний пародонта выявляется, что пародонтитом поражение больше, чем пародонтозом. Так как видно из таблицы, в среднем частота пародонтита составляет 1,4 % против, 4,46% пародонтоза.

Заключение. Таким образом, анализ наших материалов по частоте степени тяжести указанных заболеваний пародонта установил, что встречаются все степени поражения, но имеется определенная особенность. Она заключается в том, что, во-первых, средняя и тяжелая степени поражения пародонта встречаются, начиная со второй, и третьей возрастной группы обследованных: во-вторых, в обоих случаях заболевания пародонта больше выявлялись лица с легкой степенью, нежели с другими степенями.

Таблица 2

Распространенность пародонтита и пародонтоза среди населения г.Махачкалы, %

Возрастные группы	Всего	Пародонтит			Пародонтоз		
		легкая	средняя	тяжелая	легкая	средняя	тяжелая
15-19	1,90+1,3	1,80+1,35					
20-29	6,18±1,8	3,10±1,3	0,62+0,6		1,85±1,06	0,62±0,6	
30-39	20,7+3,4	0,80±2,49	2,10+1,20	1,40±0,98	5,60+1,92	2,10±1,20	0,70+0.70
40-49	29,2±3,7	9,70±2,47	4,10±1,65	2,10	8,30±2,30	3,50+1,53	1,40±0,98
50-59	0,1+1,15	0,1+1,15					
60 лет и							
В среднем	9,36±2,1	3,8+1,4	1,13+1,01	3,5+1,4	2,6+1,31	1,03+0,81	0,35±0,51

Список литературы.

1. АлимскийА.В. Особенности распространения заболеваний пародонтасреди лиц пожилого и преклонного возраста // Стоматология для всех,2000, №2, С. 46-49.
2. Амиралиев Р.С. Клинические особенностии социально- эпидемиологическиезакономерности распространения заболеваний пародонта и комплексная эффективная тактика по их лечению среди детей: Автореф. дис. .канд.мед. наук. Баку, 2014, 22 с.
3. Грудянов А.И. Методы профилактики заболеваний пародонта и их обоснова-

ние/Стоматология. - 1995. - Т.74. - №3. - С.21-24.

4. Грудянов А.И. Современные методы профилактики заболеваний пародонта //Медицинская помощь. - 2015. - №6. - С.38-40.
5. Дахкильгов М.У. Эпидемиологическое исследование рас- пространности интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения Республики Ингушетия, определение потребности в стоматологической помощи:Автореф. дис. ... канд.мед.наук. М., 2001,26 с.
6. Кожевникова В.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика начальных стадий воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис.канд.мед.наук. 2000, 26 с.
7. Кузнецова И.В. Стоматологическая заболеваемость населения Республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей: Автореф. дис.... канд.мед.наук. 2002, 25 с.
8. Кузьмина Э.М., Московец О.Н., Демина Н.А., Петриченко О.И. Клиник физиологическая оценка эффективности лечения.
9. Курбанова Э.А. Клинико-эпидемиологические и медико-гигиенические аспекты распространенности зубных отложений у населения Республики Дагестан: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2016, 24 с.
10. Сирак С.В. Стоматологическая заболеваемость взрослого населения основных климатогеографических зон Ставропольского края (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2003. - 32с.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ КРУПНОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА

Курбанов О.Р., Ахмедова С.К., Алимирзоев Ф.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

Актуальность темы исследования

Одной из основных задач органов здравоохранения является забота об улучшении здоровья населения, особенно в детских коллективах. В этой связи развитие и совершенствование стоматологической помощи детям, в том числе и ортодонтической, является одной из важнейших задач. Но пока методы работы и качество лечебного процесса отстают от поставленных задач. Это в основном связано с тем, что в последние годы появляется много осложненных форм аномалий зубочелюстной системы, что заставляет стоматологические службы переносить центр тяжести работы в основном на профилактику стоматологических заболеваний, диспансеризацию, санитарное просвещение.

В настоящее время имеется Достаточное количество научных работ по ортодонтии, но до сих пор недостаточно изучены вопросы эффективности оказания ортодонтической помощи детскому населению дошкольного и школьного возраста.

Зубочелюстная система человека являет собой часть организма, динамически изменяющегося под воздействием самых различных причин (Хорошилкина Ф.Я.,1977; Subtelny ,2002). От аномалий развития зависит не только здоровье, но и социальная адаптация человека. При анализе эпидемиологических данных о распространенности патологии развития ЗЧС на территории России и за рубежом выявлены тенденции к дальнейшему росту числа зубочелюстных аномалий (Образцов Ю.Л.;1994; Малыгин Ю.М. и др.,2002; Duagne Z et al. 2000). Однако, до настоящего времени они недостаточно изучены на территории и особенно среди детского населения.

Эти вопросы диктуют необходимость проведения специального научного исследования, результаты которого помогли бы изыскать наиболее эффективные организационные формы работы врачей-ортодонтов с учетом сложившихся за последние годы социально-экономических факторов.

В связи с этим возникает необходимость в проведении более углубленного изучения данной проблемы в различных возрастных группах (от 7до 19 лет), способов лечения, выявления причин отказа пациентов от посещения врача-ортодонта и соответственно своевременного лечения.

С учетом вышеизложенного, проблема оказания ортодонтической помощи детям и подросткам, имеющим зубочелюстные аномалии, остается актуальной.

Цель исследования:

Выявить распространенность зубочелюстных аномалий у школьников мегаполиса и определить с помощью индекса DAI нуждаемость их в лечении.

Материалы и методы исследования

Для реализации поставленной цели были разработаны план и программа исследования. Решение задач исследования потребовало разработки специальных методических подходов, сбора и анализа необходимого статистического материала. Комплекс методических приемов базировался на принципах системного подхода к изучению актуальных медико-социальных проблем, в частности оценке уровня организации и качества ортодонтической стоматологической помощи детскому населению.

Методическая сущность данного исследования заключалась в интеграции организационных, клинических, статистических и других методов исследования, используемых для решения поставленных задач.

В основе этого лежала разработка взаимосвязанных источников сбора первичной информации - клинического осмотра, анкетирования, анализа статистических данных, позволяющих дать объективную оценку состоянию организации ортодонтической помощи в условиях крупного Республиканского центра (г. Махачкала) и наметить пути ее совершенствования.

План исследования предусматривал организационные аспекты подготовки проведения исследования: обеспечение необходимыми регистрационными документами (картами, анкетами), статистическими материалами.

Программа включала ведущие направления исследования и перечень результативных и факториальных признаков, подлежащих изучению.

Объектами исследования являлись: дети и подростки от 7 до 19 лет; данные полученные при эпидемиологических обследованиях и анкетировании.

Эпидемиологические исследования, проведенные среди школ г.Махачкалы были проведены в 2007г. по методике ЦНИИС (А.И. Рыбаков. 1964). В целях изучения частоты ЗЧА среди школьников крупного мегаполиса было проведено эпидемиологическое обследование в школах по методике ЦНИИС. Общее число обследованных в возрасте от 7 до 16-19 лет включительно составило 368 человек.

В целях уточнения необходимости ортодонтического лечения в связи со сложностью ЗЧА пациентам в возрасте от 12 до 16-19 лет, имеющих ЗЧА, был проведен расчет с помощью эстетического индекса DAI. Так, как в настоящее время большое внимание уделяется эстетике лица, качеству жизни, то использование эстетического индекса может быть актуально для выяснения необходимости и вида ортодонтического лечения.

Для характеристики эстетического индекса учитывали количество отсутствующих постоянных резцов, клыков, премоляров на верхней и нижней челюстях, оценивали скученное положение зубов во фронтальных отделах верхней и нижней челюстей, промежутки в резцовых сегментах (диастема, тремы), наибольшее отклонение переднего отдела верхней и нижней челюстей.

Сбор данных согласно критериям стоматологического эстетического индекса позволил проанализировать каждый из его компонентов и сгруппировать их по аномалиям зубных рядов и прикуса. Уровни нарушения прикуса были классифицированы согласно шкале эстетического индекса.

Из общего количества обследованных были отобраны 554 школьника в возрасте от 12 до 19 лет г.Махачкала. Именно у этой группы детского населения было проведено исследование с помощью индекса DAI.

Для определения распространенности зубочелюстных аномалий, как было показано выше, было проведено эпидемиологическое обследование детей и подростков в возрасте от 7 до 16-19 лет по методике ЦНИИС (Рыбаков А.И., 1964). Зубочелюстные аномалии учитывались в «Карте осмотра полости рта» в соответствии с классификацией Калвелиса.

Сбор данных согласно критериям стоматологического эстетического индекса DAI позволил проанализировать каждый из компонентов индекса и сгруппировать их по аномалиям зубных рядов и прикуса. Уровни нарушения прикуса были классифицированы согласно шкале эстетического индекса.

Результаты собственных исследований

Наиболее точные данные о распространенности аномалий зубочелюстной системы в различных группах населения могут быть получены только по результатам эпидемиологического обследования. Подобная методика изучения данной патологии широко распространена во всех странах мира.

Показатели распространенности аномалий зубочелюстной системы среди школьников г.Махачкалы выявленные по результатам эпидемиологического обследования

В целях изучения частоты данной патологии среди школьников крупного мегаполиса нами проведено в 2007 г. сплошное эпидемиологическое обследование в ряде школ г.Махачкалы. Численность и возрастной состав обследованных отражены в табл. 1. Общее число обследованных в возрасте от 7 до 16-19 лет составило 866 человек, среди которых 520 человек (60,0%) составили местные жители, т.е. родившиеся в г.Махачкале и 346 (40%) - приезжие с разными сроками проживания в столице. В целом полученный материал отличается высокой репрезентативностью, поскольку во всех возрастных группах представлено вполне представительное число учащихся. Отдельные погрешности выборки устранялись методом прямой стандартизации (А.И. Рыбаков, Г.В. Базиян. 1973)

Таблица 1

Численность и возрастной состав обследованных в 2018 г. школьников Г.Махачкала (абс. и в %)

Возраст, лет	Городские		Сельские		Всего	
	абс.	в%	абс.	в%	абс.	в%
7	35	66,0	18	34,0	53	6,1
8	35	55,6	28	44,4	63	7,3
9	52	63,4	30	36,6	82	9,5
10	43	56,6	33	43,4	76	8,8
11	37	61,7	23	38,3	60	6,9
12	45	52,9	40	47,1	85	9,8
13	56	56,0	44	44,0	100	11,5
14	49	66,2	25	33,8	74	8,6
15	68	58,6	48	41,4	116	13,4
16-19	100	63,7	57	36,3	157	18,1
Итого	**520**	**60,0**	**346**	**40,0**	**866**	**100,0**

Поскольку приезжие школьники составляют в настоящее время почти половину от общего числа учащихся, проживающих в г.Махачкале нами проведен раздельный анализ распространенности аномалий зубочелюстной системы среди местных и приезжих школьников столицы (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительные данные распространенности аномалий зубочелюстной системы среди местных и приезжих школьников г.Махачкалы (в % к числу обследованных ;M±m).

Возраст, лет	**Городские**	**Сельские**
7	71,43 ±7,63	77,78 ± 9,79
8	68,57 ±7,84	75,00 ±8,18
9	69,23 ± 3,68	66,67 ±8,61

10	76,74 ± 6,44	54,55 ± 8,66
И	59,46 ± 8,07	78,26 ± 8,60
12	66,67 ± 7,02	62,50 ± 7,65
13	55,36 ±6,64	45,45 ±7,50
14	61,22 ±6,96	68,00 ± 9,32
15	64,71 ±5,79	68,75 ± 6,69
16-19	57,00 ± 4,95	60,00 ± 9,79
Всего(стандарт, п-тели).	**65,04 ± 2,09**	**65,70 ± 2,55**

Как установлено, частота ЗЧА практически одинакова как в группах местных, так и приезжих школьников столицы, достигая в среднем 65,0- 65,7%. По сравнению с данными, полученными Х. А. Каламкаровым (1975), распространенность ЗЧА у школьников г.Махачкала возросла более чем на 10%. Это указывает на увеличение размеров патологии за последние годы, что необходимо обязательно учитывать при планировании и организации ортодонтической помощи детскому населению. Согласно полученным данным, наиболее высокие пики распространенности ЗЧА наблюдаются в старших возрастных группах обследованных школьников.

Важное значение для планирования ортодонтической помощи имеет выяснение структуры аномалий зубочелюстной системы. Данные, характеризующие эти показатели, выявленные среди местных школьников, отражены в табл.3. Тяжесть выявленной патологии объясняется тем, что аномалии прикуса, причем такие наиболее тяжелые из них как дистальная, мезиальная окклюзия и другие практически в два раза чаще встречаются (45,76±2,18%) , чем аномалии отдельных зубов (поворот их вокруг оси, расположение вне дуги) – 19,28±1,73%.

Таблица 3

Структура аномалий зубочелюстной системы среди городских школьников г.Махачкалы (в % к числу обследованных: M±m)

Возраст, лет	Распространенность (в %)	
	Аномалий зубов	Аномалий прикуса
7	11,43 ±5,37	60,00 ± 8,28
8	14,29 ±5,91	54,29 ± 8,42
9	25,00 ±6,00	44,23 ± 6,88
10	18,60 ±5,93	58,14 ±7,52
11	16,22 ±6,06	43,24 ±8.14
12	15,56 ±5,40	51,11 ± 7,45
13	21,43 ±5,48	33,93 ± 6,32
14	18,37 ±5,53	42,86 ± 7,06
15	30,88 ± 5,60	33,82 ± 5,73
16-19	21,00 ±4,07	36,00 ±4,80
Всего (стандарт, п-тели)	19,28 ± 1,73	45,76 ±2,18

Аналогичные закономерности выявлены и при оценке этих показателей среди сельских школьников (табл.4) Частота аномалий прикуса (40,03±2,63%) оказалась более чем в 1 5 раза выше, чем аномалий отдельных зубов (24,93±2,33%).

Таблица 4

Структура аномалий зубочелюстной системы среди сельских школьников (в % к числу обследованных)

Возраст, лет	**Распространенность (в %)**	
	Аномалий зубов	**Аномалий прикуса**
7	33,33 ± 11,11	44,44 ± 11,11
8	39,29 ± 9,22	3 7,71 ± 9,65
9	30,00 ± 8,36	36,67 ± 8,79
10	18,18 ± 6,71	36,36 ±8,37

11	21,74 ± 8,60	56,52 ± 10,33
12	30,00 ± 7,24	32,50 ± 7,40
13	22,73 ±6,31	22,72 ±6,30
14	8,00 ± 5,42	60,00 ±9,79
15	25,00 ± 6,24	43,75 ±7,16
16-19	21,05 ±5,40	31,58±6,15
Всего (стандарт. показатели)	24,93 ± 2,33	40,03 ±2,63

Полученные данные убеждают в серьезном увеличении тяжести выявленной патологии среди современного детского населения школьного возраста. Это, в свою очередь, диктует необходимость повышения объема и качества оказываемой ортодонтической помощи данному контигенту населения.

Таким образом результатами эпидемиологического обследования, проведенного среди детей и подростков г.Махачкалы, распространенность аномалий зубочелюстной системы составляет 65,0-65,8%. По данным эстетического индекса DAI их частота достигает 70,8%. В их структуре сужение зубных рядов составляет 27,1%, дистальная окклюзия -19,7%, глубокая резцовая окклюзия - 19,7%, мезиальная окклюзия - 2,7%, вертикальная дизокклюзия - 2,2%, перекрестная окклюзия-1,3%.

На основании результатов оценки шкалы эстетического индекса DAI определена степень нуждаемости детей в ортодонтической помощи. В среднем на всех обследованных в обязательном ортодонтическом лечении, согласно этому расчету, нуждаются 7,8% обследованных школьников, настоятельно рекомендовано оно 19,0%, избирательно показано - 15,0%, не требуется или небольшая потребность в минимальном лечении имеется у 58,0% обследованных. Из общего числа нуждающихся в ортодонтической помощи школьников, на лечении находятся всего 44,2%.

ОН ПЕРВЫЙ В РОССИИ ПРОИЗВЕЛ РЕЗЕКЦИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Османова Ф.М. , Алиева Л.А., Гасанова Л.Г.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Русская хирургия прославлена многими именами. Илья Васильевич Буяльский стоит у истоков ее, хотя его имя не у всех на устах, как имя Пирогова. Анатом, хирург, художник Илья Васильевич Буяльский родился в 1789 г. В Черниговской губернии в семье священника 17-м по счету ребенком. Мечтал стать художником, но вместо Академии Художеств по совету родителей он заканчивает Петербургскую медико-хирургическую академию. Уже со 2-го курса привлекается к преподаванию анатомии, а его учитель знаменитый хирург, И.Ф. Буш доверяет ему операции. Степень доктора медицины и хирургии – в 34 года, в 43- он профессор, в 53- академик.

В 1829 г. И.В. Буяльский назначается управляющим хирургическим инструментальным заводом, а с 1931 г. – читает лекции по анатомии в Академии художеств.

Высокая оперативная техника и блестящие знания анатомии сделали его общепризнанным виртуозным хирургом. Никто другой так не отвечал трем принципам Асклепиада - «Лечить безопасно, быстро и приятно».

Настоящей красотой отличались операции Буяльского на сосудах. Перевязка даже глубоких артерий была для него делом нескольких минут. Лучше всего это выразил профессор Саломон, сам прекрасный хирург и европейски образованный врач: «Если бы мне пришлось подвергнуться операции аневризмы, то я во всем свете доверился бы только двоим: Астлею Куперу в Англии и Илье Васильевичу Буяльскому в России».

Основная его практическая деятельность протекала в стенах Мариинской больницы, где он проработал 33 года. Им было сделано более 2000 крупных операций. Большинство его самых разнообразных операций, начиная с пластических и костных и кончая грыжами и литотомиями сделаны в этой больнице.

Необходимо помнить, что это было время, когда даже малые хирургические вмешательства таили в себе роковую опасность. Да и наркоз вошел в практику слишком поздно, когда ему было больше 60 лет. И.В. Буяльскому были под силу редчайшие операции. Это сделало известным его имя не только в России, но и в Европе, и в Америке.

И.В. Буяльским, впервые в России, произведена резекция верхней челюсти; при этом он упростил способ Диффенбаха и сделал его менее травматичным. Операция длилась всего лишь 15 минут и окончилась выздоровлением больной. Эта операция наделал много шума, т.к. сам Диффенбах находился тогда в Петербурге. Она наглядно показала превосходство нашего хирурга перед одним из самых видных заграничных светил того времени.

Отдельные его высказывания можно назвать заповедями для хирурга. Вот некоторые из них: «Смелость и дерзость сопредельны между собою; но мысль, что имеешь дело с живым человеком, должна быть постоянно присуща хирургу, чтобы первая не перешла в последнюю».

«Операция делается иногда для того, чтобы сохранить жизнь, но мы обязаны подумать и о том, чтобы эта сохраненная жизнь, по возможности, была менее тягостна». Это выражение актуально и по сей день в современной челюстно-лицевой, пластической хирургии.

«Легко отнять руку или ногу, но никогда еще не удавалось приставить ошибочно отнятую руку или ногу, а отсюда: семь раз подумай и один раз отрежь» (1). В этих словах вся тайна практических успехов Буяльского и его необыкновенной популярности как хирурга.

Как диагност он почти не имел себе соперников, он как будто рожден был для разрешения сомнений. Ему приходилось решать запутанные диагностические вопросы, где даже такие маститые хирурги своего времени, как Буш, Арендт, Саломон и другие, не могли не признать его авторитет. Даже имя Пирогова история включила в этот список.

Во время Кавказской войны в Дагестане один из полковников русской армии получил слепое пулевое ранение правого плеча около лопаточного от-

ростка. А.И. Пирогов выдал полковнику свидетельство о том, что «… пуля находится в правой грудной полости и без опасности для жизни больного не может быть вынута оттуда» оказавшись в Петербурге раненый явился к Буяльскому. Внимательно осмотрев плечо, Илья Васильевич вял скальпель и в присутствии двух врачей, тут же через небольшой разрез, удалил пулю. Буяльский в свою очередь выдал полковнику новое свидетельство, что … пуля, после полуторагодичного скрывания в теле, найдена и извлечена (1).

Наиболее выдающимся трудом Буяльского, открывшим новую замечательную страницу в истории русской оперативной хирургии, является выпущенный им в 1828 г. «Анатомико-хирургические таблицы, объясняющие производство операций перевязывания больших артерий». Это первый русский атлас по оперативной хирургии, отразивший все лучшее, что было до Пирогова. Почти все европейские университеты приобрели таблицы, а автор их получил многочисленные отзывы, среди которых письма знаменитых врачей, как Лангенбек, Гуфеланд, Лифнер и др.

1844 год знаменовался большим событием в истории анатомии. В этом году вышла в свет первая на русском языке «Краткая общая анатомия тела человеческого».

Ему было уже 62 года, когда он выпустил капитальный труд «Анатомо-хирургические таблицы, объясняющие производство операций вырезывания и разбивания мочевых камней. Этот труд заложил основы научной урологии в России.

Еще до Листера, Буяльский считал мытье рук хирурга перед операцией раствором хлорной извести наилучшим предохранительным средством от заражения. Таким образом, он стоял у самых истоков хирургической антисептики(2).

Надо отметить и роль хирурга в деле пропаганды в России идеи переливания крови, которому он предсказывал огромное будущее. Еще за пол века до открытия групп крови он издает замечательный труд «Переливание крови», где предложил свою конструкцию шприца для переливания крови.

35 лет выдающийся хирург отдал Российской академии художеств, где преподавал анатомию.

В стенах академии появилась его знаменитая и единственная в своем роде статуя «Лежащее тело», которая до сих пор служит прекрасным пособием к изучению пластической анатомии. Президент Академии Художеств Оленин подает Буяльскому идею снять форму с замороженного препарированного тела и по ней отлить бронзовую статую. Президент сделал распоряжение об отливке нескольких таких статуй для лондонской, парижской, немецкой и других академий, дабы «не скрыть пред ними имени того знаменитого хирурга, которому мы обязаны лучшею анатомическою статую, ныне существующею в Европе» (3).

И.В. Буяльский был богатым человеком и крупным помещиком. Свои книги издавал сам на свои деньги, на некоторых из них имеется надпись: «Издано собственным иждивением».

Он пользовался широкой популярностью среди всех слоев петербургского населения и имел огромную частную практику. Бедных лечил бесплатно.

Илья Васильевич в числе многих врачей (Арендт, Даль, Задлер, Саломон, Спасский, Шольц) лечил А.С. Пушкина после дуэли.

Это первый русский хирург, получивший широкую известность не только в своем отечестве. По словам Оппеля, это «авторитет европейской величины». В истории отечественной хирургии до Н.И. Пирогова И.В. Буяльский занимает безусловно, первое место. Когда восходит солнце, говорится в пословице, меркнут самые яркие звезды. Так случилось и с И.В. Буяльским. Гений Пирогова затмил талант Буяльского. В то время, как Пирогову, посвящены сотни трудов, о Буяльском - лишь единицы. Неприязнь к молодому талантливому русскому хирургу преследовала его всю жизнь. Это было время, когда в стране исключительные привилегии были у иностранцев. В авторитете – видные петербургские хирурги-немцы Гейрот, Энегольм, Гаугер и др. У талантов больше завистников, чем поклонников.

Но упорство и железная воля не дали сломить его. На склоне лет Буяльский с горечью говорил: «Зависть, мелочный расчет самолюбия, неблагодарность и даже бессовестная клевета: вот те врачи, с которыми чаще всего мне приходилось сталкиваться на пройденном мною пути».

После его смерти прошло 155лет.

За это время русская хирургия достигла величайшего рассвета и блистала такими именами как - Склифосовский Н.В., Вельяминов Н.А., Дьяконов П.И., Субботин М.С., Оппель В.А., Бурденко Н.Н., Герцен П.А. и др. однако, каждый из них, в своей научно-практической деятельности, в какой-то степени, обязан Илье Буяльскому – первому русскому выдающемуся хирургу (1) . И мы согласны с В.А. Опеллем: «Пирогов – гений, Буяльский – исключительный талант. Пирогов начинает второй период истории русской хирургии, Буяльский блестяще кончает первый период ее развития».

И очень жаль, что в жизни эти два великих хирурга были не очень дружны.

ПОТРЕБНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

Акавов А.Н., Курбанов О.Р., Курбанов З.О.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

Одним из самых распространенных видов стоматологической заболеваемости на всем земном шаре является кариес и его осложнения.

Стоматологические заболевания занимают большой удельный вес среди общей заболеваемости человека. Несмотря на то, что этиология и патогенез основных стоматологических заболеваний во многом общеизвестны, на сегодняшний день во всем мире многочисленные авторы проводят исследования по этой проблеме и освещают ее с различных сторон (Е.В.Боровский, П.А.Леус, В.К. Леонтьев, 1985; И.В. Кузнецова, 2002; А.Н. Гапиулин, 2002; А.В. Алимский, 2002; Б.Я. Яковлева, 2005; И.А. Горбачева и соавт., 2008; Van Wyk P.J. et al., 2004; Kukleva M.P. et al.,2009; Eriecsson J.S. et al., 2009: Cummins D., 2009)

Материалы и методы исследования

Установить уровень потребность взрослого городского населения в ортопедической стоматологической помощи в настоящее время.

Изучить мнение населения, врачей ортопедов о состоянии и перспективах развития ортопедической стоматологической помощи в республике путем социологического опроса.

Согласно используемой методике изучения эпидемиологических заболеваний, в обследованных городах Республики Дагестан проводились консультации с представителями органов здравоохранения и местной власти, которые соответствовали бы возрастной структуре всего населения и условиям жизни в изучаемом регионе

Результаты и обсуждения

Представленные выше показатели распространенности интенсивности кариеса зубов, а также распространенности болезней пародонта свидетельствуют

о высоком уровне стоматологической патологии у взрослого населения различных климатогеографических зон Дагестана. Ее развитие приводит к потере зубов и, в значительной мере, определяет объем потребности в ортопедической стоматологической помощи у обследованного взрослого населения Республики Дагестан.

При анализе данных, полученных в ходе стоматологического обследования, была установлена высокая нуждаемость взрослого населения в ортопедической стоматологической помощи. Процент обследованных лиц с удаленными зубами во всех регионах увеличивался с возрастом.

Наибольший интерес, с точки зрения определения объема предстоящей ортопедической стоматологической помощи, имеет анализ такого составляющего элемента показателя КПУ, выявленный у жителей обследованных зон, как «У».

Установлено, что повсеместно именно элемент «У» составляет основную массу КПУ, достигая 65,1 - 70,3% ее величины.

В абсолютном выражении потеря зубов составляет у взрослых жителей Республики Дагестан по зонам обследования от 7,2 удаленных зубов (горная зона) до 8,1 (равнинная зона).

Обращает на себя внимание отсутствие достоверных различий в величинах, указанных показателей, по всем полученным регионам.

Наблюдается устойчивая тенденция увеличения удельного веса удаленных зубов в структуре КПУ в зависимости от возраста.

Установлена прямая пропорциональная зависимость между возрастом и показателем нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи, достигающая максимума в возрасте 50-59 лет.

Потребность в ортопедической стоматологической помощи в возрастной группе 20-29 лет.

В таблице 2 представлены показатели нуждаемости и не нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи у лиц 20-29 лет.

Нуждаемость в ортопедической помощи у лиц 20-29 лет (в %)

Таблица 2

Климатогеографическая зона	Нуждаются в зубном протезировании	Имеют зубные протезы	Не нуждаются в зубном протезировании
Равнинная зона	38,7	22,5	39,1
Предгорная зона	41,3	19,8	30,9
Горная зона	49,9	19,5	30,6

У обследованных лиц 20-29 лет, проживающих в равнинной зоне 38,7% не нуждались в протезировании, 22,5% имели протезы (несъемные), а 39,1% нуждались в ортопедическом лечении (табл. 2).

В предгорной зоне нуждались в протезировании 41,3%, имели зубные протезы 19,8%, а 38,9% требовалось ортопедическое лечение (в основном мостовидные протезы) (табл. 3).

Изучение ортопедического статуса у обследованных лиц в горной зоне показало, что 30,6% не нуждались в зубном протезировании, имели протезы 19,8%, ортопедическое лечение требовалось 41,3% обследованным.

Потребность в ортопедической помощи среди лиц 30-39 лет, обследованных в равнинной зоне, 25,3% не нуждались в ортопедическом лечении зубов, 42,8% требовалась ортопедическая помощь (табл. 3).

Объем выборочных исследований планировался следующим образом. В соответствии последней переписи населения республики мы заранее рассчитывали на 1000 человек удельный вес жителей района по отдельным возрастным группам. Поскольку основную часть наших стоматологических обследований предусматривалось проводить среди взрослого городского населения, согласно расчетам, в каждом городе необходимы были обследования в пределах 670 человек. Процентные соотношения обследованных лиц по возрастным группам соответствовали, как было отмечено выше, удельному весу их в процентах на 1000 человек населения городов. Таким образом, во всех городах обследования число осмотренных лиц было примерно равным, достаточно представителен и

сопоставимым. Стоматологические обследования проведены в трех регионах Республики Дагестан.

Предусматривалось получение следующей информации:

1. Частота кариеса зубов в среднем и по отдельным у взрослого населения по всем обследованным городам.

2. Интенсивность поражения кариесом зубов (показатель КПУ) в среднем и по отдельным возрастным группам у взрослого обследованным городам.

Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в различных регионах нашей страны подвержена значительным колебаниям и зависит от климатогеографических условий местности, содержания фтора, йода и других микроэлементов в питьевой воде, экологических и социальных факторов [2,3].

Определение уровня заболеваемости и интенсивности заболеваний используется для проведения расчетов по обеспеченности врачебными кадрами, обоснования целесообразности и определения сроков проведения лечебно-профилактических мероприятий, объема различных велся стоматологической помощи [1,4,5,6,7,8,9].

Актуальность исследования заключается в том, что до ш времени не изучена потребность в ортопедической стоматологической помощи населению, проживающего на территории Республики Дагестан. Известно, что в городах республики проживает более 65% населения.

Цель исследования - определение потребности в р зубных протезов и повышение качества и эффективности стоматологической помощи городскому населению Республики Дагестан.

Однако следует отметить, что после выполнения большинства этих работ прошло значительное время и согласно рекомендациям ВОЗ целесообразно через 5-6 лет иметь данные о стоматологической заболеваемости.

Актуальность исследования заключается в том, что до настоящего лени не изучена потребность в ортопедической стоматологической помощи городского

населения, проживающего на территории Республики Дагестан. Известно, что в городах республики проживает более 65% населения.

Цель исследования - определение потребности в различных видах зубных протезов и повышение качества и эффективности ортопедической стоматологической помощи городскому населению Республики Дагестан.

Таблица 3

Нуждаемость в ортопедической помощи у лиц 30-39 лет (в %)

Климатогеографическая зона	Нуждаются в зубном протезировании	Имеют зубные протезы	Не нуждаются в зубном протезировании
Равнинная зона	42,8	31,9	25,3
Предгорная зона	45,3	36,0	18,7
Горная зона	58,6	24,5	16,9

В предгорной зоне при определении ортопедического статуса выяснилось, что 45,3% обследованных жителей нуждались в протезировании зубов, имели протезы 36,0%, а 18,7% обследованным протезирование не требовалось.

У обследованных лиц, проживающих в горной зоне, 58,6% нуждались в различных видах зубных протезов, 19,5% имели зубные протезы.

Потребность в ортопедической помощи среди лиц 40-49 лет, обследованных в равнинной зоне, 12,5% не нуждались в ортопедическом лечении зубов, 46,1% требовалась ортопедическая помощь (табл. 4).

Таблица 4

Нуждаемость в ортопедической помощи у лиц 40-49 лет (в %)

Климатогеографическая зона	Нуждаются в зубном протезировании	Имеют зубные протезы	Не нуждаются в зубном протезировании
Равнинная зона	46,1	41,4	12,5
Предгорная зона	51,4	37,6	11,0
Горная зона	64,1	30,7	*5,2*

В предгорной зоне при определении нуждаемости в зубном протезировании выяснилось, что 51,4% обследованных лиц нуждались в ортопедической помощи, 37,6% имели зубные протезы, а 11% обследованных не нуждались в зубном протезировании.

58,6% обследованных в горной зоне нуждались в ортопедической помощи, ортопедическая помощь была оказана 24,5% обследованных лиц, 5,2% лицам ортопедического вмешательства не требовалось.

В возрастной группе 50-59 лет нами зарегистрировано большое количество полностью беззубых лиц (в среднем 12,2%) - во всех 3-х исследуемых зонах.

В равнинной климатогеографической зоне нуждались в протезировании - 69,9% обследованных лиц, 27,0% была оказана ортопедическая помощь. Процент лиц с полной потерей зубов - 50,1%, нуждающихся в ортопедическом лечении - 7,1% обследованных (табл. 5).

Таблица 5

Нуждаемость в ортопедической помощи у лиц 50-59 лет (в %)

Климатогеографическая зона	Нуждаются в зубном протезировании	Имеют зубные протезы	Не нуждаются в зубном протезировании
Равнинная зона	69,9	27,0	7,1
Предгорная зона	66,4	33,6	-
Горная зона	84,8	15,2	-

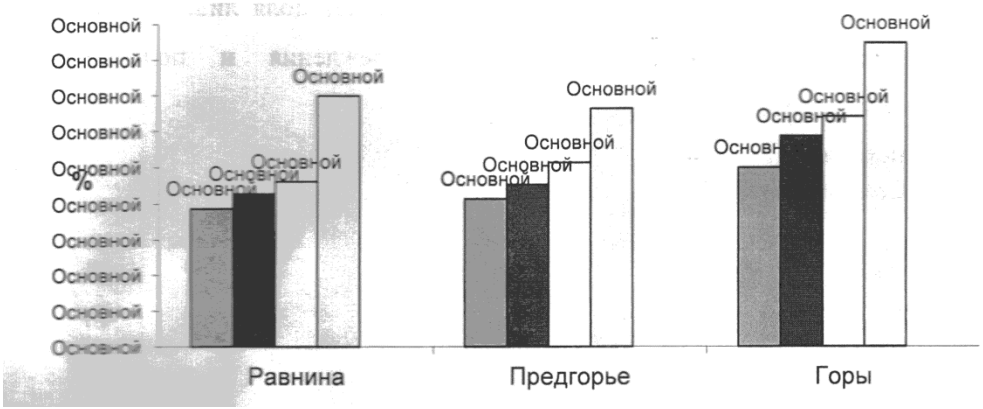
Изучение потребности в ортопедическом лечении у лиц 50-59 лет в предгорной зоне показало, что 33,6% обследованных лиц имели зубные протезы, 66,4% требовалась ортопедическая помощь. Не нуждающихся в протезировании 0,0%. Процент нуждающихся в полных съемных протезах составил 62,1%.

Анализируя полученные результаты, можно сделать заключение, что потребность взрослого населения в ортопедической стоматологический помощи с возрастом увеличивается.

Выявлено резкое возрастание показателя нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи, начиная с 20-29 лет.

Наблюдается прямая пропорциональная зависимость между возрастим показателями нуждаемости населения в ортопедической помощи, достигающая максимума в возрасте 50-59 лет (рис. 1).

Обращает на себя внимание повозрастная динамика показателей нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи. Если число лиц, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи, с возрастом растет и достигает максимума в возрастной группе 50-59 лет, то число лиц, не нуждающихся в протезировании, соответственно падает.



■ 20-29 лет ■ 30-39 лет □ 40-49 лет □ 50-59 лет ■ 60 лет и старше

Рис.1 Потребность в ортопедической стоматологической помощи обследованного взрослого населения Республики Дагестан

Нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи в объеме возрастает. Начиная с 20-29 лет и старше наблюдается некоторая волнообразность этого показателя: до 40-49 лет он идет по нарастающей, в 50-59 лет- несколько падает и вновь возрастает в 60 лет и старше.

Вероятно, объяснением этому может быть следующее. На первом из этих этапов идет увеличение удовлетворения нуждающихся в несъемных инструкциях зубных протезов, которое достигает максимума у населения, находящегося в возрасте 40-49 лет. Переход на преимущественно съемные конструкции (50-59 лет) при относительно невысоком уровне пораженности населения кариесом зубов и высоком - заболевания пародонта, а также при наличии относительно небольших по протяженности дефектов зубных рядов, высокой доступности и качества ортопедической помощи - этот показатель падает.

В свою очередь, в возрасте 60 лет и старше из-за прогрессирования заболеваний пародонта больше становится дефектов зубных рядов, увеличивается доля полностью беззубых лиц, возможности приема пищи без помощи зубных протезов, поэтому возрастает доля лиц, обращающихся в ортопедические стоматологические учреждения и получивших там зубопротезную помощь.

Список литературы

1. Атдаев Т. Стоматологическая заболеваемость и определение потребности в ортопедической стоматологической помощи коренного населения Туркменской ССР: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., - 1988. -19 с.
2. Гусенов Г.В., Махов М.М., Синицин В.Д. Пораженность кариесом зубов и обеспеченность стоматологической помощью населения различных регионов Дагестана. Здравоохранение Российской Федерации. - М., 1975. -№ 4. - С.25-27.
3. Гусенов Г.В. Эпидемиология кариеса зубов и планирование ортопедической стоматологической помощи сельскому населению Дагестанской АССР: Автореф. дис. ... канд .мед.наук. - М., 1978.-25с.
4. Кузнецова И.В. Стоматологическая заболеваемость населения Республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. - М., 2002. - 25с.
5. Курбанов О.Р. Стоматологическая заболеваемость и потребность в ортопедической помощи населения Ташкентской области Узбекистана: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. - Киев, 1991. - 21с.
6. Курбанов О.Р. Функционирование и механизмы развития регионального рынка стоматологических услуг (на примере Республики Дагестан!: Автопеф. дис. ... канд.мед.наук. - М., 2009. - 54с. – 11с.
7. Курьянов А.К. О прогнозировании потребности в ортопедической стоматологической помощи. Стоматология. - 1979. - № 2. - С.74-75.
8. Лабунец Б.А. Состояние ортопедической помощи больным пародонтозом//Актуальные вопросы стоматологии. - Полтава, 1981. -122с.

9. Лабунец Б.А. Ортопедическая помощь диспансерным больным пародоигитом и пародонтозом в условиях стоматологической поликлиники: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. - Киев, 1985. - 24с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У НАСЕЛЕНИЯ РАВНИННОЙ ЗОНЫ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Курбанов З.О., Курбанов О.Р., Алиева А.О.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала

Кафедра стоматологии детского возраста

Актуальность. Стоматологические заболевания занимают большой удельный вес среди общей заболеваемости человека. Несмотря на то, что этиология и патогенез основных стоматологических заболеваний во многом общеизвестны, на сегодняшний день во всем мире многочисленные авторы проводят исследования по этой проблеме и освещают ее с различных сторон (Кузьмина Э.М. 1998; Алимский А.В., 2002; Барер Г.М. и соавт., 2002; Орехова Л.Ю., 2004; Заикин М.С. и соавт., 2004; Грудянов А.И., Фролова О.А. 2008; Kinane D. et al., 2008; Kukleva M.P. et al., 2009; Griffin S.O. et al., 2009; Egwari L.O. et al., 2009; Ericsson.J.S. et al., 2009; Finlayson T.L. et al., 2009).

Сложность проблемы заключается в том, что наряду с некоторыми успехами и снижением уровня пораженности населения стоматологическими заболеваниями, все же во многих странах они продолжают беспокоить население, т.к. являются причиной различных осложнений и неудобств в полости рта и оказывают отрицательное влияние на качество жизни населения. На уровень стоматологических заболеваний оказывает негативное влияние целый комплекс факторов, в том числе экологические, социальные, климатогеографические, демографические, экономические (Зырянов Б.Н., Гусеев Ю.С., 1984; Адкина Г.В., Жорова Т.М., 1988; Кандейкина Н.В., 2001; Сирак С.В. 2003; Максимова Е.М., 2007).

Отсутствие до настоящего времени обобщающих данных о распространенности основных стоматологических заболеваний в Республике Дагестан затрудняет планирование и внедрение региональных программ профилактики (Русина

И.Г.. 2000; Боровский Е.В., Пригорнева,М.Т, 2001; Улитковский С.Б., 2002; Курбанов О. Р., 2009; Будайгиев М., 20.11).

Республика Дагестан отличается разнообразием природно-климатических зон, в связи с чем условия жизни населения существенно разнятся. Изменчивый климат, перенаселенность районов, нарушение экологического баланса, недостаток фторида натрия, катионов кальция, йода, магния в питьевой воде и ряд других неблагоприятных факторов в республике отрицательно сказываются на «качестве жизни» и стоматологическом здоровье его жителей (Кузнецова И.В., 2003).

О влиянии социально-экономических факторов, воздействий внешней среды, возрастного и профессионального состава миграциии и климатогеографических условий проживания на уровень и структуру стоматологических заболеваний жителей Республики Дагестан отмечали в отдельных работах ряд авторов (Ашуев Д.М., 2002;, Курбанов О.Р., 2009; Будайгиев М, 2011; Абакаров Т.А.; 2012; Алиханов Т.М., 2012). Однако, данные этих исследователей об уровне стоматологической заболеваемости в различных природно-климатических районах Дагестана противоречивы, разобщены и не полны. Кроме того, также отсутствуют данные о нуждаемости взрослого населения в лечении кариеса зубов и болезней пародонта.

Комплекс указанных выше проблем и обусловил актуальность нашего исследования

Цель исследования состоит в том, чтобы, опираясь на разрабатываемые автором концепции исследовать ее как систему повышения качества лечения и профилактики стоматологических заболеваний у взрослого населения различных климатогеографических зон Республики Дагестан.

Материалы и методы

Нами изучен стоматологический статус населения, проживающего в трех климатогеографических зонах Республики Дагестан: равнинной, предгорной и горной. Использована методика ВОЗ (1997). Всего обследовано 19 человек

ключевых возрастных групп: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 и 60 лет и старше, родившихся и постоянно проживающих на территории Республики Дагестан. Взято примерно равное количество лиц мужского и женского пола разной национальности. В основе выборки преобладает количество лиц в касте от 30 до 44 лет. У взрослого населения (35-44 лет) практически во всех регионах Российской Федерации показатели индекса КПУ соответствовали высокому уровню интенсивности кариеса по традиции ВОЗ *М*. Кузьмина, 2012).

Исследовано содержание фторидов в питьевой воде, потребляемой елями указанных местностей. Проводился забор проб воды с Следующим определением фторидов с помощью фторид-селективного электрода.

Для решения поставленной цели и задач, нами проведено комплексное эпидемиологическое обследование стоматологической заболеваемости населения, для чего были осмотрены жители трех климатогеографических зон Республики Дагестан и проанализированы полученные результаты.

Программа изучения интенсивности стоматологических заболеваний проводилась в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Результаты осмотра населения в возрасте 25-64 лет свидетельствуют о стоматологическом статусе взрослых жителей, а обследование лиц, начиная с 45-летнего возраста, позволяет планировать стоматологическую помощь пожилым жителям Республики Дагестан.

Результаты наших стоматологических исследований в равнинной зоне по распространенности и интенсивности поражения кариесом зубов, представленные в таблице, показали что его частота в среднем составляет 98,66±0,45%. В возрастном аспекте данный показатель имеет не однозначные величины. Относительно низкий уровень наблюдается в возрастной группе 20-29 лет - 96,7±1,07, во второй возрастной группе он увеличивается до 98,2±0,23, в последующих возрастных группах составляет 100% (табл. 1).

Таблица 1.

Распространенность и интенсивность кариеса зубов у обследованного

населения различных климатогеографических зон Республики Дагестан

Зоны	Возрастные группы									
	20-29 лет		30-39 лет		40-49 лет		50-59 лет		60 лет и ст.	
	Распр.	Инт.	Распр.	Инт.	Распр.	Инт.	Распр.	Инт.	Распр.	Инт.
Равнина	96.1 ± 1,58%	5,01 ± 0,08	97,18± 0,67%	12.08 ±0,3	100%	15.87 ±0.47	100%	16,76 ±0,52	100%	23,95 ±0,12
Предгорье	97,01± 0.05%	5,18± 0,08	99,1 ± 0.05%	13,08 ±0.25	100%	15,51 ±0,48	100%	17,41 ±0,47	100%	23,54 ±1.77
Горы	96.9± 1,6%	5,13± 0,07	97,91 ± 0,06%	12.69 ±0.08	100%	15,58 ±0,39	100%	17,62 ±0.15	100%	23.98 ±0.95

Изучение интенсивного показателя (КПУ) показало, что в среднем он составляет 14,86±3,39. Согласно критериям ВОЗ, его можно отнести к среднему уровню. В отличие от распространенности интенсивный показатель с возрастным фактором имеет другую зависимость, которая заключается в том, что он увеличивается до 23,95±1,24. По оценочным критериям ВОЗ, Интенсивность кариеса зубов достигла очень высокого уровня. Увеличение показателя КПУ в последней возрастной группе вполне можно объяснить тем, что в этом возрасте возрастает число удаленных зубов.

Более полную картину пораженности зубов кариесом в этой зоне, дает анализ составных элементов показателя КПУ, которые имеют различные величины.

Распространенность кариеса зубов у 20-29 летних жителей равнинной зоны была очень высокой 96,1 ±1,58, а интенсивность низкой - 5,01 ±0,08. Компоненты КПУ распределялись следующим образом: «К» - 1,42± 0,03, «П» 1,50±0,03, «У» - 2,09±0,04 (рис. 1).

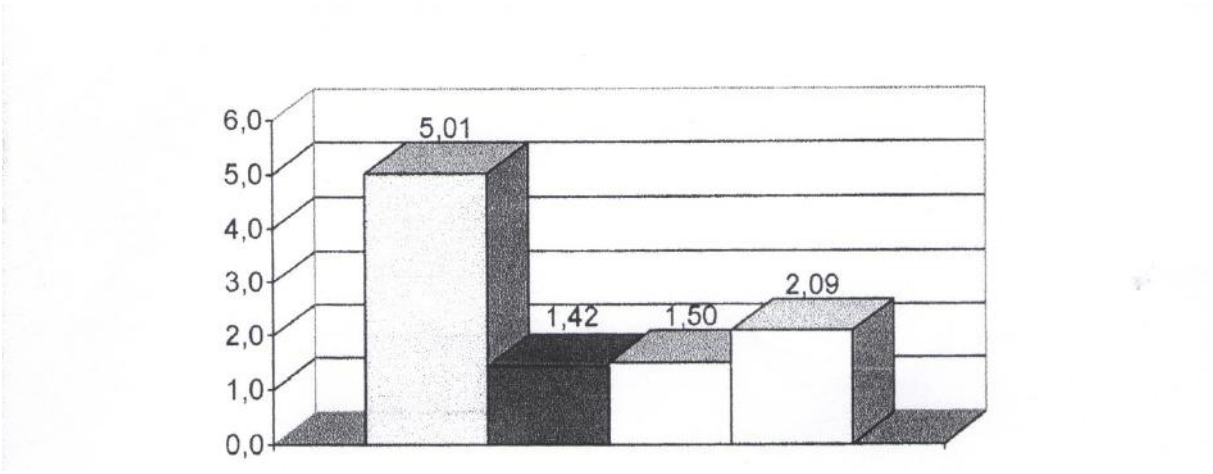


Рис. 1. Структура индекса КПУ у обследованных лиц 20-29 лет, проживающих в равнинной зоне Республики Дагестан

У обследованных в возрастной группе 30-39 лет кариес постоянных зубов встречается в 97,8±0,6% случаев. Величина индекса КПУ была равна 12,93±0,30, что соответствует среднему уровню интенсивности в соответствии с критериями ВОЗ. Показатель нелеченного кариеса составил 3,31 ±0,07%, количество пломбированных зубов было, в среднем, равно 4,29±0,13, удаленных 5,33±0,06 (рис. 2).

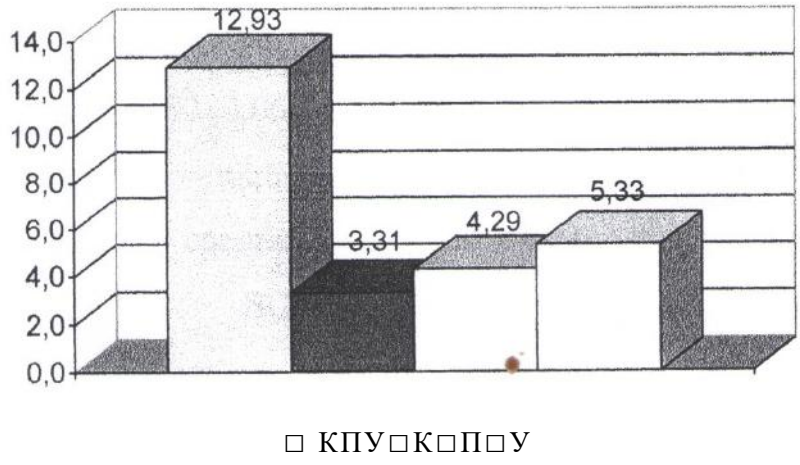


Рис. 2. Структура индекса КПУ у обследованных лиц 30-39 лет, проживающих в равнинной зоне Республики Дагестан

Среди обследованных группы 40-49 лет распространенность кариеса зубов выросла до 100% - при индексе КПУ 15,87±0,47. Компоненты индекса распре-

делились следующим образом: «К» - 2,86±0,08, «П» - 3,83±0,13, «У» - 9,18±0,17 (рис. 3а).

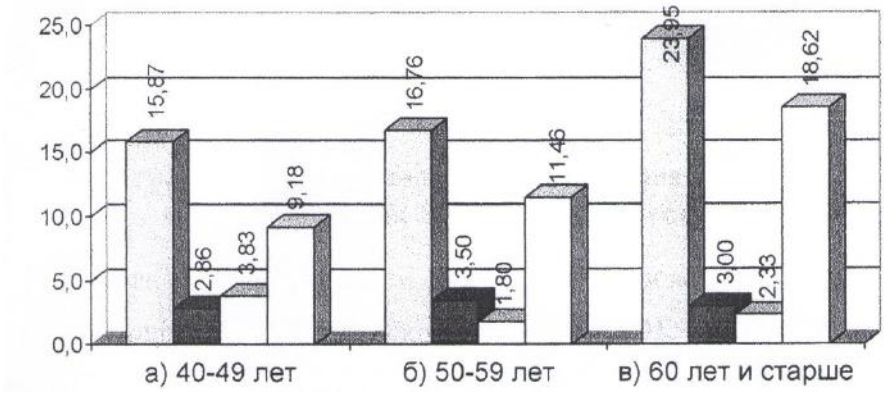


Рис. 3. Структура индекса КПУ у обследованных лиц 40-49 лет, 50-59 лет и 60 лет и старше, проживающих в равнинной зоне Республики Дагестан

Распространенность кариеса в возрастной группе 50-59 лет составила 100%

Интенсивность кариеса у обследованных граждан была равна 6,76±0,52. Индекс КПУ разделялся на составляющие следующим образом:

«К» - 3,50±0,11, «П» - 1,80±0,06, «У» - 11,46±0,08 (рис. 3б).

Распространенность кариеса в возрастной группе 60 лет и старше оставила 100% при среднем уровне интенсивности 23,95±1,24. По ценочным критериям ВОЗ, распространенность кариеса зубов соответствовала высокому, а интенсивность - очень высокому уровням. Состав компонентов КПУ был следующим: «К» - 3,00±0,15, «П» - 2,33±0,12, «У» - 18,62±0,19 (рис. 3в).

Выводы. Проведенное стоматологическое обследование показывает, что в равнинной зоне Республики Дагестан частота интенсивности поражения кариесом зубов высокая. В общем объеме число удаленных зубов, пораженных кариесом, составило весьма высокий уровень, а число запломбированных, к сожалению, незначительное. Все это свидетельствует о недостаточном уровне оказания терапевтической стоматологической помощи и требуется принятие неотложных мер по улучшению и усовершенствованию данного вида медицинской помощи населению равнинной зоны.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРАНИОФАСЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ДЕТЕЙ I И II ПЕРИОДА ДЕТСТВА С РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА

Камбарова Ш.А.

"Бухарский Государственный медицинский институт"

Республика Узбекистан

Актуальность. Врождённая расщелина губы и нёба (ВРГН) является одним из тяжелейших видов врождённой челюстно-лицевой патологии (ВЧЛП). Согласно данным ВОЗ, частота ВРГН колеблется в пределах 1 случая на 500-2000 новорождённых, что делает данный порок третьим по распространённости среди врождённых аномалий, после врождённых пороков сердечно-сосудистой системы и косолапости [M.A. Pogrel, K.E. Kahnberg, L. Andersson 2014].

Частота рождаемости детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана составляет в среднем 1 случай на 745 живорожденных. Самые высокие показатели отмечены в зоне Аральского региона, который составляет 1 случай на 540 живорожденных. Изучение и оценка этих изменений, их систематизация приводит к снижению доли челюстно-лицевых патологий, способствует не гормоническому развитию ребенка, наиболее значительный рост частоты нарушений здоровья и развития, в том числе зубочелюстной системы и прикуса среди подрастающего поколения происходит в I и II периоде детства.

В Узбекистане достигнуты определенные успехи по охране здоровья населения, снижению заболеваний, в том числе зубочелюстной системы и с врождёнными расщелинами губы и нёба среди детей. Вместе с тем, в системе здравоохранения были некоторые проблемы. Среди них важными были изучение морфометрической характеристики краниофасциальной области у детей с врождёнными расщелинами губы и нёба.

По всему миру наблюдается тенденция к увеличению частоты встречаемости данной патологии [А.С. Артюшкевич и соавт. 2013]. У больных с врождённой расщелиной нёба наблюдаются нарушения речи, слуха, акта глотания и

дыхания, связанные с патологическим прикреплением мышц мягкого нёба и развитием в виду этого нёбно-глоточной недостаточности (НГН).

Сравнительный анализ результатов лечения большинством авторов проводится с акцентом на каком-либо одном диагностическом критерии. Обычно применяется статический либо динамический анализ цефалограмм с оценкой роста и развития лицевого скелета.

Цель исследования. Изучить антропометрические параметры краниофасциальной области детей I и II периода детства с расщелинами губы и неба после проведённой ряд операций.

Материал и методы.

Для получения антропометрических данных краниофасциальной области у детей с расщелинами губы и нёба использованы клинические и антропометрические методы, с последующей статистической обработкой данных.

Детей разделили на 2 группы. Здоровые дети (I-группа) и дети с расщелинами губы и нёба (II-группа) определяли с помощью индивидуальной опросной карты, которую заполняли родители на приёме у врача челюстно-лицевого хирурга. Антропометрические показатели измеряли тазомером и метровой лентой. Проведена панорамная рентгенография верхней и нижней челюсти. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью стандартных методов вариационной статистики с использованием таблиц Р.Б.Стрелкова. Для изучения состояния прикуса и зубных рядов использовано гипсовые слепки и панорамные рентген снимки.

Результаты и их обсуждение:

У I -группы детей высота лица расположена выше по сравнению II -группы, нёба и нос перпендикулярны точке А. У детей II -группы высота лица, расположено ниже и данные статистические изменения относимы только для верхней челюсти. Длина нижней челюсти (кондилион – гнатион) (P = 0,044), высота мышелкового отростка нижней челюсти (точка-А) (P = 0,026), верхний 1 балл А (P = 0,001), нижний 1 балл А (погонион) (P = 0,038) и толщина верхней губы (P = 0,001).

Выводы:

У ребёнка, с возрастом происходят различные изменения краниофасциальной области, которое связано с характером питания и смены молочных. Внедряя, полученные данные в практическое здравоохранение можно снизит долю челюстно-лицевых аномалий.

Все это в целом свидетельствует о необходимости проведения нового исследования для решения данной проблемы.

Список литературы.

1. А.С. Артюшкевич и соавт. «Возрастная морфология грудной кости». 2013г. Минск.

2. M.A. Pogrel, K.E. Kahnberg, L. Andersson «Essentials of Oral and Maxillofacial Surgery » 2014г. Cothenburg.

3. М.Е. Зорич, О.С. Яцкевич, А.И. Караневич, 2013; Н.А. Пелешенко, «Выбор методов хирургического лечения больных с врождённой расщелиной нёба» 2013г. Таджикистан.

4. Юнусов А.С., Мамедов Ад.А., Губеев Р.И. Проблема реконструктивной хирургии наружного носа и внутриносовых структур у детей ранее перенесших хейлоуранопластику // ЛОР- практика. - 2014. - № S. - С. 62-63.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СТЕНОК ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ЛАТЕКСНЫМ КАТЕТЕРОМ

Пулатова Ш.К.

"Бухарский Государственный медицинский институт"

Республика Узбекистан

Актуальность. Вопросы травматологии челюстно-лицевой области продолжают оставаться одной из актуальных современных медицинских и социальных проблем, которая вследствие возрастания механизации, средств передвижения, темпов и ритма жизни увеличивается из года в год во всех странах по частоте и тяжести повреждений. Вместе с ростом травматизма определяется увеличение частоты и тяжести челюстно-лицевых и сочетанных повреждений. Об этом свидетельствуют многочисленные работы отечествен-ных и зарубежных авторов (Бернадский Ю.И., 1999; Шаргородский А.Г., 2004; Puzovic D.a.other, 2004). Переломы костей лицевого скелета составляют от 30 до 40 % от всего числа заболеваний у больных, находящихся на лечении в стоматологических отделениях и до 21 % от всех пострадавших с травмами, госпитализированных в лечебные учреждения (Безруков В. М., Лурье Т.М., 2000; Виноградова Н. Г., Столбов И. Ю., Бурдин В.В. и соавт., 2008; Shibahara T.a.other, 2002). Инвалидизация, в результате последствий травмы, занимает третье место в нашей стране, при этом был отмечен ежегодный прирост ее на 10 % в год, а люди младше 45 лет составляют 50 % от всех инвалидизированных (Виноградова Н. Г., Бурдин В. В., Кузнецова Н. Л. и соавт., 2007). Чаще всего повреждения челюстно-лицевой области наблюдаются у лиц трудоспособного возраста от 18 до 50 лет – 91 % (Виноградова Н. Г., Столбов И. Ю., Бурдин В. В. и соавт., 2008). В хирургическом лечении нуждаются лишь пострадавшие с переломами скуловой кости и дуги со смещением отломков.

Цель исследования. Изучение эффективности фиксации репонированных отломков скуловой кости с помощью расширяемого латексного катетера доступом через гайморову пазуху.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи мы проанализировали результаты лечения у 18 больных с переломами скуловой кости, находившихся на лечении в отделении челюстно – лицевой хирургии Бухарского многопрофильного медицинского центра, являющегося клинической базой кафедры Хирургической стоматологии БухГосМИ. Пациенты были в возрасте от 20 до 40 лет, из них 14 составляли мужчины и 4 – женщины. В зависимости от способа лечения все больные были разделены на две группы: первая группа состояла из 8 мужчин и 2 женщин, получавших традиционное лечение; вторая группа – 8 больных, состоявшая из 6 мужчин и 2 женщин, у которых применялась фиксация репонированных отломков скуловой кости с помощью расширяемого латексного катетера.

Фото № 1. Пациент с переломом скуловой стенок гайморовой пазухи до операции.

Фото № 2. Внешний вид латексного кости и катетера.

При этом латексный катетер, вводимый в верхнечелюстную пазуху через предварительно наложенное искусственное соустье в нижнем носовом ходу, расширяли с помощью введения в него раствора фурацилина или 0,9 % ного раствора натрия хлорида объёмом 10-15 мл. Катетер находился в гайморовой пазухе в

течение трёх недель вплоть до образования костной мозоли между репонированными отломками скуловой кости.

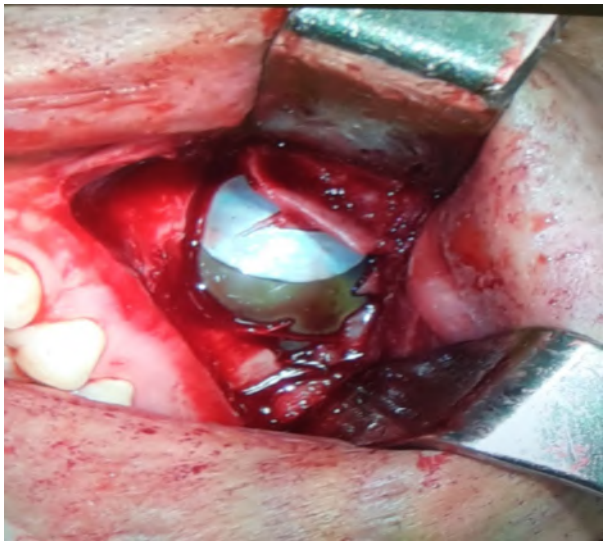


Фото № 3. Катетер заполненный раствором физиологического раствора.

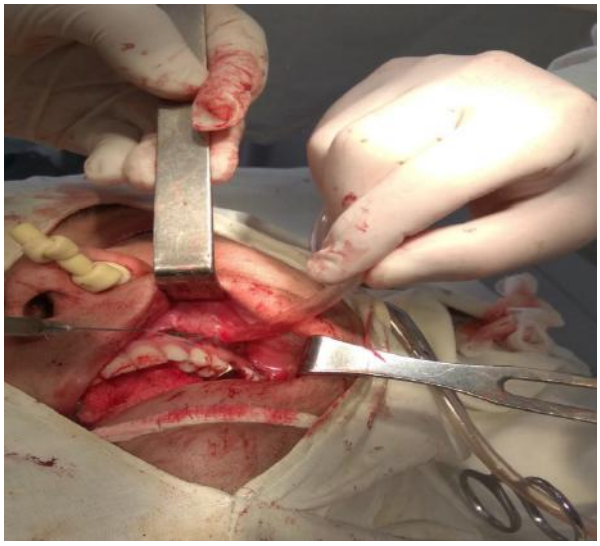


Фото № 4. Этап операции до наложения швов в преддверии полости рта.

Результаты и их обсуждение. Пациентам обеих групп в послеоперационном периоде было назначено общее антибактериальное и общеукрепляющее лечение, а также частые полоскания ротовой полости раствором фурацилина. У пациентов первой группы фиксация репонированных отломков скуловой кости производилась с помощью йодоформной турунды, туго тампонированной в верхнечелюстной пазухе. Эту турунду, один конец которой выводился наружу через наложенное искусственное соустье в нижнем носовом ходу, в послеоперационном периоде приходилось ежедневно понемногу укорачивать во избежание её возможного нагноения. Эта процедура была очень болезненной и вызывала неприятные субъективные ощущения у больных. Кроме того, для выполнения этой процедуры пациенты были вынуждены на протяжении трёх недель регулярно посещать лечащего врача, что также вызывало некоторые неудобства.

Выводы: применение метода фиксации репонированных отломков скуловой кости с помощью расширяемого латексного катетера, вводимого в гайморову пазуху имеет значительные преимущества перед традиционными способами

лечения переломов скуловой кости, в связи с чем широко внедряется в практику челюстно – лицевых хирургов.

Список литературы.

1. С.Р. Хосе Мигель. Оптимизация алгоритма медицинской реабилитации больных с переломами скулоорбитального комплекса. ГОУВПО «Московская медицинская академия».- Москва, 2011.- 95 с.

2. Ян Синь. Хирургическое лечение переломов скулоглазничного комплекса с повреждением стенок верхнечелюстного синуса. Москва2014 г. Автореферат.
3. Г.И. Юрьева. Лечение и профилактика верхнечелюстного синусита при скуловерхнечелюстных переломах в условиях сочетанной травмы. 2010 г.
4. Г.К. Петрович. Современный подход к комплексному лечению сочетанных повреждений ЧЛО. Санкт-Петербург – 2016.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКЦИОННОГО CO_2-ЛАЗЕРА ПРИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Хамраев С.Ж., Сафарова М.С.

"Бухарский Государственный медицинский институт"

Республика Узбекистан

Актуальность. В большинстве случаев рубцы мягких тканей челюстно – лицевой области являются следствием различного рода ожогов (термических, химических, электроожогов), а также травматических поражений. К способам лечения рубцов относятся хирургическое иссечение их скальпелем, дермабразия или воздействие на них лазером. Используемые с целью устранения рубцов лазеры делятся на аблативные и неаблативные. Лазерное излучение стимулирует восстановление коллагена дермой, что в свою очередь, способствует образованию коллагеновых волокон этого слоя кожного покрова. Эффективность аблативного лазера в лечении рубцов и стянутой кожи очень высока. Однако, невозможность его длительного применения и высокая степень негативного воздействия ограничивает широкое использование аблативного лазера в области дерматологии. Негативными последствиями такого лечения являются постоянная гипопигментация, гиперпигментация и рубцевание подвергнутых облучению мягких тканей. Лазеры фракционального углерод диоксида (CO_2) и фракционального фототермолиза (FF) не обладают вышеперечисленными недостатками. Лазер FF воздействует только на определенный участок кожи в виде пикселей, не оказывая при этом никакого негативного влияния на глубжележащие слои мягких тканей. Это, по сравнению с традиционными лазерными установками, расширяет возможности терапии для лечащих врачей. Использование фракционального лазера (CO_2) с целью лечения атрофических прыщей, восстановления и омоложения кожи показало прекрасные эстетические результаты [1,2,4,5]. Также имеются сведения о положительном эффекте лечения гипертрофических и послеожоговых келоидных рубцов [3,6,7].

Цель исследования. Изучить терапевтическую эффективность применения фракционального лазера CO_2 при устранении рубцов мягких тканей челюстно – лицевой области.

Материалы и методы. Было обследовано 40 больных (26 мужчин и 14 женщин) с посттравматическими (послеоперационные, послеожоговые) рубцами мягких тканей челюстно – лицевой области, лечившихся в период с августа 2019 года по июль 2020 года в многопрофильной медицинской клинике "Brosmed" города Карши. Пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную. В контрольную группу включили 15 больных, которым в качестве традиционного лечения назначали местное применение мази «Контратубекс» и введение фермента лидазы внутрь рубцов. В состав основной группы было включено 25 пациентов в возрасте от 14 до 35 лет (средний возрастной индекс 22.1), которым с помощью фракционального лазера CO_2 "KES-MED 870+" были проведены процедуры фракционального фототермолиза. Из состава обследованных пациентов были исключены беременные женщины, больные с аллергологическим анамнезом, заболеваниями соединительной ткани и со склонностью к келоидозу.

Больным контрольной группы во время каждого посещения внутрь рубца после введения местного анестетика был введен фермент "Lidaza" и на поверхность рубца нанесёна мазь «Контратубекс». Основной группе пациентов после взятия у них письменного согласия на применение фракционального фототермолиза с помощью фракционального лазера CO_2 "KES-MED 870+", стандартной фотокамерой были сняты фотоснимки подлежащих устранению рубцов. Оценена структура, пигментация и степень нарушения кожного покрова в области устраняемых рубцов. Перед началом лечебной процедуры в область рубца на период одного часа втирался анестетический крем (5% анестезин). При достижении полного анестетического эффекта зона рубца очищали от крема и обрабатывали 70% этиловым спиртом.

На область рубцов воздействовали фракциональным фототермолизом с помощью фракционального лазера CO_2 "KES-MED 870+". Во время каждого

лечебного сеанса путём двукратного последовательного отправления импульсов производили воздействие на рубцовую зону. Принимая во внимание то, что размеры, структура и характер рубцов разные, выбирался “случайный” режим работы лазера. Лазерные процедуры повторяли с перерывом 4-6 недель, курс лечения для каждого больного составил в общем четыре процедуры. Во время каждого посещения больного его рубцы сравнивали с предыдущими и анализировали изменение кожного покрова. По прошествии трёх месяцев со дня последней процедуры снова вызывали пациентов и оценивали результаты лечения. Для того, чтобы оценить изменения рубцовой зоны каждого больного на индивидуальном уровне, использовали шкалу квартальной градации и анализируя изменения, ставили баллы 0, 1, 2, 3 и 4, что соответствует 0%, 25%, 50%, 75% и 100%. Окончательный результат оценивали по нахождению среднего показателя трёх индивидуальных баллов: состояния кожного покрова, его изменений и пигментации. Если средний показатель составлял выше 2-х баллов – оценивали как отлично, единица или два балла – хорошо, результаты ниже 1 балла оценивались как неудовлетворительные.

Результаты и их обсуждение. Больные основной группы во время процедуры ощущали лёгкое болевое чувство. Возникающие в некоторых случаях после процедур такие признаки, как эритема и покраснение проходили через 2-4 после лечения. В двух случаях возникшая после воспаления пигментация прошла после антибактериального лечения, в том числе, после лазерной процедуры исчезли и линейные следы, оставшиеся в качестве осложнения. Положительный эффект лечения наблюдался у 84% (21/25) больных. Из них у 60% (15/25) отмечался результат отлично, а у 24% (6/25) результат хорошо. У оставшихся трёх больных наблюдался неудовлетворительный результат, потому что после лечебных процедур посттравматические рубцы у них не исчезли.

Выводы. Лечение посттравматических, послеоперационных и послеожоговых рубцов фракциональным фототермолизом с помощью фракционального лазера CO_2 показывает оптимальные и эффективные результаты. Система общего оценивания рубцов, учитывающая все их изменения, показывает, что по сравнению с больными контрольной группы, применением в процессе лечения фракционального лазера CO_2 достигнуто хороших лечебных и косметических результатов. С точки зрения безопасности, результаты лечения оценены как относительно удовлетворительные.

Список литературы:

1. Hruza G.J, Dover J.S. Laser skin resurfacing. Arch Dermatol. 1996; 132:451–5.
2. Waldorf H.A., Kauvar A.N., Geronemus R.G. Skin resurfacing of fine to deep rhytides using a char-free carbon dioxide laser in 47 patients. Dermatol Surg. 1995;21:940–6.
3. Lowe N.J., Lask G., Griffin M.E., Maxwell A., Lowe P., Quilada F. Skin resurfacing with the Ultrapulse carbon dioxide laser: Observations on 100 patients. Dermatol Surg. 1 995;21:1025–9.
4. Menaker G.M., Wrone D.A., Wiliams R.M., Moy R.L. Treatment of facial rhytids with a nonablative laser: A clinical and histologic study. Dermatol Surg. 1999;25:440–4.
5. Nanni C.A., Alster T.S. Complications of carbon dioxide laser resurfacing: An evaluation of 500 patients. Dermatol Surg. 1998;24:315–20.
6. Bernstein L.J., Kauvar A.N., Grossman M.C., Geronemus R.G. The short- and long-term side effects of carbon dioxide laser resurfacing. Dermatol Surg. 1997;23:519–25.
7. Alster T., Hirsch R. Single-pass CO2 laser skin resurfacing of light and dark skin: Extended experience with 52 patients. J. Cosmet Laser Ther. 2003;5:39–42.

ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ И ЗНАЧЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Жахбаров А.Г., Чудинов А.Н., Гасанова Л.Г., Салимханов А.Э.

Кафедра стоматологии детского возраста ДГМУ.

Детская Республиканская клиническая больница.

г.Махачкала, РД.

В современной детской челюстно-лицевой хирургии одной из **актуальных проблем** является врожденная патология челюстно-лицевой области, в том числе врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба (ВРГН). ВРГН являются тяжелыми пороками развития челюстно-лицевой области и характеризуются выраженными структурными и функциональными нарушениями. У детей с врожденными расщелинами губы и неба нарушены функции дыхания, сосания, глотания, речи и эстетика лица. Все дети с врожденной патологией челюстно-лицевой области являются инвалидами детства и нуждаются в длительном комплексном специализированном лечении, особом уходе и воспитании (Рогинский В.В. и др., 2002г.). Медико-социальная реабилитация таких детей сложна и многогранна.

За последние годы накоплен значительный опыт, касающийся совершенствования методов хирургического лечения больных с ВРГН, изменились подходы к возрастным показаниям при оперативном вмешательстве, разработаны новые виды операций.

Высококвалифицированную хирургическую помощь детям с челюстно-лицевой патологией, в том числе с врожденными расщелинами губы и неба (ВРГН) оказывают в нейро-челюстно-лицевом отделении Детской Республиканской Клинической больницы (ДРКБ) г.Махачкала. Отделение является клинической базой кафедры стоматологии детского возраста ДГМУ. При плановых оперативных вмешательствах большой удельный вес составляют операции хейло- и уранапластика по поводу врожденных расщелин верхней губы и неба.

Целью исследования явилось: изучение частоту отдельных видов расщелин верхней губы и неба у детей обоего пола находившихся на лечении в отделении по поводу данной патологии.

Материал и методы: для решения поставленной задачи был использован архивный материал нейро-челюстно-лицевого отделения ДРКБ. Было изучено и проведен статистический анализ 506 историй болезни детей, госпитализированных в плановом порядке с врожденными расщелинами губы и неба за последние 5 лет. Полученные данные занесены в таблицу.

Результаты исследования: в нейро-челюстно-лицевом отделении Детской Республиканской клинической больницы (ДРКБ) г.Махачкала за последние 5 лет было прооперированно 506 детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: 317-мальчиков, 189-девочек. Из общего количества госпитализированных по поводу ВРГН 318 детей, т.е. более 60% являлись жителями сельской местности. В таблице приведены данные частоты отдельных видов расщелин губы и неба у детей мужского и женского пола, находившихся на лечении в отделении.

	Всего детей	Всего детей (%)	В процентах (%)	
			мальчиков	девочек
Изолированная расщелина неба	172	34	20,0	14,0
Изолированная расщелина губы	122	24,1	14,8	9,3
Односторонняя сквозная расщелина верхней губы и неба	126	24,9	15,1	9,8
Двусторонняя сквозная расщелина верхней губы и неба	86	17,0	12,8	4,2
ВСЕГО	506	100	62,7	37,3

Наряду с определенными успехами в хирургическом лечении данной категории больных, целый ряд вопросов, связанных с их диспансеризацией и оказанием им комплексной помощи остаются не решенными.

Система комплексного лечения детей с ВРГН предусматривает длительное (от рождения до 16-18 лет), многоэтапное участие врачей разных профилей: хирур-

га, ортодонта, ортопеда, отоларинголога, педиатра, логопеда, психоневролога, социолога, физиотерапевта.

Отсутствие ранней комплексной реабилитации таких детей приводит к сложным эстетическим деформациям, требующим коррекции. Речевая патология сказывается на интеллектуальном развитии ребенка. Переживания детей, связана с негативной реакции окружающих, ухудшают состояние психики, формируют чувство ущербности. Не устранённые в детском возрасте проблемы впоследствии мешают в труде и повседневной жизни. Только междисциплинарный подход, с четким взаимодействием многих квалифицированных специалистов, позволят обеспечить получение оптимальных результатов лечения и полноценной реабилитации детей с ВРГН. Во многих регионах РФ функционирует территориальные центры по оказанию комплексной реабилитации детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Территориальной центр диспансеризации является учреждением первого уровня, который решает следующие задачи:

1. Выявление и постановка на диспансерный учет детей с врожденной и наследственной патологией ЧЛО.
2. Создание стандартов по объёму оказания специализированной комплексной помощи детям с врожденной и наследственной патологией ЧЛО.
3. Оказание ортодонтической и логопедической помощи детям.
4. Медико-генетическое консультирование семьи.
5. Психолого-педагогическую помощь детям.
6. Социальную реабилитацию детей.

В работе территориального реабилитационного центра принимают участие опытные специалисты, врачи разных профилей. Реализация всех положений центра позволяет детям с данной патологией получить хорошие эстетические и функциональные результаты, раннюю медико-социальную и педагогическую реабилитацию.

Выводы:

- За последние годы в республике не отмечается тенденция к снижению числа детей, госпитализированных по поводу ВРГН.

- Число мальчиков прооперированных по поводу ВРГН больше, чем девочек.

- Из числа госпитализированных более 60% детей с ВРГН встречаются среди жителей сельской местности.

- Изолированная расщелина неба встречается достоверно чаще других ВРГН как у мальчиков, так и у девочек.

- Несмотря на успехи в хирургическом лечении детей с ВРГН целый ряд вопросов, связанных с их диспансеризацией и оказанием им комплексной помощи остаются нерешенными.

Таким образом, приведенные данные подтверждают актуальность исследований для планирования и организации комплекса мер, направленных на лечение, диспансеризацию и реабилитацию больных детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба, свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения данной проблемы.

Список литературы:

1. Егорова М.В., Карачунский Г.М., Филатов Е.В. и др. Восстановление функций челюстно-лицевой области при ранней комплексной реабилитации детей с расщелиной губы и неба. Материалы XVI Международной конференции челюстно-лицевой хирургов «Новые технологии в стоматологии» С.Петербург, 2011. – С.72-73
2. Алимова М.Я. Комплексная реабилитация больных с врожденными расщелинами верхней губы и неба. М. Стоматология детского возраста и профилактика №3, 2001, - С.63-65
3. Данилова М.А., Александрова Л.И. Качество жизни детей с врожденной расщелиной губы и неба М. Стоматология детского возраста и профилактика 2018, Т.18 №3 (66) - С.54-57
4. Постников М.А., Ворожейкина Н.А., Карпов А.Н., Серегин А.С. Проблема реабилитации пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Самарской области М. Стоматология детского возраста и профилактика 2019, Т.19 №1 (69) -С.15-19

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.

Абдурахманов Г.Г.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

Профилактика стоматологических заболеваний отличие от всех остальных видов врачебной деятельности (диагностика, лечение, реабилитация) заключается в том, что эффективное Внедрение системы профилактики возможно только лишь при сочетании государственных, социальных и медицинских мероприятии. Основой любой системы профилактики является здоровый образ жизни, представляющий совокупность действии социальных условии и биологических факторов, использования человеком социальных, духовных и природных факторов. Поэтому возможность внедрения программы профилактики зависит как от общественно экономических и политических условии жизни населения, так и медицинских аспектов - от уровня разработки этиологических и патогенетических обосновании профилактики конкретных болезней. Выше изложенной позиции следует рассмотреть возможности, перспективы и трудности с внедрением первичной профилактики стоматологических заболевании в нашей республике. В обществе профилактика болезней и сохранение здоровья населении являются основным направлением деятельности государства и здравоохранения. Однако выполнение конституциональные гарантии и соблюдение законов реализуется через определенных конкретных исполнителей, выполнение которых зависит от многих факторов: наличие ресурсов, кадров, средств, различные технологические процессы, организаторские способности конкретных личностей. Например: по данным литературы, проверка фторофтовых установок в стране показала, что постоянно и с хорошими показателями работают не более 10% от их количества, еще 20% работают с перерывами, снарушении техноло-

гия фторирования. Санитарно-просветительная работа, гигиеническое воспитание и обучение в школах и в детских дошкольных учреждениях ведется на низком уровне. Отводимое государственными учебными программами, время на гигиеническое воспитание детей используется нерационально, вопросы стоматологии в них часто не находят отражения вообще: учителя, методисты врачи, средний мед персонал не достаточно подготовлен к проведению воспитательной работы по профилактике. Согласно государственному законодательству создана широкая профилактическая и гигиеническая система воспитания и обучения беременных женщин и детей при женских консультациях, в комнатах здорового ребенка, участкового педиатра и стоматолога, а также проводимая старшей медсестрой школы, методистами и инспекторами, учителями младших классов, воспитателями детских дошкольных учреждении. Однако не все вышеуказанные лица полностью и на должном уровне выполняют свои функциональные обязанности по воспитанию гигиенических навыков у детей и привитию им здорового образа жизни. Особенно печально обстоит дело с профилактической работой в стоматологии. Причин сложившейся ситуации много: это неквалифицированное составление учебных программ в школах, недостаточное внимание школ и детских учебных заведении к проблемам здорового образа жизни, недочеты в программе подготовки среднего медицинского персонала и воспитателей в школах, училищах, колледжах по гигиеническому воспитанию детей. Однако главная причина заключается в недостаточном внимании стоматологической общественности выше изложенному кругу проблем, поэтому вопросы стоматологии оказываются вне интересов специалистов при составлении программ, при обучении кадров. Таким образом, реализация предоставляемых государством и обществом возможностей для использования их в целях профилактической работы в стоматологии чрезвычайно мала и одной из важнейших причин является недостаточная инициатива стоматологической общественности в осуществлении предоставляемых государством прав. В повышении профилактической работы в стоматологии большое значение имеет привлечение к ней согласно имевшейся законодательству созданной для этих целей государ-

ственной системы – органы просвещения, здравоохранения, органы массовой пропаганды и агитации и др. Привлечение их возможно на основе составления и утверждения на уровне администрации, местных советов депутатов региональных программ «Здоровье» в которых должен быть предусмотрен соответствующий раздел профилактика стоматологических заболеваний. Было бы очень полезным если включить вопросы профилактики стоматологических заболевании в программу подготовки и переподготовки учителей, воспитателей, методистов, среднего медицинского персонала. Эти категории специалистов должны быть профессионально подготовлены к проведению уроков здоровья в школах, детских дошкольных учреждениях, в том числе по проблемам стоматологических заболевании. Медицинские аспекты профилактики стоматологических заболеваний в нашей стране основаны на глубокой разработке их этиологии и патогенеза. В настоящее время имеются достаточные как теоретические, так и практические обоснования высокой эффективности внедрения проведенных исследовании. Однако осуществление профилактики точки зрения медицинских аспектов затруднено по ряду субъективных и объективных причин. К первым относится психологическая и практическая неподготовленность медицинского персонала к реализации раздела в стоматологии. Объективными причинами являются:

1- отсутствие материальной базы, оборудованных кабинетов (комнат) здоровья и гигиены полости рта для проведения профилактики в школах, детских дошкольных учреждениях в детских стоматологических поликлиниках,

2- отсутствие подготовленных медицинских кадров среднего звена, предназначенных для профилактической и санационной работы. Необходимо в настоящее время проводить подготовку специалистов для выполнения профилактикческой работы.

Таким образом, в нашей Республике имеются значительные предпосылки для массового внедрения комплексной системы первичной стоматологической профилактики и их реализация во многом зависит от участия и обучения соответствующих специалистов, а также от контроля за их работой. Выполнение

этой задачи возможно при совместных условиях стоматологов и квалифицированных специалистов других отраслей народного хозяйства с участием государственных и партийных органов.

Список литературы.

1. Профилактика стоматологических заболевании. С.Г. Ананян, Г.Б. Оспанова, О.И. Попова, г. Москва 1987г.

2. Использование регионарных ориентировочных программ профилактики стоматологических заболеваний. г. Москва. 1987г.

3. Профилактика стоматологических заболевании. О.М. Кузьмина. 2003г., г. Москва.

ПУТИ РЕШЕНИЯ КОНФЛИКТЫХ СИТУАЦИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Маммараева А.М., Гасанова Л.Г., Османова Ф.М.

Москва. КДЦ «Измайловский» ФГБУ «НМХЦ им.Н.И.Пирогова» Минздрава России

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения

Развитие законодательства в России новый характер экономических взаимоотношений, современные условия оказания стоматологической помощи, связанные с материальными затратами и дорогостоящими методами лечения, меняют прежние понятия и модель взаимодействия участников лечебного процесса: врач-пациент. «Человеческий фактор», присутствующий во всех специальностях, связанных с общением с людьми, в стоматологии особенно выражен.

В последние годы прослеживаются общие тенденции, связанные с осознанием пациентами своих прав и готовности отстаивания их вплоть до судебных инстанций. В сложившихся условиях для оказания качественной медицинской помощи недостаточно иметь хорошие теоретические знания и практические навыки, необходимо понимать психологию пациента и представлять возможные деонтологические проблемы.

В противоположность большому объему законодательной базы в отношении защиты прав пациентов, регламентирующих отношения медицинских учреждений с пациентами, права врачей остаются практически незащищенными. Растет количество жалоб и исков в отношении оказания стоматологических услуг, участились конфликтные ситуации. Существенную помощь в решении конфликтов между врачом и пациентом может оказать комплаенс и информированное добровольное согласие. В зарубежной медицинской практике информированное добровольное согласие и комплаенс стали нормой при оказании ме-

дицинских услуг. Любое отступление от закона или профессиональной этики может послужить причиной обращения пациента в суд.

Комплаенс (англ. compliance – согласие, послушание) – действия врача в соответствии с тем, что понял, понимает и принимает пациент (диагноз, процедуры, содержание, назначения, лечебный план, стоимость лечения, а также гарантии). Комплаенс охватывает сферу медицинской этики и в то же время отражает интересы получателя услуг.

В ноябре 2011 года были приняты «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», где указано, что «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законодательного представителя на медицинское вмешательство» (ст.20).

Информированное добровольное согласие (ИДС) становиться одним из главных документов при оказании медицинской помощи.

ИДС – это письменно или устно полученная информация, уведомляющая пациента о медицинском вмешательстве, в котором указывают цели медицинских услуг, методы оказания медицинской помощи, риски и возможные негативные результаты лечения. В стоматологии ИДС оформляется на каждый вид помощи: проведение местного обезболивания, лечение кариеса, эндодонтическое вмешательство при лечении корневых каналов, пародонтологическое лечение, удаление зуба, рентгенологическое обследование и т.д.

Информированное добровольное согласие – это медицинский документ, который составляется с соблюдением правил грамматики и с учетом определенных требований:

- текст должен быть четким, лаконичным, легким для понимая (предложения короткие, присутствующие медицинские термины разъясняются)

- текст должен легко восприниматься зрительно (крупный шрифт, абзацы)

Врач-стоматолог должен обязательно предоставить документ пациенту в письменном виде. Пациент, внимательно ознакомившись с ИДС, ставит подпись о согласии на предстоящее лечение. Без согласия пациента врач не имеет

права на медицинское вмешательство. Врач-стоматолог должен проявить максимум терпения и тактичности для того, чтобы достигнуть комплаенса с пациентом, который подтверждает свое понимание плана рекомендуемого лечения подписью. Если пациент отказывается ознакомиться с ИДС и не подписывает документ согласия, не объясняя причину, врач имеет право отказать в плановом лечении такому больному.

Нередко конфликты возникают при оплате счета после завершения стоматологического лечения, т.к. сумма оказывается для пациента более высокой, чем он рассчитывал. Поэтому комплаенс между врачом и пациентом по поводу стоимости стоматологических услуг должен быть достигнут до начала лечения. Сумма озвучивается ни как бы между прочим, а четко акцентируется и при необходимости объясняется из чего она складывается. Врач должен ответить пациенту на интересующие его вопросы, чтобы он осознанно принял решение дать согласие приступить к лечению на предложенных ему условиях.

Таким образом комплаенс и информированное добровольное согласие являются серьезным оружием для нейтрализации конфликтов между врачом и пациентом.

Достаточно часто претензии нервных, перевозбужденных пациентов бывают необоснованными. В таком случае воспользуйтесь советом проф. В.В.Бойко:

«Даже в тех случаях, когда пациент предъявляет субъективные претензии, когда он думает, что правда на его стороне, лучше выяснять конфликт с умиротворяющей фразы, которая играет роль ключа доступа к сознанию потребительских услуг - «Я Вас хорошо понимаю»».

Список литературы:

1. Бойко В.В. Психоэнергетика – СПб: Питер 2008-416с.
2. Бойко В.В. Правила бесконфликтного общения стоматологов с родителями детей-пациентов. – Стоматология детского возраста и профилактика том XII 2(45) 2013. С.76-80
3. Гасанова Л.Г., Нагиева С.Э., Гаджиев А.Р. Причины и типы конфликтных ситуаций при оказании стоматологической помощи детям. Материалы респуб-

ликанской научно-практической конференции «Медицинская этика и деонтология. Психология общения. Конфликтология» Махачкала, 2018, с.236-239.

4. Киселева Е.Г., Кузьмина Д.А. Взаимоотношения врачей и пациентов на стоматологическом приеме и пути их улучшения – СПб: ООО «Медиздательство», 2006 – 48с.
5. Курбанов О.Р. Управление функционированием и развитием рынка стоматологических услуг. М.Медицина, 2005-336с.
6. Курбанов О.Р. Правовое регулирование отношений при оказании стоматологических услуг. Учебно-методическое пособие, Махачкала, 2006 -27с.

СТРУКТУРА ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ г. МАХАЧКАЛЫ

Чудинов А.Н., Жахбаров А.Г., Гасанова Л. Г., Бигаева У. С., Салимханов А.Э.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

ГБУ РД Детская РКБ, г. Махачкала

Проблема гнойной инфекции челюстно-лицевой области и шеи у стоматологических больных остается актуальной. Это обусловлено рядом причин: снижением резистентности организма, трансформацией возбудителей, недостаточной эффективностью проводимого лечения и многими другими.

Высокая распространенность острых гнойно-воспалительных заболеваний одонтогенной природы и более тяжелая их клиническое течение в детском возрасте связана с анатомо-топографическими особенностями строения лица и шеи у детей, способствующими более быстрому распространению воспалительного процесса по клетчаточным пространствам. С явлениями выраженной интоксикации всего организма и характерными признаками угнетения ЦНС.

Цель исследования: изучить структуру воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области одонтогенного происхождения у детей г.Махачкалы находившихся на стационарном лечении в челюстно-лицевом отделении ДРКБ.

Материал и методы: В нейро-челюстно-лицевом отделении ДРКБ г.Махачкала проведен анализ историй болезни пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями в области лица и шеи, за последние 5 лет. На долю больных с данной патологией приходилось около 60% от всех госпитализированных. В результате анализа 1089 стационарных историй болезни детей в возрасте от 4 до18 лет госпитализированных в челюстно-лицевое отделение ДРКБ с гнойно-воспалительными заболеваниями были получены данные, которые представлены в таблице.

Структура одонтогенных воспалительных заболеваний

№	Одонтогенные воспалительные заболевания	Кол-во бол.	%
1	Острый серозный периостит нижней челюсти	104	9,55
2	Острый гнойный периостит нижней челюсти	179	16,44
3	Острый гнойный периостит верхней челюсти	118	10,83
4	Одонтогенный остеомиелит нижней челюсти	152	13,96
5	Острый гнойный лимфаденит	211	19,38
6	Аденофлегмона	325	29,84
	Итого:	**1089**	**100**

Изучение истории болезни госпитализированных включала также получение сведений о предшествующих причинах заболеваний, особенности течения и эффективности лечения на до госпитального этапа, клиническое течение заболевания во время пребывания пациента в стационаре, проведенное ему хирургическое вмешательство и медикаментозная терапия.

Во время пребывания в стационаре всем больным была оказана хирургическая помощь в полном объеме. С целью определения чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам, в ходе операции брался материал для посева из очага воспаления. После оперативного вмешательства проводилось комплексное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Антибактериальные препараты назначались строго с учетом чувствительности миклофлоры воспалительного очага. По завершению лечения у всех больных отмечено полное выздоровление. При выписке детям с кариозными зубами было рекомендовано проведение санации полости рта по месту жительства.

Результаты и обсуждение: анализ данных историй болезни, госпитализированных больных детей по поводу одонтогенных воспалительных заболеваний показал, что:

- в структуре одонтогенных воспалительных заболеваний преобладают оденофлегмоны и острые гнойные лимфадениты

- острый гнойный периостит и одонтогенный остеомиелит встречается значительно чаще на нижней челюсти, чем в области верхней челюсти.

- источником одонтогенной инфекции являлись зубы с осложненными формами кариеса (острые и обострившиеся хронические пульпиты и периодонтиты), при этом преимущественно молочные моляры и первые постоянные моляры.

- на догоспитальном этапе были допущены ошибки диагностики, хирургическая помощь не проводилась своевременно и в полном объеме.

- антибактериальные препараты назначались без учета их чувствительности к микрофлоре очага воспаления.

- поздняя госпитализация, особенно маленьких детей, способствовало развитию более тяжелых форм заболеваний.

Вывод: одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей, остаются распространённой патологией, причинами которой являются отсутствие санации полости рта, ошибки в диагностики и нерациональное лечение осложненных форм кариеса. Профилактические мероприятия, правильно выбранная тактика лечения пульпитов и пародонтитов молочных и постоянных зубов, использование современных методов диагностики при затруднении постановки диагноза позволят снизить распространенность одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области у детей. Существенными причинами не эффективного лечения детей с одонтогенными воспалительными заболеваниями в условии поликлиники является нерациональное применение антибактериальных препаратов, без учета их чувствительности к микрофлоре очага воспаления и поздняя госпитализация больных.

Поэтому своевременная госпитализация детей при этих заболеваниях, радикальная хирургическая помощь, соответствующая антибактериальная, противовоспалительная терапия и физиопроцедуры позволят повысить качество лечение больных детей с одонтогенными воспалительными заболеваниями.

Список литературы:

1. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей. М.: Медицина, 2009. – 211 с.
2. Чувилкин В.И., Панин А.М., Царев В.Н., Широков Ю.Е., Панини М.Г. Особенности тактики этиотропного лечения при одонтогенных воспалительных процессах. Клиническая стоматология – 2011 – №2- С.60-64
3. Фазилов Ж.А. Оценка клинико-биологической эффективности цефтриаксона у детей с одонтогенными воспалительными заболеваниями. Стоматология детского возраста и профилактика – 2001-№3-С.49-51
4. Рогинский В.В., Каринская Н.Н. Особенности клинического течения воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области у детей. Стоматология-1996-№6-С.48-52.

МЕРЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РЕЦИДИВА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ПРИЧИНЫ ИХ ПОЯВЛЕНИЯ

Алимирзоев Ф.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

При проведении ортодонтического лечения одной из ключевой целью является достижении оптимальной функциональности и эстетики. Для пациентов, которые имеют скученное положение на фронтальном участке верхних и нижних челюстей именно сохранение правильного положения зубов в постретенционном периоде представляет серьезную клиническую проблему[1,2].

Цель исследования- повышение эффективности ортодонтического лечения пациентов со скученным положением зубов во фронтальных участках челюстей, за счет применения фибротомии, сокращение вероятности рецидива после активной фазы ортодонтического лечения.

Как известно правильный прикус формируется еще в детском возрасте и основными причинами развития аномалии являются ротовое дыхание, нарушение нарушение мышечной функции: прокладывание языка между зубами, неправильное глотание, генетические особенности строения лицевого скелета, травма челюсти, подвывих или нарушение функции височно- нижнечелюстных суставов, потеря отдельных зубов, при котором соседние зубы наклоняются в сторону дефекта и т.д. Для устранения этих причин применяют ортодонтическое лечение. Как известно, устройства, применяющие при таком лечении, могут быть съемные и несъемные. Съемным является пластинка, которая изготавливается индивидуально и прочно удерживается на зубах пациента. Несъемная аппаратура (брекеты) крепятся во рту пациента на весь курс лечения, продолжительность которого зависит от тяжести существующей аномалии пациента.

Проводить ортодонтическое лечение можно в любом возрасте, но хоте-лось бы отметить, что с возрастом снижаются компенсаторные возможности организма пациенту труднее приспособиться к процедуре длительного лечения.

Также при ортодонтическом лечении взрослых возникают сложности из-за существующих дефектов зубных рядов, болезней периодонта. Имеющие у взрослых пациентов депульпированные зубы, множественные реставрации и пломбы ослабляют силу сцепления брекетов с искусственными поверхностями зубов[4]. Хотелось бы отметить, что сроки ортодонтического лечения взрослых пациентов более длительны по срокам, результаты менее устойчивы и появля-ется склонность к рецидивам. На это влияет увеличение плотности компактной пластинки костной ткани, снижением ее пластичности и ослаблением обменных процессов, что создает трудности в перестройке костной ткани.

До недавнего времени ортодонтическое лечение взрослых было не таким распространенным явлением. Если в 1970 годах менее 5 % ортодонтических пациентов были старше 18 лет, то к 1990 годам наблюдается рост числа пациентов (число таких пациентов составило уже около 15 процентов). Сейчас наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов старшей возрастной группы от 40 лет и выше, проходяшие курс полного ортодонтического лечения. Поэтому вопросы возможного рецидива после проведенного лечения являются актуальными [2].

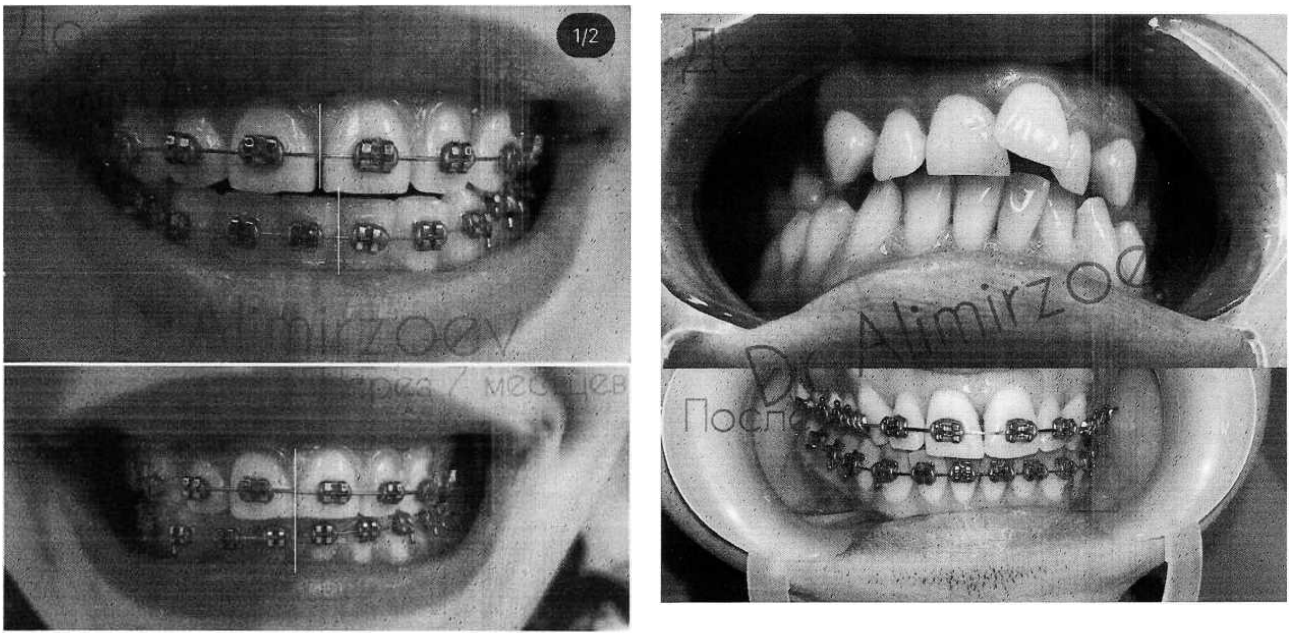


Рисунок 1. Лечение, проведенное при применении несъемного аппарата (брекет-системы).

При проведении ортодонтического лечения одной из ключевой целью является достижении оптимальной функциональности и эстетики. Для пациентов, имеющих скученное положение на фронтальном участке верхних и нижних челюстей именно сохранение правильного положения зубов в постретенционном периоде представляет серьезную клиническую проблему. При проведении ортодонтического лечения, исходя их характеристик существующих аномалий, либо при изменениях, происходящих в результате лечения, предсказать, у кого из пациентов возникнет рецидив после проведенного лечения не представляется возможным. Многие авторы для поддержания эффективности лечения указывают на необходимость продолжительной ретенции.

Для получения результата после проведенного лечения необходимо выявить причину рецидива, например, растяжение прилепленной десны и связочного аппарата зуба после окончания действия ортодонтических сил.

В норме зуб находится в лунке альвеолярного отростка верхней или нижней челюсти и прикреплен к кости с помощью множества волокон (в совокупности именно они образуют периодонтальную связку), благодаря которым зубы удерживаются в кости, «не выпадают», передают жевательное давление на кость и являются первым звеном для возникновения рефлекса жевательного движения. При приложении усилия к зубу эта связка растягивается, что приводит, как правило, к сдавлению сосудов, то есть к нарушению кровоснабжения, и как результат к появлению остеокластов, которые рассасывают кость. Движение зуба - это последовательное рассасывание и образование кости, а также растяжение периодонтальной связки и ее дальнейшая перестройка.

Однако, периодонтальным связкам, для того, чтобы приспособиться к новым условиям, закрепиться в другом положении необходимо время. Если не дать нашему организму это время для восстановления - это приведет к рецидиву. У каждого человека данное время индивидуальное. В среднем при скученности зубов это время составляет около 3-5 лет. При редком же расположении зубов (наличие трем и диастем) здесь ситуация немного другая: природа пустого ме-

ста не любит, сразу же стремится его чем-то заполнить, поэтому зубы могут поехать в сторону пустого места. Чаще всего у таких пациентов бывает пожизненная ретенция.

Ретенционный период является неотъемлемой частью ортодонтического лечения, основным этапом которого является удержание зубов в правильном положении после снятия конструкций.

Ретенцию проводят при помощи ретенционных конструкций или аппаратов. Одним из видов конструкций является установлений ретейнера, который представляет собой несъемную конструкцию, прикрепляемой к язычной поверхности фронтальных зубов. Фиксировать такую конструкцию не рекомендуется на срок более 5 лет, в противном случае это будет мешать индивидуальной физиологической подвижности зубов, снизится микроциркуляция и нарушиться периодонтальная связка.

Одним из методов профилактики рецидива скученного положения зубов также относят фибротомия, которая проводится хирургическим методом, путем рассечения волокон круговых связок зубов, изменивших своё положение в процессе ортодонтического лечения. Рубцовая ткань, которая образуется после этого вмешательства, уменьшает эластические свойства волокон связки, что делает положение зуба более устойчивым и фиксируемым[3].Этот метод позволяет исключить негативное воздействие связочного аппарата выровненных зубов, которые имели ранее скученное положение.

Список литературы

1. Аюпова Ф.С. выбор метода лечения при скученном положении зубов / Ф.С. Аюпова , О.А. Ажмегова // Современные вопросы стоматологии: Матер. XII межрегиональной научно-практич. конферен. стоматологов. Ижевск, 2000. С. 253-255

2. Акопян В.Л. Организация комплекса мер по предупреждению рецидива скученного положения зубов фронтальных участков челюстей после ортодонтичекого лечения/ дис... канд. мед. наук: 14.00.21/ В.Л. Акопян, 2008. 148 с.

3. Кулаков С.А., Байриков И.М., Столяренко П.Ю., Солтанов А.Д. «Фибра-

томия как метод профилактики рецидива после ортодонтического лечения.» // Стоматолог-практик, №4, 2016

4. Руководство по ортодонтии/ под ред. Хорошилкиной Ф.Я.-2-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицина, 1999. -880 с.

5. Проффит У.Р. современная ортодонтия/ под ред. профессора Персина Л.С.- 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2015.-560 с.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ПОДРОСТКОВ 12-15 ЛЕТ Г. ВОЛГОГРАДА.

Быстрова А.Ю., Салова А.М.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,

г. Волгоград, Российская Федерация

Научный руководитель: ассистент кафедры стоматологии детского возраста ВолгГМУ Т.И. Фурсик; доцент кафедры стоматологии детского возраста ВолгГМУ Д.И. Фурсик.

Введение. Заболевания пародонта – актуальная проблема в стоматологии. Она особенно важна в детском возрасте, поскольку многочисленные исследования последних лет свидетельствуют о высоком росте болезней пародонта у детей и подростков. Это объясняется тем, что постоянно растущие и морфологически перестраивающиеся ткани особенно подвержены рискам возникновения патологических процессов. Высокая предрасположенность к заболеваемости пародонта у детей и подростков 12-15 лет связана с функциональной и морфологической незрелостью его структур и постоянной их перестройкой. Уменьшив влияние факторов риска, можно снизить интенсивность воспалительного процесса [1,2].

Наряду с незрелостью тканей пародонта, высока так же роль повышенной реактивности растущего организма. Воспаление десны может бесследно исчезать под влиянием минимальных вмешательств или, несмотря на ликвидацию причин, вызвавших гингивит, приобретать характер самостоятельно-прогрессирующего заболевания [5].

Любые осложнения, связанные с патологией пародонта, часто приводят к потере зубов еще в молодом возрасте и ухудшению качества жизни пациента в целом. Поэтому ключевым моментом является выявление и снижение уровня влияния патологических факторов на дальнейшее развитие заболевания [3, 4].

Цель исследования: определить распространенность гингивита у подростков 12 и 15 лет, выявить факторы риска и проанализировать их взаимосвязь с причинами в контексте значимости этих факторов в развитии хронического гингивита в выделенной возрастной группе.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели было проведено стоматологическое обследование , которое осуществлялось на базе Стоматологической поликлиники ВолгГМУ г. Волгограда, и определен стоматологический статус детей. Осмотр полости рта выполнен с помощью стандартного набора стоматологических инструментов при искусственном освещении.

В исследование были включены 50 подростков в возрасте 12 и 15 лет . В процессе проведения стоматологического обследования у каждого пациента оценивали состояния гигиены полости рта по методике Грина-Вермиллиона (1964) . Оценка степени тяжести гингивита проводилась с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (индекс PMA , Schour, Massler) . Для определения состояния периодонта использован индекс КПИ (П.А. Леус, 1988). Данные осмотра внесены в карту обследования и статистически обработаны.

Результаты и обсуждения: из общего числа обследованных у 76% подростков был выявлен гингивит. На долю подростков 12 лет приходится 60,5% , в то время как на детей 15 лет –39,5% (рис.1)

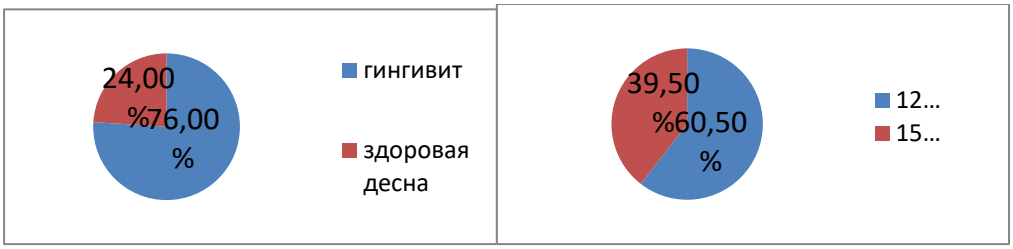


Рисунок 1. Распространенность гингивита среди подростков (%)

Оценка уровня гигиены полости рта по индексу Грин-Вермиллиона показала у обследуемых преобладание высоких значений индекса (2,0) , что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены. (рис.2)

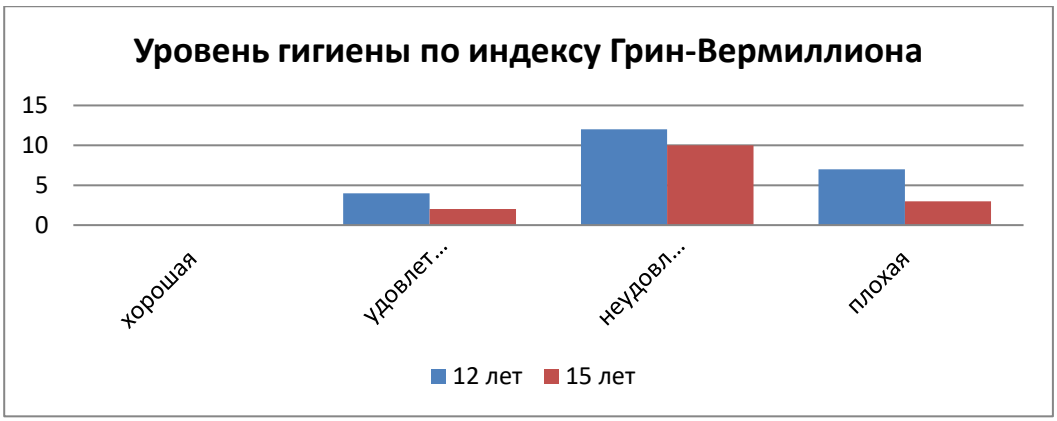


Рисунок 2. Уровень гигиены по индексу Грин-Вермиллиона

По данным индекса РМА 63,1 % подростков имеют гингивит легкой степени тяжести (РМА <30%), 26,3 % - средней (РМА в пределах 31-60%) и 10,6%-тяжелой (РМА >61%) (рис.3,4).

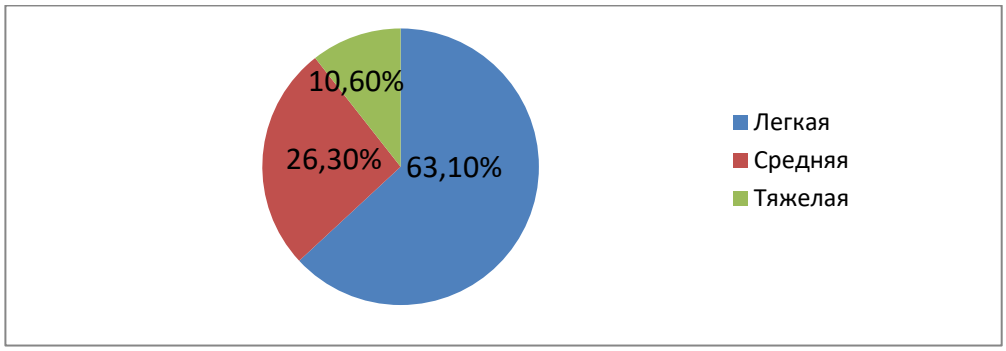


Рисунок 3. Оценка степени воспаления десны по индексу РМА (%)

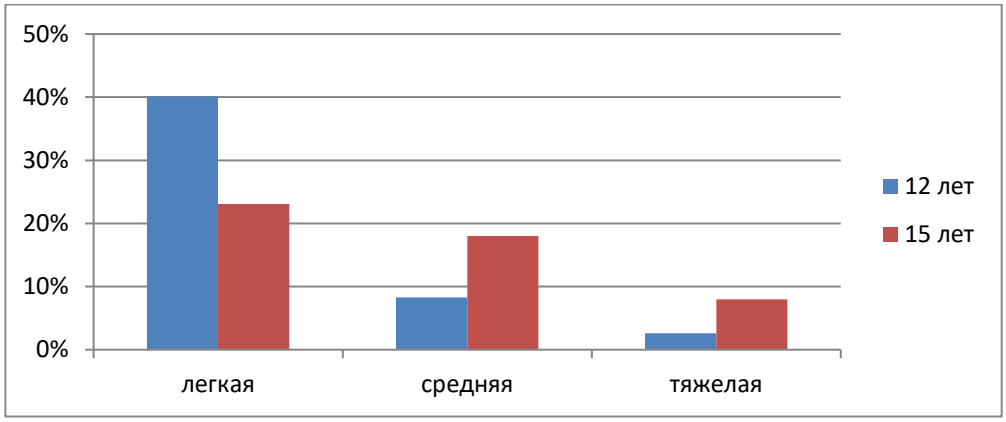


Рисунок 4. Распространенность индекса РМА среди подростков 12 и 15 лет.

Анализ индекса КПИ указывает на то, что риск возникновения заболеваний периодонта имеют 21 % детей, легкая степень заболевания определяется у 71% и средняя степень – у 8 % обследуемых. Тяжелая степень не определяется.(рис.5,6)

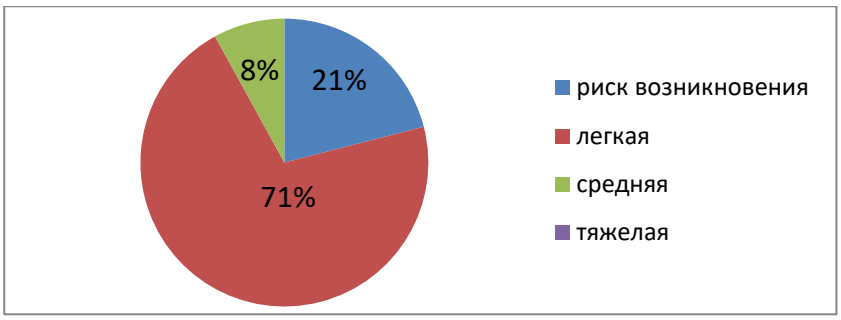


Рисунок 5. Анализ индекса КПИ (%)

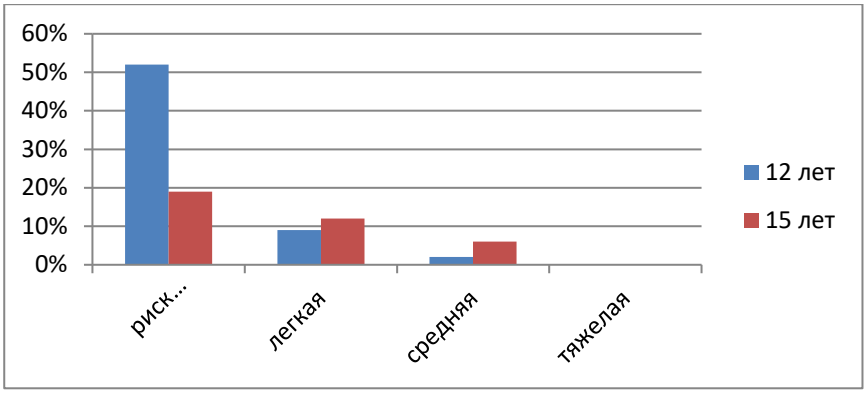


Рисунок 6. Распространенность индекса КПИ среди подростков 12 и 15 лет.

Из этого следует, что самым распространенным фактором воспаления десны является неудовлетворительная гигиена полости рта. Тем самым существует определенная связь между гингивитом и количеством и качеством зубного налета. Как правило, он является механическим, химическим и биологическим раздражителем тканей периодонта. Кроме этого, повреждения десны могут быть вызваны действиями самого хозяина, так называемая хроническая аутотравма . Это может быть механическая травма при неправильной чистке зубов и неправильном очищении межпроксимальных пространств

В результате исследования была проведена контролируемая чистка зубов, которая выявила ошибки при чистке зубов, а именно сокращение времени чистки , нарушение методики, отсутствие дополнительных средств и предметов ухода за полостью рта. У 25% обследуемых обнаружена взаимосвязь гингивита с зубочелюстными аномалиями. А именно, гингивит часто выражен у пациентов с аномалиями и деформациями зубочелюстной системы , такими как скученность зубов, неправильный прикус, ротовое дыхание, отсутствие антагонистов.

Немаловажную роль играют ятрогенные факторы – некачественные пломбы , с нависающими краями , кариозные полости на контактных поверхностях, ор-

тодонтические конструкции, зубной камень и тд., раздражая ткани десны в течении длительного времени , могут стать причиной возникновения хронического гингивита. Эти факторы диагностированы у 10% подростков.

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют также о том, что гингивит у подростков может быть обусловлен нарушением архитектоники мягких тканей полости рта (короткие уздечки губ, языка, мелкое преддверие и др.). К его возникновению предрасполагает также снижение неспецифической сопротивляемости организма на фоне: эндокринных сдвигов (сахарного диабета, пубертатного периода, беременности, приема КОК), патологии пищеварительной системы, гиповитаминозов, инфекционных заболеваний , иммунных нарушений. В подростковом возрасте особенно выражен гормональный дисбаланс, что способствует проявлению гипертрофического хронического гингивита.

Заключение: Таким образом, нами установлено, что среди воспалительных заболеваний у детей гингивит является высоко распространенной патологией, которая требует своевременного обнаружения и предотвращения развития. По результатам исследования нами установлено, что в изученных возрастных группах 12 и 15 лет, наибольшее значение в развитии гингивита имеет фактор недостаточной гигиены полости рта. В целях снижения риска возникновения данной патологии рекомендуется уделить повышенное внимание работе по улучшению гигиенического состояния полости рта в подростковом возрасте, а именно: соблюдению времени чистки зубов, улучшению техники чистки зубов, и применению дополнительных методов и средств улучшения гигиены полости рта по индивидуальной рекомендации врача-стоматолога.

Список литературы

1. Детская терапевтическая стоматология/Т.Н. Терехова и [др.]//Минск.2017:495..
2. Попруженко,Т.В. Профилактика основных стоматологических заболеваний / Т.В.Попруженко, Т.Н.Терехова. –М. : МЕДпресс-информ, 2009. –464 с.

3. Янушевич О.О., Рунова Г.С., Гончаренко А.Д. Влияние окклюзионной травмы на развитие заболеваний пародонта // Российская стоматология. 2010. Т. 2. №3. С. 16–19.
4. Шаковец,Н.В. Стоматологическое обследование детей раннего возраста // Современная стоматология. –2017. –№ 4. –С. 8–12.
5. Терехова Т.Н. Маргинальный периодонтит у детей в различные возрастные периоды: учебно-методическое пособие / Т.Н. Терехова, Л.В. Козловская, Е.А. Кармалькова. – Минск: БГМУ, 2002. – 27с.

—

ЗАКИСЬ АЗОТА-КИСЛОРОДНАЯ СЕДАЦИЯ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ

Корнеева Н.М., Попова Д.С., Рабаданова К.С.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград

Актуальность. Страх, беспокойство и повышенная чувствительность к боли является важной задачей стоматологии, как медицинской дисциплины. Различные исследования показали, что распространенность дентофобий составляет от 10% до 30% пациентов (и взрослых, и особенно детей) во всем мире [2]. Доказанным фактом является, что седация значительно снижает уровень тревоги и страха, а стало быть, и повышает комфортность лечения, так и безопасна в опытных руках профессионала.

Определения и понятия. Седация - контролируемая медикаментозная депрессия сознания с сохранением защитных рефлексов, самостоятельного эффективного дыхания, ответа на физическую стимуляцию и вербальные команды [5].

Закись азота (динитрогена оксид, N2O) - бесцветный газ без запаха. Закись азота является слабым анестетиком.

Фармакокинетика закиси азота. N_2O обладает высокой диффузионной способностью, вследствие этого, закись азота обладает выгодным с позиции в анестезиологии фармакологическим свойством - быстрым достижением насыщения в крови и тканях, и быстрой элиминацией из организма. После прекращения вдыхания закись азота выделяется в неизменённом виде через дыхательные пути. [4].

Цель исследования. Обзор обеспечения седации, химических и фармакокинетических свойств закиси азота, особенностей ее применения, методики интраназальной седации, показаний и противопоказаний, обобщение и анализ опыта седации в стоматологии «Ольга» так и из доступных источников.

Материалы и методы. Исследование было организовано на базе стоматологической клиники «Ольга» города Волгограда в 2021 году. В ходе работы за январь месяц 2019, 2020 года был произведен анализ научной медицинской литературы, данных амбулаторных карт пациентов из программы «Dental4Windows», наблюдение и изучение деятельности врачей во время выполнения протокола седации при лечении пациентов в стоматологической клинике «Ольга», а также оценка полученного в ходе наблюдений опыта.

Результаты и их обсуждение. По результатам анализа амбулаторных карт пациентов в программе «Dental4Windows» за январь месяц 2019 года, 132 пациента проходили лечение под седацией. Из них 11 человек хирургического отделения, 3 человека терапевтического отделения и 118 человек из детского отделения. В январе 2020 года оказание услуги седации было выполнено 224 пациентам. Из них 30 человек хирургического отделения, 13 терапевтического отделения и 181 из детского отделения. Что касается возрастного распределения, то 83% седаций были выполнены на пациентах в возрасте от 5 до 8 лет и 17% от 26 до 59 лет. Распределение по возрасту было обобщено на (рис.1).

Рис.1.Возрастное распределение.

Общий процент успешно проведенных седаций составил 96%, а не успешно проведенных 4%. Средний возраст для стоматологических сеансов, в которых пациенты не успешно завершили лечение был 7,5 лет. Что касается пола 62% седаций, были проведены пациентам женского пола, и 80% пациентам мужского пола. Распределение по полу было обобщено на (рис.2).

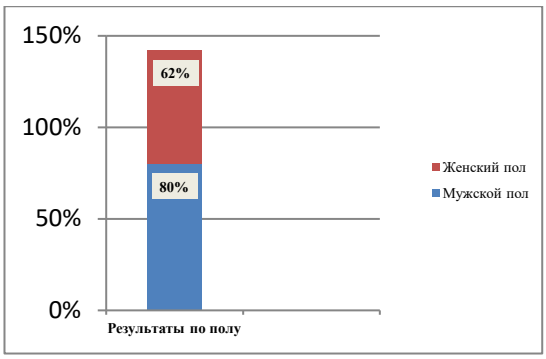


Рис.2.Распределение по полу

При сравнительном анализе данных за январь месяц 2019, 2020 года, мы пришли к выводу, что востребованность услуги седации закисью азота возросла: - на 37% на хирургическом приеме; - на 10% на терапевтическом приеме; - на 65,2% на детском приеме. Сравнительный анализ данных за январь месяц 2019, 2020 года было обобщено на (рис.3).

Рис.3. Сравнительный анализ данных за январь месяц 2019, 2020г.

Результаты этого исследования показали, что седация закисью азота и кислородом может быть эффективно использована для оказания высококачественной стоматологической помощи, оказываемой пациентам, нуждающимся в проведении длительных лечебных манипуляций и пациентам с высоким уровнем страха перед проведением стоматологических вмешательств, а также пациентам с ограниченными возможностями, которые тяжело воспринимают стоматологическое лечение [6].

В стоматологической клинике «Ольга» организовано централизованное обеспечение закисью азота вакуумом, состоит она из источника вакуума вакуумная медицинская станция на и сети трубопроводов с конечной газовыми

вакуумными розетками с кислородом и закисью. Подводка закиси азота осуществляется во все лечебные кабинеты.

Персоналом ООО «Ольга» был разработан следующий протокол использования закиси азота: Ингаляция закиси азота проводится с помощью аппарата Matrix Quantiflex MDM. Аппарат представляет собой смеситель, резервный мешок, дыхательный контур с носовой маской и источник газов. Закись азота - кислородная седация осуществляется по полуоткрытому контуру (вдох анестетика из аппарата и его выдох в атмосферу). При проведении седации используется только 100% кислород. Перед началом подачи закиси азота пациент должен одну-две минуты дышать стопроцентным кислородом. Далее подключают закись азота, соотношение закиси азота и кислорода должно быть от 1:1 (50% закиси и 50% кислорода) до 2:1 (70% закиси и 30% кислорода). Анальгезия наступает через 30-60 секунд. По окончании седации закисью азота пациент должен не менее 5 минут дышать 100% кислородом [6].

Преимущества азото-кислородной седации: Очень быстрое действие: через 2-3 мин, возможность менять глубину седации в процессе лечения, как увеличивая, так и уменьшая ее, показана для всех возрастных категорий; сокращает количество посещений врача; не требует специальной подготовки; пациенты остаются полностью в сознании и способны реагировать на просьбы врача [1].

Показания для использования закись азота-кислородная седация в детской практике являются: сильный страх перед стоматологом и категорическое нежелание идти на контакт с врачом (возможно, после неудачного опыта лечения), наличие в анамнезе психических отклонений, повышенная эмоциональная и психологическая чувствительность, повышенный рвотный рефлекс, обостряющийся при проведении любых манипуляций в полости рта, ребенку предстоит длительное лечение предполагающее, проведения нескольких процедур, аллергическая реакция на традиционные анестетики [3].

У взрослых: людям с дентофобией, а также тем, кто испытывает повышенное эмоциональное напряжение, при кардиальных патологиях (при стенокардии, аритмии), при повышенном артериальном давлении, при длительных манипуляциях в полости рта, непереносимость препаратов для проведения местной анестезии.

Противопоказания

У детей: слишком ранний возраст ребенка, когда он не готов к сотрудничеству, психические заболевания и интеллектуальные нарушения, препятствующие возможности договорится с ребенком, хронические заболевания в стадии обострения, общие острые заболевания, любые респираторные инфекции, а также иные заболевания, сопровождающиеся затруднением или отсутствием носового дыхания, расстройства пищеварительного тракта – тошнота, рвота, понос, переполненный желудок, гипервозбудимость.

У взрослых: при гипоксии, алкоголическая зависимость, наркомания, период беременности и лактации, при повышенной чувствительности к местным анестетикам, при заболеваниях центральной нервной системы, острые вирусные и бактериальные инфекции. *С осторожностью:* при внутричерепных опухолях, пациентам с черепно-мозговыми травмами, больным с повышенным внутричерепным давлением, в том числе в анамнезе.

Выводы. Седация в стоматологии перестает быть методом для избранных, становится все более востребованной услугой. Для пациентов в настоящее время важен психоэмоциональный комфорт время выполнения стоматологического лечения. [2]. Само понятие седации подразумевает не только депрессию различной глубины сознания, но и сохранение защитных рефлексов и адекватного самостоятельного дыхания, что четко отделяет ее от состояния общей анестезии. Оценив масштабность применения закиси азота как средства седации в стоматологии «Ольга», мы пришли к следующим заключениям: метод ЗАКС создает комфортные условия, как для пациента, так и для врача стоматолога, при этом увеличиваются качество и объем

выполняемого стоматологического вмешательства, что создает возможность полноценной санации полости рта. Данные этого большого обзора показывают, что этот метод может быть полезным альтернативным вариантом.

Список литературы.

1.Лихванцев В.В. Практическое руководство по анестезиологии. М.: МИА;540с.

2. Лубнин А.Ю. Закись азота: есть ли еще место для этого старого анестетика в нейроанестезиологии? // Вестник интенсивной терапии. - 2015. - №3. - С. 44-47.

3. Миленин, В. В. Оценка психологических методов степени тревожного напряжения у детей в стоматологии // Анестезиология и реаниматология. – 2014 - №5. – С. 59-63.

4.Самедов Т.И. Основные способы обезболивания на амбулаторном стоматологическом приеме // СпецЛит. – 2011. – 142 стр.

5.Стош, В. И. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: Руководство / В. И. Стош, С. А. Рабинович и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 184 с.

6.American Dental Association. Guidelines for the use of sedation and general anesthesia by dentists, 2012. Available at: https://www.ada. org/~/media/ADA/About%20the%20ADA/Files/anesthesia_use_guidelines. ashx. Accessed May 10, 2016.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ОДОНТОГЕННЫМИ КИСТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ.

Лабутова М.А., Серенко Е.О.

Научный руководитель: профессор кафедры стоматологии института НМФО И.В. Фоменко; доцент кафедры стоматологии детского возраста А.Л.Касаткина.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация.

Ведение. Кисты челюстей у детей относятся к распространенной патологии челюстно-лицевой области. Своевременная диагностика данных образований порой затруднена, что обусловлено бессимтомностью течения. Только при достаточно больших размерах кисты появляется деформация челюсти и изменение конфигурации лица. В некоторых случаях киста диагностируется при воспалении или является случайной рентгенологической находкой.

При диагностике кист челюстей используется клинический и рентгенологический метод. Заключительный диагноз выставляется на основании морфологического исследования оболочки образования. Поэтому в клинике используется гистологическая классификация кист челюстей[1]. Согласно международной классификации кист челюстей выделяют три группы: неэпителиальные, эпителиальные и воспалительные корневые кисты от временных и постоянных зубов. Среди эпителиальных кист выделяют одонтогенную и неодонтогенную группы.

Одонтогенные кисты – доброкачественные опухолеподобные образования, состоящие из зрелых клеточных элементов.Они представляют собой полостные образования, выстланные оболочкой, которые располагаются в челюстных костях и имеют отношение к зубу[2].

Кисты, образовавшиеся в результате порока развития зубообразовательного эпителия - фолликулярная и кератокиста (примордиальная).Фолликулярные и кератокисты чаще располагаются в области угла или ветви нижнейчелюсти.

Эти два доброкачественных опухолевидных образования представляют большую сложность для дифференциальной диагностики. Кератокисты могут рецидивировать и даже озлокачествляться [3].

Кисты воспалительного генеза – это радикулярные кисты, которые могут развиваться в любомучастке альвеолярного отростка верхней или нижней челюсти, в пределах зубного ряда. Клиническая картина обусловлена локализацией и размером кисты. Развитие радикулярной кисты начинается с хронического воспалительного процесса (гранулематозный или гранулирующий периодонтит), вызывающего разрастание грануляционной ткани вокруг верхушки корня. В последующем, под воздействием частых обострений воспалительного процесса и нарушения питания центральных отделов гранулемы, происходит некроз некоторых участков ее, расположенных между эпителиальными тяжами. В результате этого в толще гранулемы образуются полости, окруженные эпителием.«Рост» кисты происходит за счет внутрикостного давления, возникающего в возникающего в результате накопления транссудата, постоянно продуцирующегося оболочкой образования [4].

Главная цель оптимального хирургического вмешательства по поводу кист челюстей у детей является восстановление нормальной структуры кости, прорезывание зубов и снижение риска возможного рецидива и осложнений в послеоперационном периоде.

В свете сказанного диагностика и использование оптимального метода лечения детей с данной патологии является актуальной задачей.

***Цель исследования**:* изучение особенностей диагностики, клинического проявления и определение показаний к использованию наиболее рационального метода лечения одонтогенных воспалительных кист у детей.

***Материалы и методы исследования**:* Нами были проанализированы результаты клинического и рентгенологического обследования 44 пациентов в возрасте от 8 до 13 лет с одонтогенными кистозными поражениями челюстных костей, которые проходили лечение в отделении челюстно-лицевой в ГУЗ ГКБ №1 и хирургическом отделении ГУЗ КСП №12 за период с января 2020 по сен-

тябрь 2020 года. Всем пациентам проводились традиционные клинические и рентгенологические методы исследования, по показаниям применяли конусно-лучевую компьютерную томографию. При выборе метода оперативного вмешательства учитывали локализацию, объем поражения, стадию процесса. У всех пациентов диагноз был подтвержден гистологически.

Результаты исследовании. Анализ полученных данных показал, что дети в возрасте от 8 до 12 лет составили абсолютное большинство 42 (95,5%) и 2 ребенка 13 лет (4,5%) соответственно. По патоморфологической структуре одонтогенные кистозные поражения были представлены воспалительными радикулярными кистами от молочных зубов в 91% (40 пациентов), радикулярными кистами воспалительного генеза от постоянных зубов в 9% (у 4 пациентов). В большинстве случаев 75% (35)кисты локализовались на нижней челюсти. У 70% (31)развивались безболезненно, были выявлены случайно при профилактических осмотрах, либо пациенты обращали внимание наналичие деформации кости.

Радикулярные кисты от постоянных зубов у 9% (4) пациентов наиболее часто локализовались в области центральных или боковых резцов, практически все дети отмечали в анамнезе травму.

При выборе метода оперативного вмешательства учитывали локализацию, объем поражения, стадию процесса.Операции проводились в амбулаторных условиях хирургического стоматологического кабинета под местной анестезией. При воспалительных радикулярных кистах небольших размеров проводили удаление «причинного» зуба, создавали широкое декомпрессионное «окно», обеспечивая доступ к кистозной полости через лунку удаленного зуба с одномоментным забором материала для гистологического исследования (оболочка кисты и костная ткань). С целью предотвращения закрытия этого сообщения и изоляции полости кисты от полости рта до полного восстановления дефекта новообразованной костью использовалась йодоформная турунда. Перевязки осуществляли через 4 дня, при каждом посещении турунды уменьшали в размерах.Рентгенологический контроль

осуществлялся через 3, 6, 9, 12 месяцев. Последующее заполнение дефекта костной полости новообразованной костью происходило за счет вторичного остеогенеза. Частичное восстановление костной ткани наблюдалось через 1-2 месяца. Через 6-8 месяцев зона расположения полости заполнялась новообразованной костной тканью, постепенно приобретающей обычную плотность и архитектонику. Задержки прорезывания, секвестрации зачатка, нарушения минерализации твердых тканей зуба мы не наблюдали.

При воспалительных кистах более 2,5 см. в диаметре на нижней челюсти мы считали обоснованным применение цистотомии или цистэктомии с сохранением зачатка постоянного зуба. При локализации образований в области верхней челюсти возможно «прорастание» кисты в верхнечелюстную пазуху, тогда проводилась операция цистэктомия с гайморотомией. В этом случае зачаток постоянного зуба сохранить не удается.

Выводы. Таким образом, необходим дифференцированный подход к выбору метода лечения данной патологии у детей. Щадящие методики операций позволяют сохранить витальность всех прилегающих анатомических образований (зачатков и корней зубов), минимизируют риск возникновения рецидивов и осложнений.

Список использованной литературы:

1. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Огонян В.Р. – Клиническая диагностика воспалительных кист челюстей у детей и их лечение. – Волгоградский научно-медицинский журнал, 2013 г., №1 (37). С. 56-57
2. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Маслак Е.Е., Яновская М.Л., Фурсик Д.И., Каменова Т.Н. – Профилактика одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей. – В сборнике: Сборник трудов научно-практической конференции профессорского-преподавательского коллектива, посвященной 80-летию Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015 г. С. 251-254

3. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия (атлас рентгенограмм), - М.: МИА, 2002 -302 с.
4. Туркевич Г.Б. Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей у детей и подростков: Автореф. Дис. Канд., мед. наук. – Калинин,1989 -18 с.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Хасаева М.И., Курбанов О.Р., Алиева А.О., Курбанов З.О., Ахмедова С.К., Бигаева У.С.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

Кариес зубов и его осложнения - одни из самых распространенных видов стоматологической заболеваемости на всем земном шаре [1 -6;7,8,9,10].

Оптимальная организация и перспективное планирование стоматологического обслуживания населения складывается на первоначальном изучении исходного показателя заболеваемости кариесом в каждом определенном регионе [3].

Многочисленные исследования географии кариеса, обобщенные в литературе, дают четкое представление о его распространенности и интенсивности в различных районах страны. Эти материалы служат целям текущего и перспективного планирования сети стоматологических учреждений.

По данным анализа интенсивных показателей поражения зубов кариесом можно судить о зависимости заболеваемости от пола, возраста, места проживания и т.п. Следует тщательно анализировать структуру КПУ, которая подвержена колебаниям в зависимости от региона, пола, возраста, постановка лечебно-профилактической работы [1,3,5,9].

Доказано, что распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в различных регионах имеют зависимость от концентрации фтора в питьевой воде, климатогеографических условий, социальных факторов и др. [4,8].

Распространенность кариеса среди населения недостаточно изучена. Большинство работ посвящено изучению поражаемое™ кариесом различных групп населения и некоторых сельских районов республики.

Эпидемиологии кариеса у населения Чеченской республики, в том числе и

у детского контингента, посвящено малое число исследований. При этом необходимо отметить, что исследования только четырех авторов посвящены состоянию зубов и полости рта у детского населения Чеченской Республики (до 1991 г. Чечено-Ингушская Автономная Республика). Go времени исследования вышеперечисленными авторами прошло больше 35 лет. За этот период под влиянием огромных социальных и политических преобразований, происшедших в Чеченской Республике, произошли существенные изменения в здравоохранении.

В доступной нам литературе мы обнаружили лишь единичные сведения об изучении стоматологической заболеваемости Чеченской Республики [4,11]. Однако сведения, полученные указанными авторами, не дают возможности получить полной картины стоматологического статуса населения Чечни.

Это обстоятельство побудило нас провести исследование, целью которого являлось определение пораженности кариесом зубов населения в возрасте от 15 до 60 лет и старше, проживающего в г. Грозном.

Материалы и методы исследования. Изменчивый климат, нарушение экологического баланса на территории Чеченской Республики влияет на качестве стоматологического здоровья его жителей.

Чеченская Республика, являясь одним из важных регионов юга России, отмечается обилием природно-климатических зон, что объясняет значительную разность условий жизни проживающего в них населения. Относительно небольшая территория Чечни наделена различными климатическими условиями. Здесь можно встретить практически все переходные типы климатов: от засушливого климата Терско-Кумской полупустыни до холодного влажного климата снежных вершин Бокового кавказского хребта.

Данные о степени стоматологической заболеваемости в разных районах Чечни разобщены, между тем, нуждаемость в оказании квалифицированной стоматологической помощи остается на крайне высоком уровне.

В связи с этим представляет определенный интерес изучение пораженности кариесом зубов у городского населения, родившегося и постоянно прожи-

вающего в г. Грозный, Аргун, Гудермес Чеченской Республики.

К климатическим особенностям равнинной зоны, влияющими на состояние здоровья, можно отнести неблагоприятные климатические условия. Примечательно, что самые суровые морозы в республике бывают не в горах, а на равнине (особенно в районе Терско-Кумской полупустыни), кроме того климат в гг. Грозный, Аргун, Гудермес континентальный, засушливый. Зима в регионе умерено-холодная, малоснежная. Место самого холодного месяца обычно занимает январь, когда средняя температура, хотя и совсем незначительно, имеет минусовые показатели (-0,4). Выпадающие снежные осадки, чаще всего, не создают прочного снегового покрова, в связи с чем держится он недолго. Лето - сухое и жаркое. Средняя температура воздуха в июле составляет +24,70С. Осень - наиболее благоприятный период, в это время года сравнительно тепло и сухо. Среднегодовые показатели температуры воздуха около +120С.

Осадков в исследованных городах выпадает сравнительно мало, в среднем за год не более 450 км. Наибольшее количество их выпадает осенью и зимой. Количество дней с осадками невелико. Среднегодовая относительная влажность воздуха- 77%.

Исследовательские труды последних лет указывают на повреждающее влияние радиации на твердые ткани зубов и непрерывного радиационного фона на интенсивность стоматологических заболеваний.

Особенно опасными явились пластовые воды, извлекаемые на поверхность земли из глубинных недр при нефте- и газодобыче. Несмотря на тот фактор, что эти воды характеризуются повышенной радиоактивностью, 50-60% закачивается в пласты, а остальное остается на поверхности. Радионуклиды переносятся в поверхностные и грунтовые воды, проникают в городские водозаборы, оседают на технологическом оборудовании, действуя на здоровье населения.

Экологи республики установили, что основным источником загрязнения водных объектов является: разрушенная войной система добычи, транспортировки и переработки нефти; кустарная добыча и переработка нефти; загрязненные водоохранные зоны.

Загрязненность воды в реке Сунжа в 30-40 раз превышает допустимые нормы концентрации загрязнения. В совокупности повреждающих факторов, оказывающих действие на стоматологическое здоровье населения в большинстве исследуемых районов Северо-Кавказского региона, имеется один из внутрипопуляционных факторов риска возникновения кариеса зубов понижение содержания фтора в питьевой воде.

Влияние этих факторов набирает силу на фоне недостаточного уровня стоматологической помощи в Чеченской Республике, неудовлетворительной гигиены полости рта, низкой мотивации сохранения стоматологического здоровья среди населения, что также характерно для многих регионов России.

Серьезной экологической проблемой Чеченской Республики является загрязнение атмосферного воздуха, особенно от'остаточных явлений промышленной зоны Заводского района г. Грозного, где естественное обновление атмосферного воздуха незначительно, так как промышленная зона г. Грозного расположена в геоморфологическом закрытом пространстве, где долго застаивается атмосферный воздух. Положение усугубляется еще и тем, что почва и грунты пропитаны нефтепродуктами, что вызывает опасение загрязнения грунтовых вод, а от положительного решения вопросов рекультивации загрязненных территорий зависит состояние здоровья населения города Грозного.

В 2000 году г. Грозный занял передовое место в России по количеству загрязняющих веществ.

По имеющимся данным в Комитете Правительства Чеченской Республики по экологии, годовой выброс вредных веществ в атмосферу составляет 11139,422 тонн в год.

Питание населения смешанное с преобладанием мяса, овощей и фруктов. Водоснабжение города осуществляется, в основном, за счет артезианских вод. Известно, что биохимическая особенность исследованного региона в недостаточном содержании в окружающей среде ряда микроэлементов, в частности фтора, цинка, меди и марганца, влияние которых на уровень поражаемости населения кариесом можно считать установленным [8].

Оценку состояния зубов проводили при помощи показателей распространенности (в процентах) и интенсивности кариеса в виде индекса КПУ. Во всех возрастных группах определяли и структуру КПУ - составляющие элементы показателя интенсивности кариеса зубов, т.е. среднее число кариозных, пломбированных, удаленных и подлежащих удалению зубов на 1 обследованного. Кроме того, вычисляли среднее арифметическое этих показателей.

Содержание фтора в питьевой воде определяли в Республиканской СЭС потенциометрическим методом по методике Государственного стандарта «Вода питьевая» (ГОСТ 4386 - 81).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты статистического анализа распространенности кариеса и его осложнений приведены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели распространенности кариеса зубов среди взрослого городского коренного населения, родившегося и постоянно проживающего в различных городах Чеченской Республики (в % к числу обследованных)

Возраст в годах	Место обследования		
	г. Грозный	г. Аргун	г. Гудермес
20-29	97,91,18	93,091,80	92,321,69
30-39	99,911,21	98,11,01	95,081,29
40-49	96,693,32	99,20,79	96,011,59
50-59	93,84,37	98,11,68	98,151,18
60 и ст.	100,0	100,0	100,0
Всего /Total:	98,550,81	97,990,58	97,30,71

Как свидетельствуют данные, приведенные в таблице 1, распространенность кариеса среди городского населения Чеченской Республики довольно высокая. Уже в возрасте 20-29 лет она достигает 94,44%, увеличиваясь с возрастом, достигая в старших возрастных группах 100,0%.

Следует отметить, что распространенность стоматологических заболеваний в обследованных городах неодинакова - несколько ниже в г. Гудермесе Чеченской Республики. Полученные результаты можно в значительной степени объяснить различным содержанием фтора в питьевой воде обследуемых городов. Так, в разных источниках концентрация фтора составляет 0,40 мл/дм^3 и в г. Гудермесе - 0,45 мл/дм^3.

Таким образом, содержание фтора в питьевой воде г. Г розного, хотя и недостаточное, но намного превышает содержание такового и других городах проведения обследования населения.

Обнаружено, что повсеместно средние стандартизованные показатели оказались практически идентичными (97,4-98,5%). Столь же и высокий уровень распространенности кариеса зубов имеет место и в каждой отдельно взятой возрастной группе, достигая в некоторых из них (50-59 и 60 лет и старше) - 100%.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что, несмотря на более высокое содержание фтора в питьевой воде г. Грозного, распространенность кариеса зубов у коренных его жителей оказалась на таком невысоком уровне, как и в других городах с недостаточным содержанием фтора в питьевой воде. По-видимому, на этот показатель оказывают свое влияние не только кариес, но заболевания пародонта, что подтверждается данными.

Характерно также отсутствие достоверных различий в распространенности кариеса зубов у жителей изученных городов республики. Это указывает на возможность в последующем ориентироваться на общие для всего городского коренного населения показатели, включая определенные степени потребности его в ортопедической стоматологической помощи.

Высокая распространенность кариеса сопровождается и относительно высокой интенсивностью поражения им (табл. 2).

Таблица 2

Показатели интенсивности стоматологических заболеваний (индекс КПУ) среди взрослого городского населения Чеченской Республики

Возраст в годах	**Место обследования**		
	г. Грозный	**г. Аргун**	**г. Гудермес**
20-29	2,990,03	2,520,05	1,670,5
30-39	6,10,07	5,910,06	4,830,05
40-49	7,920,01	7,920,05	7,910,05
50-59	10,980,08	10,910,08	10,380,06

60 и ст.	15,010,07	14,180,05	14,010,05

Данные таблицы 2 свидетельствует, что частота кариеса зубов по классификации ВОЗ - умеренная и колеблется от 1,68 пораженных зубов на одного обследованного в г. Гудермесе в возрасте 20-29 лет, до 15,0 в старших возрастных группах г. Грозного. Обращает на себя внимание более низкая интенсивность процесса в г. Гудермесе, что также можно объяснить более высоким содержанием фтора в питьевой воды указанного района. Индекс КПУ тесно связан с возрастом и наделен стойкой тенденцией к увеличению. В связи с этим различие в величине КПУ в более молодом возрасте Р0,05 нивелируется в старших возрастных группах /Р 0,05/.

Заключение. Таким образом, проведенные стоматологические обследования среди городского населения Чеченской Республики, проживающего в одинаковых природно-климатических условиях, позволяют нам отметить, что потребность в лечебно-профилактической помощи по основным стоматологическим заболеваниям таким, как кариес зубов, довольно высокая. Незначительное количество запломбированных зубов, большой удельный вес удаленных зубов в интенсивном показателе кариеса (КПУ) свидетельствует о неудовлетворительном состоянии стоматологической помощи населению по всех обследованных городах республики. Вместо того, чтобы лечить подвижные зубы, население предпочитает удалять их. Все это требует принятия безотлагательных мер по улучшению стоматологической помощи населению в обследованных городах республики.

Список литературы.

1. Алимский А.В. Изучение показателей стоматологической заболеваемости среди взрослого коренного населения. Проблемы совершенствования стоматологической помощи населению. Алма-Ата;1986: С. 3-6.
2. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста // Стоматология для всех. 2011. N2. С. 46-49.
3. Базиян Г.В., Новгородцев Г.А. Основы научного планирования стоматологиче-

ской помощи. М.;1968: 24 с.
4. Боровский Е.В. Обследование состояния пародонта. М.; 1985: 36 с.
5. Боровский Е.В., Пак А.Н. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста в разных регионах *И* Стоматология. 1999. N4. С. 78-80.
6. Галютин А.М., Курумов З.О., Магомадова З.У., Альтемиров Х.А., Горлов А.А. Об организации плановой стоматологической помощи организованной детскому населению. Материалы республиканской научно-практической конференции. 2016:102 с.
7. Леус П.А. Коммунальная стоматология. Брест; 2009: 102 с.
8. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний, пути их профилактики. М.; 1983: 98с.

АНАТОМИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ЧЕЛОВЕКА

Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т.

ФГБОУ ВО Дагестанский Государственный Медицинский Университет МЗ РФ г.Махачкала

Актуальность. Глубокие и современные знания анатомии лимфатических узлов головы и шеи необходимо для врачей различных специалистов: стоматологи, хирурги, окулисты, отоларингологи, онкологи, рентгенологи, педиатры и т.д. при диагностике лечении и профилактики различных заболеваний.

Цель исследования: описать анатомию и топографию лимфатических узлов и межорганные связи в области головы и шеи.

Материалы и методы: исследованы 14 трупов у лиц зрелого возраста и анатомо лимфатическими методами с использованием цветных масс для выявления лимфатических сосудов и узлов путем препарирования выделить узлы и описать их топографическую анатомию.

Результаты и их обследование. По материалам исследования выявлены регионарныелимфатические узлы, имеющие отношение к органам головы и шеи. Обобщены данные исследования и литературы и приведены в итоговой таблице. Сведения о регионарных лимфатических узлах в виде обобщений полезны при оперативных и диагностических вмешательствах.

Анатомические сведения о регионарных лимфатических узлах в стоматологии необходимы отношение к лечению и профилактике поражений органов шеи и головы при КГ. МРТ, УЗИ и других исследованиях.

Изучение структуры и функции лимфатических узлов в настоящее время привлекает особое внимание исследователей в связи с развитием лимфологии-истоматологии, имунологии, интерстициологии, онкологии и потребностями практической медицины (1-4).

Знание современной анатомии и топографии регионарных лимфатических узлов головы и шеи человека помогает врачам квалифицированно и разумно вести диагностику и терапию различных заболеваний, имеющих отношение к анатомии лица, полости рта, языка, зубов и уха, части пищевода, глотки и т.д (7-9).

Лимфология в современном понимании этого термина есть интерактивная медико-биологическая наука, возникшая в середине XX века на базе учения о лимфатической системе. Однако еще и сегодня в лимфологии остаются или появляются вновь дискуссионные вопросы. Полагаем, что это закономерное явление, связанное с быстрым развитием медицины и биологии (3).

При препарировании трупов лиц зрелого возраста мы обращали внимание на анатомию и топографию лимфатических сосудов, принимающих лимфу от органов головы, шеи и верхних дыхательных путей. Результаты приведены в таблице I.

Перечень регионарных лимфоузлов в области головы и шеи.

Таблица 1.

Органы	**Название регионарных лимфатических узлов, куда оттекает лимфа от органов**
Губы	1)поднижиечелюстные; 2) околоушные; 3) подбородочные; 4) носогубные; 5) щечные; 6) нижнечелюстные
Щеки	1)щечные; 2) носогубные; 3) скуловые; 4) подбородочные; 5) поднижнечелюстные; 6) нижнечелюстные
Дно полости рта	1)поднижнечелюстные; 2) подбородочные; 3) глубокие шейные
Зубы: а)верхние	1)поднижнечелюстные; 2) околоушные; 3) подбородочные; 4) затылочные
б) нижние	1)поднижнечелюстные; 2) подбородочные; 3) глубокие шейные
Язык: а) верхушка	1)подбородочные; 2) поднижнечелюстные
б) тело	1)поднижнечелюстные; 2) глубокие латеральные шейные (внутрен-

	ние яремные); 3) яремно-двубрюшные; 4) яремно-лопаточно-подъязычны
в)корень	1)поднижнечелюстные; 2) позадиглоточные; 3) язычные
Поднижнечелюстная железа	1)поднижнечелюстные; 2) околожелезистые; 3) в толще железы (непостоянные)
Околоушные железы	1)поверхностные; 2) глубокие
Подъязычная железа	1)поднижнечелюстные; 2) подбородочные
Небо а) твердое	1)окологлоточные; 2) глубокие верхние шейные; 3) заглоточные
б) мягкое	1)окологлоточные; 2) глубокие верхние шейные; 3) заглоточные
в) небные миндалины	1)глубокие верхние латеральные яремные; 2) поднижнечелюстные
Глотка	1)внутренние яремные; 2) позадиглоточные; 3) околотрахеальные (гортанная часть глотки); 4) нижние предпозвоночные; 5) глубокие шейные
Пищевод	1) околотрахеальные; 2) трахеобранхеальные; |
а) шейная часть	3) верхние предпозвоночные; 5) глубокие шейные
б) грудная часть	1)нижниепредтрахеальные; 2) околотрахсальные; 3) околопищеводные; 4) латеральные прекардиальные; 5) задние средостенные; 6) иногда непосредственно в грудной проток (исключение из закона Масканьи)
Наружный нос и слизистая оболочка носа	1)поднижнечелюстные; 2) околоушные; 3) подбородочные
Гортань	1)глубокие шейные; 2) предгортанные
Трахея	1)предтрахеальные; 2) околотрахиальные; 3) глубокие шейные; 4) трахеобронхиальные
Наружное и среднее ухо	1)околоушные; 2) сосцевидные; 3) глубокие шейные; 4) заглоточные
Щитовидная железа	1)щитовидные; 2) предгортанные; 3)глубокие шейные; 4) около- и предтрахиальные

Изложение анатомии и локализации регионарных лимфатических узлов в обобщенной таблице 1 существенно способствует клиницистам вести поиск пораженных лимфоузлов при радикальных вмешательствах и при их диагностике (раковые метастазы, лучевая терапия, распространение инфекции, лимфонодулогия, сцинтиграфия, компьютерная томографическая диагностика, ядерно-магнитная резонансная спектрометрия, контраснаялимфография и т.д.)тем более, за последние годы учение о лимфатических узлах представляет крупное направление в лимфологии (3).

Описание закономерностей расположения лимфатических сосудов ценно для понимания путей распространения инфекции и опухолевых клеток от одних лимфатических узлов к другим, для анализа лимфатических картин, полученных при диагностических исследованиях у живого человека (7,8,9).

Мы предлагаем свободные таблицы с учетом данных отечественной и зарубежной литературы 50-летнего опыта собственных исследований современными методами в области лимфологии. На наш взгляд, ценность таких обобщенных таблиц в том, что без лишней перегруженной цифровой.

Лимфатические узлы головы и шеи по нашим исследованиям классифицируется по следующим группам, необходимые при УЗИ, КТ,МРТ рентгенологическим исследованиям и лимфотропной медицине:

1. По областям: 1) затылочные. 2) сосцевидные. 3) шейные. 4) головы. 5) надключичные. 6) лицевые. 7) подбородочные. 8) поднижнечелюстные. 9) нижнечелюстные и т.д.

2. По органам: 1) язычные. 2) околощитовидные, 3) щитовидные.
4) трахеальные, 5) гортанные. 6) подъязычные. 7) поднижнечелюстные, 8) пищеводные, 9) глоточные и т.д.

3. По топографоанатомическому принципу: 1) треугольники шеи, 2) поверхностные и глубокие фасции шеи, 3) клетчаточные пространства и т.д.

4. По отношению к 1)артериям. 2) венам. 3) нервам, 4) мышцам, внутренние, наружные и передние яремные, внутренняя и наружная сонные артерии, позвоночные артерия и вена, надлопаточные артерия и вена, поперечные артерия и вена, блуждающий и добавочные черепные нервы, грудино-ключично-сосцевидная и ременные мышцы;

5. По отношению к фасциям: поверхностные и глубокие.

Вывод. Анатомические сведения о регионарных лимфатических узлах необходимы врачам, имеющих отношение к лечению и профилактике поражений органов шеи и головы при КТ, МРТ, УЗИ и т.д.

Список литературы:

1. Гусейнов Т.С. Анатомия регионарных лимфатических узлов человека // Махачкала, тип. МЗ РД, 1996-22с.

2. Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т. Клинико- анатомические аспекты лимфатической системы // Махачкала, изд-во «Наука плюс», 2013 - 84с.

3. Крылова Н.В., Кривский И.Л., Искренко И.А. Функциональная анатомия лимфатической системы // Изд-во УДН, 1981-76с.

4. Коненков В.И., Бородин Ю.И., Любарский М.С. Лимфология// | Новосибирск, издательский дом «Манускрипт», 2012-1104с.

5. Международная анатомическая номенклатура // Ташкент, 2007 - 222с.

6. Морозова В.Т., Луговская С.А. Цитологическое исследование лимфатических узлов.// М.: 1997-27с.

7. Сапин М.Р., Борзяк Э.И. Внеорганные пути транспорта лимфы // М.: Медицина, 1982-26с.

8. Сапин М.Р., Юрина Н.А., Этинген Л.Е. Лимфатический узел //М.: Медицина, 1978-262с.

9. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б. Лимфатическая система и ее важнейшая роль в иммунных процессах// М.: Медицинская книга, 2014-40с.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ

Абакаров Т.А., Махмудов Ш.Р., Курбанов О.Р., Аталаев М.М., Алиев А.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра ортопедической стоматологии.

Кафедра стоматологии детского возраста.

Кафедра хирургической стоматологии.

Многие исследования показали, что 85-90% врачей в своей практике сталкивались: конфликтами, связанными с качеством оказания стоматологических услуг. Не все конфликты основаны на низком качестве оказанных услуг, однако в любом случае они отнимают много сил и времени. Пациент, неудовлетворенный качеством стоматологической услуги, пытается разрешить вопросы: Что делать? и Кто виноват? Ответ на них должна дать экспертиза качества медицинских услуг [1,2,3,4,5].

Большое значение в деле улучшения качества стоматологической помощи имеет внедрение в практику системы экспертизы и контроля качества стоматологических услуг. Качество лечебно-диагностического процесса оценивается на основании стандарта, включающего в себя основные элементы: качественный свод информации о пациенте, т.е. диагностические мероприятия, необходимые для данного заболевания, правильную постановку и обоснование диагноза, качественно выполненные лечебные мероприятия. С этой целью нами были предложены «Карта экспертной оценки качества стоматологической помощи» и «Карта оценки оформления медицинских карт стоматологического больного». Эти карты позволяет оценить полноту и качество проведенного обследования, определить своевременность посещения и выявить ошибки при постановке ди-

агноза, установить степень полноценности проведенного лечения, обоснованности сроков лечения, выявить недостатки в организации консультативной помощи, в ведении амбулаторных карт стоматологических больных и др[3,4,5].

То есть, экспертиза качества медицинской помощи - это комплекс мероприятий, основанных на сопоставлении объектов или совершенных реальных действий, результатов этих действий, с существующим стандартом, позволяющим определить степень соответствия, причины приведения к отклонению от норм принятых стандартом, проводимых на основании личного обращения субъекта для оказания медицинской помощи.

Экспертиза качества направлена в первую очередь на защиту интересов потребителей медицинских услуг и одновременно является важным инструментом защиты профессионалов-производителей.

Экспертную оценку качества целесообразно проводить по амбулаторным картам стоматологических больных.

Оценка качества стоматологической помощи по амбулаторным картам основана на сопоставлении объема выполненных лечебно-диагностических мероприятий определенного вида стоматологической помощи и достигнутых результатов с установленными «стандартами» [8,9,10]

Основными этапами в проведении экспертных оценок качества стоматологической помощи являются: формирование целей и задач экспертизы, составление программ исследования, выбор источников информации, непосредственное проведение экспертизы и анализ результатов исследования.

Успех проводимых экспертных оценок во многом зависит от чёткости постановки цели и задач исследования. После окончательного установления цели экспертной оценки следует определить перечень необходимых показателей. Исходя из этих показателей, составляется программа исследования и «Карта экспертной оценки качества стоматологической помощи».

Система оценки качества медицинской помощи обязательно должна включать показатели удовлетворенности потребителя медицинской услуги, так как оценка потребителем является окончательным критерием оценки медицинской услуги.

Таким образом, экспертная оценка является оперативным методом и может быть широко использована органами и учреждениями здравоохранения, страховыми компаниями для решения самых различных вопросов организации стоматологической помощи на всех уровнях. Основной целью экспертных оценок является определение путей повышения качества и эффективности оказания стоматологической помощи её потребителям.

Цель исследования: совершенствование оказание стоматологической помощи с позиции оценки изучения экспертной оценки.

Материалы и методы: Нами выполнено комплексное, медико-правовое и социологическое исследование причин возникновения профессиональных ошибок и осложнений в стоматологических учреждениях с различной формой собственности г.Махачкалы.

Материалом исследования стали:

3. медицинские карты стоматологических больных;

4. журнал регистрации жалоб пациентов на качество оказываемой стоматологической помощи;

5. анкеты врачей-стоматологов.

Для изучения проблемы профессиональных ошибок в стоматологической практике методом случайной выборки было проанализировано 485 амбулаторных карт из государственных и коммерческих стоматологических учреждений за период с 2008 по 2010 годы включительно.

Анализ заполнения медицинской документации дает возможность судить об умении врача ставить диагноз, составлять план лечения, о владении той или

иной методикой лечения, об умении читать и описывать рентгенологические и визиографические снимки, то есть об уровне специалиста.

Результаты нашего исследования свидетельствуют, что в большинстве стоматологических организаций медицинская документация заполняется некачественно.

Так, в 70% карт обследованных учреждениях медицинские карты не соответствуют форме № 043/у.

Как в государственных, так и в коммерческих учреждениях основной диагноз не указан в 15% и 75% карт соответственно. Основной диагноз указан и сформулирован только в 67% медицинских карт государственных учреждений, в коммерческих учреждениях этот показатель значительно больше и составляет 83%. Значительно печальнее обстоят дела с регистрацией в медицинских картах сопутствующего заболевания.

Так, в государственных учреждениях сопутствующий диагноз в 91% не отражен в медицинской карте осмотра, в коммерческих учреждениях он вообще отсутствует.

Оценка регистрации и формулировки основного диагноза в «Медицинской карте стоматологического больного» в организациях различных форм собственности

Диагноз основной	**Государственное стоматологическое учреждение**		**Коммерческое стоматологическое учреждение**	
	абс	**в %**	**абс**	**в %**
Не указан	17	4,9	110	78,57
Указан, но не разборчиво	20	5,8	4	2,87
Указан но не сформулирован полно	270	78,3	6	4,28

Указан и сформулирован полно	38	11,0	20	14,28
Итого:	**345**	**100,0**	**140**	**100,0**

Результаты наших исследований показали, что 70% медицинских карт стоматологических больных в обследованных учреждениях разных форм собственности не соответствуют форме №043/у.

Кроме того, в 90% случаев диагноз врачами стоматологами указывается не полностью, а формулировка самого диагноза не соответствует классификации МКБ- 10. В коммерческих стоматологических учреждениях медицинская карта в 80% случаях на пациентов вообще не заполняется.

В тех учреждениях (15%), где заполняется медицинская карта, она не соответствует форме №043/у.

Развернутый диагноз стоматологических болезней на основе МКБ-10 (третье издание ВОЗ, 1997), на титульной части медицинской карты у 38% в государственных учреждениях. По нашим данным, заполнение графы «диагноз» в титульной части медицинской карты игнорируется врачами в 88,4% случаев.

Анализ заболевания в амбулаторных картах врачами-стоматологами государственных учреждений записывается полностью только в 4,9% случаев. К сожалению, хочется отметить, что данные о внешнем осмотре в стоматологических учреждениях игнорируются.

При осмотре полости рта состояние твердых тканей зубов отмечается в зубной формуле. С 2000г. СтАР рекомендовано заполнять зубную форму согласно классификации, принятой ВОЗ. Описание зубной формулы по классификации ВОЗ стоматологическими учреждениями не проводится. Зубная формула первичного осмотра заполняется врачами государственных учреждений лишь в 12% случаев. Гораздо невнимательнее к данному разделу относятся

врачи коммерческих учреждений, в 93% медицинских картах этих учреждений информация о зубной формуле отсутствует. Виды прикуса определены в 15% случаев, как в государственных, так т в коммерческих учреждениях.

По нашим данным, заполнение графы «данные рентгеновских и лабораторных исследований», игнорируется всеми ЛПУ в 95% случаях.

На терапевтическом приеме в 95% случаев нет классификации кариозного поражения по Блэку. В 100% случаев на ортопедическом приеме не указаны классификации беззубых челюстей, дефектов коронок, зубных рядов, пародонтита.

В ведении дневника амбулаторных карт были встречены ошибки. Исследования показали, что записи в «дневниках» зачастую сделаны неразборчиво, в 58% случаев с сокращениями, в 69% с исправлениями, в 91% - неразборчиво, что при возникновении конфликтных ситуаций значительно затрудняет экспертизу.

Кроме того, в 76% случаях нами были замечены нарушения преемственности.

Таким образом, анализ медицинских карт стоматологического больного показал, что небрежное отношение к оформлению медицинской документации, остается достаточно высоким. Все это, с одной стороны, может привести к ошибкам при постановке диагноза и выборе метода лечения, а с другой стороны - вызвать необоснованные претензии со стороны пациента и стать причиной возникновения конфликта «врач-пациент-клиника».

Вопросы организации экспертной оценки качества оказания стоматологической помощи на досудебном этапе не получили должного освещения в литературе. Это послужило основанием для его изучения.

Всего за период с 2006 по 2010 годы в администрацию государственных стоматологических учреждений г.Махачкалы было подано 280 жалоб. В ком-

мерческих учреждениях такой учет не ведется. Однако, в последние десятилетия отмечено резкое увеличение числа жалоб на некачественное оказание стоматологической помощи. Это связано с изменением законодательства в здравоохранении в связи с появлением рыночных отношений, внедрением в практику врачей-стоматологов современных технологий, а также с ростом правовой информированности пациентов.

Все жалобы нами были разделены следующим образом:

6. Жалобы, связанные с организационными недостатками в работе стоматологического учреждения, их 149;

7. Жалобы, связанные непосредственно с лечебно-диагностическим процессом некачественное оказание терапевтической, хирургической, ортопедической помощи), их 131.

Как правило, все жалобы в обязательном порядке были рассмотрены руководством лечебных учреждений.

По результатам проверок жалоб были приняты соответствующие меры.

За период с 2006 по 2010 годы по жалобам пациентов было возбуждено два гражданских дела против врачей-стоматологов. Оба иска связаны с осложнениями после хирургических вмешательств (перфорация гайморовой нагрузки с последующей гайморотомией).

Оба гражданских дела, поступившие из Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы, были рассмотрены в суде. Судом было установлено, что лечение проведено по клиническим показаниям в соответствии со стандартом. Решение суда - претензия необоснованна, врачебной ошибки не выявлено. По записям з амбулаторной карте и описании рентгенограммы не удалось установить прямой причинной связи удаления зуба и необходимости операции однотогенного гайморита.

Для оценки уровня организации лечебно-диагностического процесса стоматологической помощи, качества профессиональной подготовки врачей и их правовой грамотности был опрошен 102 специалист различных квалификационных врачебных категорий государственных и коммерческих стоматологических учреждений г.Махачкалы. Возраст респондентов колебался от 24 до 60 лет, а стаж работы составлял от 1 года до 40 лет.

Опрос осуществлялся по специально разработанной анкете, содержащей 57 вопросов, предусматривающих несколько вариантов ответов. Первые 12 вопросов позволяют определить специальность, врачебный стаж, категорию врача. Следующие 23 вопроса посвящены отношению врачей к ведению медицинской карты стоматологического больного: ее форме и содержанию, полноте заполнения, какие факторы препятствуют правильному ее оформлению. Наряду с этим предпринята попытка выяснить уровень информирования пациента врачом по вопросам предстоящего обследования и лечения, а именно обсуждается ли с пациентами состояние полости рта, план диагностики и лечения патологии зуба (зубов), развитие возможных осложнений.

Всего получено и обработано 3535 ответов.

Анкетирование врачей-стоматологов, проведенное нами, позволило вскрыть целый ряд недостатков как в организации лечебного процесса, так и в последипломной подготовке специалистов, а также в контроле со стороны администрации поликлиник за качеством оформления документации, пренебрежение которым влечет за собой возникновение ошибок и осложнений в практике врача-стоматолога.

65% врачей используют в своей работе современные методики, 25% - делают это постоянно, 5,5% врачей современные материалы и методы лечения в своей практике не применяют, 65% респондентов указали, что владеют современными методами лечения достаточно хорошо.

Однако половина респондентов (51%) отметили, что времени, отведенного на лечение пациента и последующее заполнение медицинской документации, им не хватает, поэтому большинство врачей оформляет медицинскую документацию в конце рабочего дня или в свободное время, что приводит к появлению ошибок, исправлений и неточностей.

Немаловажен тот факт, что большая часть специалистов впервые познакомилась с правилами оформления медицинской карты стоматологического больного только приступив к работе в поликлинике. Следовательно, на наш взгляд, в процессе обучения в вузе должного внимания этой проблеме не уделили и не уделяют на этапах последипломного образования.

По данным нашего опроса 20% врачей предупреждают пациента о возможных в процессе лечения ошибках и осложнениях. Однако таких записей не обнаружено. 25% опрошенных специалистов сообщили, что любые осложнения или ошибки, происшедшие во время лечения, фиксируются ими в истории болезни.

Подавляющее большинство (75%) опрошенных специалистов недовольны существующей формой медицинской карты стоматологического больного и считают, что в соответствии с требованиями времени в медицинскую карту стоматологического больного должны быть внесены изменения и дополнения.

Результаты анкетирования позволили выявить низкий уровень правовой грамотности специалистов, поскольку большинство из них достаточно легкомысленно относится к оформлению медицинской документации.

25% опрошенных считает, что контроль за качеством заполнения медицинской документации со стороны зав.отделением отсутствует.

Конфликты различного рода (устные, от незнания языка, от болевых ощущений и т.д.) с пациентами случались у 36% опрошенных, причем решались они на административном уровне.

Вышесказанное требует обеспечения защиты профессиональных прав путем страхования профессиональных рисков, о чем свидетельствует опыт ведущих зарубежных стран, где профессиональное страхование является обязательным. В таких случаях всю тяжбу с пациентом берет на себя страховая компания, включая получения досудебного решения и аппеляции. Страховая компания берет на себя все затраты по удовлетворению материального и морального ущерба.

Из вышеизложенного, можно сделать выводы:

1) с целью предотвращения необоснованных жалоб со стороны пациентов необходимо уделять особое внимание своевременному и правильному оформлению первичной медицинской документации с полными достоверными записями;

2) повышать правовой уровень врачей-стоматологов при помощи изучения юридических аспектов в деятельности врачей в вузах и на кафедрах последипломного образования;

3) для повышения качества оказания лечебно-профилактической помощи врачами-стоматологами необходимо выполнять приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 01.06.2006г. № 445 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с изменениями зубов и опорного аппарата» и других нормативных документов;

4) обеспечить предоставление пациенту: полной информации об оказываемых стоматологических услугах, гарантийных обязательствах, возможных в процессе лечения осложнений и сроках гарантии;

5) для рассмотрения конфликтных ситуаций, которые не удалось погасить в лечебном учреждении, своевременного выявления ошибок в работе врачей и разбора претензий создать при Республиканской Ассоциации Стоматологов постоянно

Список литературы:

1. Антипенко Э.С., Несыков Р.Б. Об изучении мнения пациентов о работе врачей поликлиники //Здравоохранение РФ.- 1983.- №2.-С.16- 18.
2. Андреева С.Н. Системный анализ оценок, принятых в практике отечественной ортопедической стоматологии. Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. - М ., 2004.- 29с.
3. Ашуров Г.Г., Леонтьев В.К. Переход к рыночным отношениям и механизм оказания стоматологической помощи населению //Стоматология. - 1995. - №5. - С.66 - 67.
4. Базиян Г.В., Новгордцев Г .А. Основы научного планирования стоматологической помощи. -М., Медицина. - 1986. - 240с.
5. Байра В.Д., Якен Э.О. Экспертная оценка качества лечебного процесса в стационарах и клиниках // Советское здравоохранение. - 1971 - №9 - С 21 - 33.
6. Булгакова Д.М. Совершенствование организации и повышение качества стоматологической помощи сельскому населению Республики Дагестан в новых экономических условиях. Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. - М., 2003. - 29с.
7. Леонтьев В.К. Организация стоматологической службы в условиях рыночных отношений и страховой медицины //Материалы II съезда СТАР. - Волгоград,- 1994.-С. 19-33.
8. Леонтьев В.К. Стоматология России: Пути и перспективы развития //Медицинские новости. - 1996. №1Х (26). - С.З - 4.
9. Леонтьев В.К. Стоматологическая служба России в новых условиях хозяйствования в свете реализации программы СТАР «Стратегия развития стоматологии России» //Стоматология. - 1996. - Спец.вып. - С.7 - 11.
10. Леонтьев В.К. Пути повышения качества работы стоматолога //Дент-Арт. - 1998.- №3,-С.11-15.

АНАЛИЗ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСОВ

Ахмедова С.К., Алимирзоев Ф.А., Салимханов А.Э.,
Абдуллатипов Г.М., Дибирова П.Ш., Омарова А.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

Актуальность: Количественная и качественная оценка клинической ситуации является важным аспектом современной доказательной стоматологии. Ортодонтические индексы — это инструмент эпидемиолога для анализа распространенности и степени выраженности различных видов зубочелюстных аномалий. Целью данной статьи является изучение различных качественных и количественных методов оценки нарушения окклюзии и их эволюции на протяжении многих лет. Также в статье анализируются их преимущества и недостатки и сравниваются между собой два часто используемых индекса — стоматологический эстетический индекс (DAI) и индекс необходимости ортодонтического лечения (IOTN).

За прошедшие годы были разработаны различные критерии, чтобы помочь специалистам классифицировать нарушение окклюзии в соответствии с уровнем необходимости лечения. Однако именно социальные взаимоотношения определяют нормы для приемлемого, нормального и привлекательного внешнего вида. Выявление детьми и их родителями аномальных, недопустимых или искажающих зубочелюстных характеристик зависит как от социального контекста и культурной среды, так и от объективных критериев.

Хороший метод оценки окклюзии важен для регистрации распространенности и серьезности нарушений в различных группах населения. Данные такого рода важны не только для эпидемиолога, но и для тех, кто планирует предо-

ставление ортодонтического лечения или подготовку специалистов-ортодонтов. Если метод является общепринятым и применяемым, можно сравнить данные, собранные по различным группам населения. Методы оценки зубочелюстных аномалий можно в общем разделить на два типа: качественный и количественный. Метод, который количественно измеряет имеющиеся нарушения, также может быть использован для оценки эффекта ортодонтического лечения.

Обзор литературы, связанной с регистрацией и измерением степени тяжести зубочелюстных аномалий, показал, что большинство исследований были опубликованы в период с 1940-х по 1970-е годы. В последнее десятилетие было относительно мало публикаций, в которых обсуждалась эта тема. Целью данной статьи является обзор литературы по количественным и качественным методам оценки зубочелюстных аномалий, а также обсуждение двух часто используемых индексов, DAI и IOTN.

Самые ранние методы регистрации аномалий окклюзии были качественными. Метод Angle для классификации окклюзии, с модификациями или без них, получил широкое признание и продолжает использоваться до сих пор, с момента как он был впервые опубликован в 1899 году.

Было много критических замечаний по поводу классификации Angle. Его метод учитывает только переднезадние отклонения в сагиттальной плоскости, вне зависимости от взаимоотношения зубов к лицу, в то время как зубочелюстные аномалии являются трехмерной проблемой. Когда достоверность классификации Angle была проверена Gravely и Johnson, они обнаружили, что процент ошибок и взаимных противоречий между экспертами относительно высокий.

Тем не менее, следует помнить, что Angle разработал свой метод в качестве ориентира для составления плана лечения, а не в качестве индекса для оценки окклюзии или эпидемиологического инструмента, как он использовался

позже другими исследователями.

В более ранних исследованиях только несколько произвольно выбранных симптомов аномалий окклюзии были выбраны в качестве элементов для регистрации. В более поздних исследованиях становилась все более очевидной тенденция к подбору логически сгруппированных признаков зубочелюстных аномалий.

Количественные методы регистрации аномалий окклюзии были созданы несколько позже, чем качественные. Большинство индексов для измерения степени тяжести зубочелюстных аномалий были разработаны в 1950-х и 1960-х годах.

Стоматологический индекс.

Связь между эстетической стоматологией и психосоциальным благополучием была отмечена многими исследователями. В ответ на актуальность подобного индекса, для использования в эпидемиологических обследованиях, который включал бы в себя психосоциальные критерии при оценке потребности в ортодонтической помощи, был создан The dental esthetic index (DAI) (Cons, 1987). Этот индекс основан на социально ориентированных эстетических нормах. Он учитывает важность психосоциальных факторов в оценке неправильного прикуса, а также помогает профессионалам классифицировать зубочелюстные аномалии в соответствии с потребностью лечения.

DAI является одним из таких инструментов, который ортодонт может использовать при определении необходимости ортодонтического лечения, а также предоставляет единую, стандартную оценку, увязывающую восприятие окружающими эстетики зубов с объективными критериями, связанными с нарушением окклюзии. DAI особенно чувствителен к окклюзионным состояниям, которые могут вызвать психологическую или социальную дисфункцию.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, 1989 г.) включила DAI в

международное исследование в качестве стандартного индекса, для выявления зубочелюстных аномалий.

DAI математически связывает клинические и эстетические компоненты для получения единой оценки, которая объединяет физические и эстетические аспекты окклюзии, включая восприятие пациента.

Стандартный DAI рассчитывается с помощью регрессии, когда измеренные показатели умножают на коэффициенты регрессии, а полученные числа добавляют к константе регрессионного уравнения.

Регрессионное уравнение для расчета стандартного DAI следующее:

DAI = (отсутствующие зубы х 6) + (скученность) + (промежутки) + (диастема х 3) + (самое большое переднее отклонение на верхней челюсти) + (самое большое переднее отклонение на нижней челюсти) + (переднее верхнечелюстное перекрытие х 2) + (переднее нижнечелюстное перекрытие х 3) + (Величина вертикальной дезокклюзии х 4) + (переднезаднее соотношение моляров х 3) +13.

Если значение эстетического индекса менее или равно 25, то нарушений прикуса нет или они незначительны. В этом случае лечение не требуется или имеется небольшая потребность в нем. Значения DAI, равные 26-30, интерпретируются как явное нарушение прикуса, вследствие чего необходимо избирательное лечение. При DAI равном 31-35 - имеется тяжелое нарушение прикуса и есть необходимость в лечении. При значениях эстетического индекса свыше 35 наблюдается очень тяжелое нарушение прикуса и лечение обязательно.

DAI имеет некоторые ограничения в применении:

6. Индекс не идентифицирует случаи с глубоким прикусом, задним перекрестным прикусом, открытым прикусом, несоответствием по средней линии.

7. DAI был разработан как инструмент скрининга постоянных зубных рядов; его применение неприемлемо на этапе смешанного прикуса, в связи со

значительной перестройкой зубочелюстной системы и изменениями внешнего вида зубных рядов.

8. DAI был разработан для определения тяжести нарушения прикуса и относительной потребности в ортодонтическом лечении, на основе восприятия эстетики зубов студентами из США. Следовательно, возможно пороговые показатели требуют коррекции для разных этнических групп.

9. Измерение DAI выполняется с использованием градуированного в миллиметрах пуговчатого зонда, и возможные небольшие погрешности в точности могут иметь чрезмерный эффект из-за коэффициентов индекса.

Преимущества DAI:

8. DAI учитывает восприятие пациентов относительно необходимости ортодонтического лечения, поскольку именно пациенты проходят лечение и должны получать удовлетворение от улучшения эстетики и функциональности зубочелюстной системы.

9. DAI может эффективно использоваться на постоянной основе для количественной оценки необходимости ортодонтического лечения.

10. Его можно использовать прямо у кресла пациента, он очень прост в расчете и расчет может быть поручен ассистентам, для снижения производственной нагрузки на стоматологов.

11. Он может использоваться для оценки стандартов лечения, хотя и не был разработан для этого.

Индекс потребности в ортодонтическом лечении (IOTN).

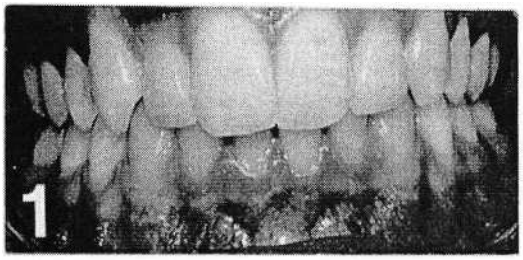
Изучив имеющуюся литературу, Peter Brook и William Shaw (1989) пришли к выводу, что аномалии окклюзии лучше всего количественно измерить, используя два отдельных компонента, чтобы записать, во-первых, здоровье зубов и функциональные показания к лечению, и, во-вторых, эстетические нарушения.

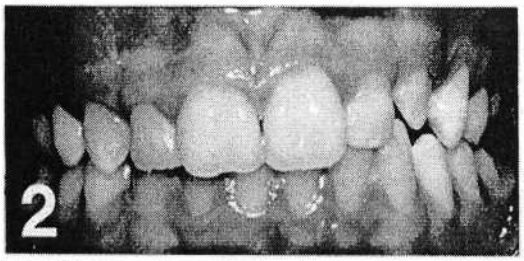
Dental Health Component (Компонент стоматологического здоровья)

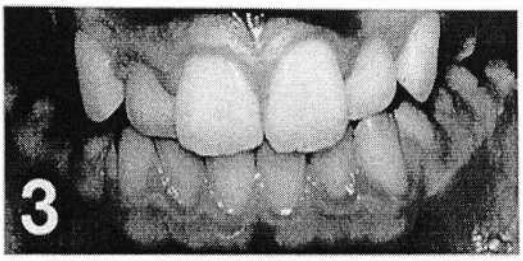
Индекс приоритета лечения, используемый Шведским стоматологическим советом (Linder-Aronson, 1974), использовался в качестве основы для оценки функциональных и стоматологических показателей здоровья. Dental Health Component включает 5 категорий, от 1 (лечение не требуется) и до 5 (высокая необходимость в лечении) и может применяться как клинически, так и при изучении моделей. Категория определяется по наиболее серьезной аномалии. К примеру, к 5-ой категории относят пациентов с расщелинами губы, неба, альвеолярного отростка, отсутствием значительного количества зубов или деструктивным прикусом, не зависимо от наличия незначительной патологии, не требующей лечения, например дистопии или наклона зубов,.

Эстетический Компонент

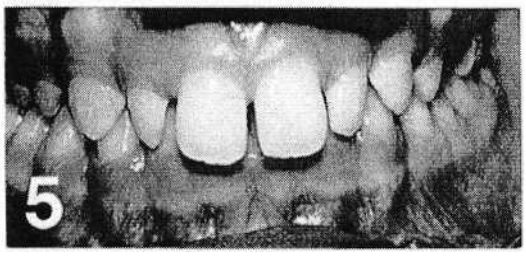
Вторая часть общей оценки заключается в оценке эстетических нарушений, вызванных нарушением прикуса. Эта шкала была построена с использованием 1000 фотографий детей 12-ти летнего возраста, собранных во время большого междисциплинарного обследования. Шесть судей, не стоматологив, оценили эти фотографии по внешней привлекательности и дали 10-балльную шкалу (рис. 1). Рейтинг определяется исходя из общей эстетической привлекательности, а не конкретного сходства с фотографиями. Конечный результат отражает необходимость лечения по эстетическим показаниям и соответственно потребность в ортодонтической и психологической помощи. Интерпретация эстетического компонента следующая: 1-4 - нет необходимости в лечении либо она минимальна, 5-7 - требуется избирательное лечение, 8-10 — лечение необходимо.

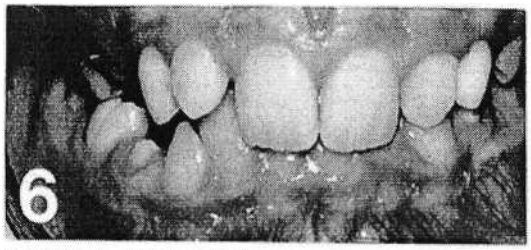

1

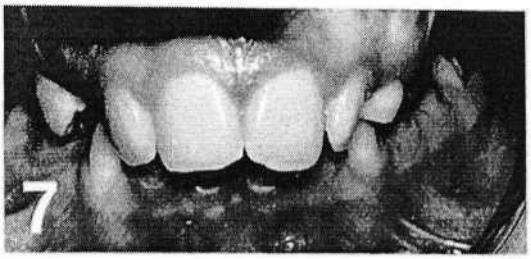

2

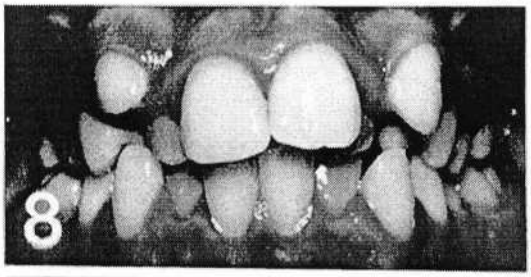

3

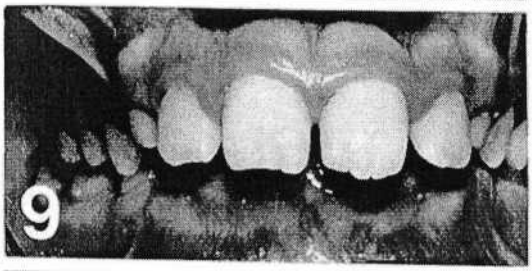
4


5


6


7


8


9

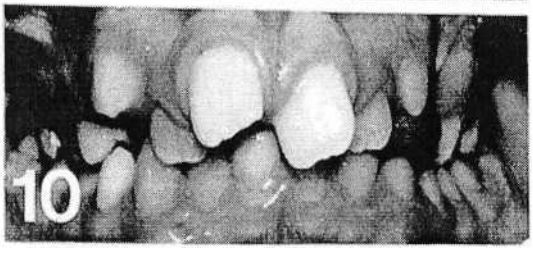

10

Рис.1

Сравнение индексов DAI и IOTN и их модификаций.

За прошедшие годы в различных исследованиях сравнивались индексы ЮТ N и DAI, применяемые для аналогичных целей.

Они оба используют схожие критерии оценки и с помощью этих индексов оцениваются два компонента: анатомический и эстетический. Тем не менее, важность отсутствующего зубного признака оценивается по-разному по каждому показателю. Один недостающий зуб по компоненту стоматологического здоровья IOTN, если его оценивать, как наихудший признак, получает оценку 3, что указывает на «избирательную потребность» в лечении. В то время как, по индексу DAI один недостающий зуб имеет коэффициент шесть, если отсутствующий зуб был единственным зарегистрированным признаком, то DAI составит 19, что классифицируется как ситуация не требующая ортодонтического лечения либо требующая минимального вмешательства.

В IOTN эстетический компонент является отдельным инструментом от компонента стоматологического здоровья. IOTN использует только три класса:

«нет необходимости», «избирательная необходимость» и «лечение необходимо». В шкале, состоящей только из трех классов, отсутствует возможность ранжировать случаи с большей или меньшей потребностью в лечении в пределах классов.

Преимущество DAI состоит в том, что восприятие эстетики связано с измерениями анатомических признаков для получения единой оценки, без необходимости в двух отдельных инструментах, которые не могут быть объединены.

Brook и Shaw утверждают, что для полноценной проверки индекса IOTN должна быть проведены дальнейшие исследования.

Несколько исследований показывают обоснованность DAI, его оценка в

значительной степени связана с восприятием потребности в лечении со стороны учащихся и родителей. Это являются хорошими ориентиром для решения о необходимости ортодонтического вмешательства.

Другое исследование сравнивало DAI с индексом IOTN, и обнаружили, что оба индекса являются эффективными критериями для оценки потребности в лечении, так как это воспринимают ортодонты, и не обнаружили какой-либо существенной разницы между ними.

Выводы: Каждый индекс или метод оценки, описанный выше, основывается на мнении отдельного лица или группы лиц. Естественно, возможны разногласия среди специалистов в отношении эффективности каждого конкретного метода. Однако, все сходятся на том, что не существует одного индекса или классификации, которые включали бы в себя абсолютно все рекомендуемые критерии. Таким образом, различные индексы или методы разработанные в соответствии с различными требованиями, должны использоваться совместно, для нивелировки их ошибок и кумуляции полезной информации, а также возможности достоверного взаимного сравнения различных исследований. Учитывая вышеизложенное, рекомендуется использование двух и более индексов для сбора информации в соответствии с поставленной целью исследования.

Список литературы.

6) Angle EH. Classification of malocclusion. Dent Cosmos 1988; 41:248-64.

7) Gravely JF, Johnson DB. Angle’s classification of malocclusion: An assessment of reliability. Br J Orthod 1973; l(3):79-86.

8) Brzroukov V, Freer TJ, Helm S, Kalamkarov H, Sardoinfirri J, Solow B. Basic methods for recording malocclusion traits. Bull World Health Organ 1979;57(6):955- 61.

9) Bjork A, Krebs AA, Solow B. A method for epidemiological registration of malocclusion. Acta Odontol Scand 1964;22: 27-41.

10) Jenny J, Cons NC. Establishing malocclusion severity levels on the dental aesthetic index (DAI) scale. Aust Dent J 1996; 41(1): 43-46.

11) Jenny J, Cons NC. Comparing and contrasting two orthodontic indices, the index of orthodontic treatment needs and the dental aesthetic index. Am J Orthod Dentofac Orthop 1996; 110: 410-16.

ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ В ШКОЛЬНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ

Ахмедова С.К., Бигаева У.С., Омарова А.М., Дибирова П.Ш., Омарова П.Х.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии детского возраста.

ГБУ РД Республиканская Детская стоматологическая поликлиника

Самая перспективная возможность внедрения подобных программ профилактики - школьная стоматология [1,2,3,4]

Роль школы в физическом и психическом становлении подрастающего поколения огромна. Школьников надо окружать постоянным -профилактическим микроклиматом». Ведь в школьном возрасте происходит становление личности, формирование привычек здорового образа жизни [5,6].

Комплексную профилактическую стоматологическую работу позволяет проводить школьный стоматологический кабинет. Школьный стоматологический кабинет является наиболее удобной формой работы с детьми в условиях организованного детского коллектива. Ребенок поступает в школу в период сменного прикуса и на протяжении всего периода учебы в школе (9-11 лет) может получать комплексную профилактическую стоматологическую помощь.

Профилактические мероприятия в детском возрасте наиболее эффективны по многим причинам. Во-первых, в детском возрасте происходит прорезывание зубов, смена молочных зубов на постоянные, формирование постоянного прикуса, созревание эмали прорезавшихся постоянных зубов. Во-вторых, именно в детском возрасте происходит формирование гигиенических навыков, привычек, в том числе навыков гигиены полости рта.

Школьная стоматология дает возможности для стоматологического обследования, выявления факторов риска стоматологических заболеваний, лечения и

проведения профилактических мероприятий как на групповом, так и на индивидуальном уровне и в тесном контакте с педагогами и родителями. Именно в условиях школьного стоматологического кабинета возможно проводить комплексную санитарно-просветительскую работу, формировать у ребенка стойкие навыки гигиены полости рта, проводить регулярный контроль качества гигиены.

В настоящее время появились новые возможности в реализации профилактического направления в школьной стоматологии, так как в 2001 году была учреждена специальность «гигиенист стоматологический» (приказ №33 МЗ РФ от 6 февраля 2001 года). К сожалению, данные специалисты не работают по назначению - в организованных детских коллективах, в то время как их роль в реализации профилактического направления в современной системе школьной стоматологии является основной [7,8,9,10]. Только четкое разграничение функциональных обязанностей врача-стоматолога и гигиениста стоматологического позволит оказывать наравне с лечебной, комплексную профилактическую стоматологическую помощь детям. Однако эти вопросы до сих пор остаются нерешенными.

Цель исследования - повысить эффективность деятельности школьного патологического кабинета путем реализации профилактического правления в системе школьной стоматологии в современных условиях.

При разработке новой модели школьного стоматологического кабинета были определены два режима его работы: лечебный и профилактический.

Лечебный режим в школьном стоматологическом кабинете включает осмотр детей, направление ребенка на консультацию в детскую стоматологическую поликлинику и к смежным специалистам при необходимости, лечение неосложненных форм кариеса. Проведение этого режима позволяло оснащение школьного стоматологического кабинета, которое включало в себя стоматоло-

гическую установку и все необходимые материалы для проведения лечебных мероприятий.

Профилактический режим включает санитарно-просветительскую работу (не только с учениками, но и с преподавателями, родителями), профилактические мероприятия на групповом и индивидуальном уровне в школьном стоматологическом кабинете, в уголке гигиены и в классе. При обоих режимах работы школьного стоматологического кабинета центральной фигурой является стоматолог, а основная роль в реализации профилактических мероприятий принадлежит гигиенисту стоматологическому.

Внедрение программы проходило в 2 этапа.

Начальный этап внедрения программы.

На начальном этапе внедрения программы была проведена следующая работа:

- ознакомление медперсонала с организацией работы школы, получение списков школьников всех классов, согласование проведения лечебнопрофилактических мероприятий по программе с учебным планом и расписанием;
- информирование персонала школы о предстоящей программе, особая подготовка учителей начальных классов (классных руководителей) к работе программы;
- подготовка бланков учетной и отчетной документации работы врача- стоматолога и гигиениста стоматологического школьных;
- разработка и внедрение в деятельность ШСК дневников стоматологического здоровья ребенка.

Врач-стоматолог определял и контролировал работу гигиениста стоматологического по подготовке школьного стоматологического кабинета к работе до начала учебного года (инструментарий, материалы для проведения лечебной

и профилактической работы, дезсредства, расходные материалы, необходимое количество бланков отчетной и учетной документации, выверенные списки детей по классам).

Родители учеников были проинформированы о предстоящей программе, от них были получены согласия на участие их детей в программе. Были определены уровни знаний родителей (анкетирование) по вопросам профилактики стоматологических заболеваний.

Было проведено знакомство медперсонала со школьниками, определение первичного уровня знаний по гигиене полости рта (анкетирование).

Основной этап внедрения программы включал в себя:

- проведение эпидемиологического обследования школьников, планирование групповых и индивидуальных методов лечебно-профилактических мероприятий с учетом интенсивности стоматологических заболеваний;
- проведение санитарно-просветительской работы со школьниками (уроки здоровья);
- проведение групповых методов профилактики (ежедневная чистка зубов в школьном стоматологическом кабинете; полоскание полости рта реминерализующими/фторидсодержащими растворами);
- проведение индивидуальных методов профилактики (индивидуальное обучение гигиене полости рта, контролируемая чистка зубов фторидсодержащими зубными пастами, профессиональная гигиена полости рта, герметизация фиссур зубов);
- лечение кариеса зубов (с приоритетным акцентом на постоянные зубы; лечение осложненных форм кариеса и молочных зубов, удаление зубов целесообразно проводить в детской стоматологической поликлинике).

Первоначально работа заключалась в определении уровня стоматологической заболеваемости у школьников с помощью осмотра (эпидемиологического

обследования) с определением основных стоматологических показателей, что позволило определить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний. Полученные результаты представили общую картину заболеваемости детей на групповом и индивидуальном уровнях. Этот осмотр также позволил выделить некоторые факторы риска развития стоматологических заболеваний у каждого конкретного ребенка (скученность зубов, патологически прикрепленные уздечки губ и языка, мелкое преддверие полости рта, патология прикуса, очаговая деминерализация, флюороз и др.), индивидуальные особенности полости рта каждого ребенка, состояние гигиены, вредные привычки и наметить групповые и индивидуальные методы профилактики. В результате проведенного обследования школьный врач-стоматолог определил и наметил для выполнения гигиенистом стоматологическим перечня групповых и индивидуальных мероприятий по санитарно-просветительской работе, гигиене полости рта, средствам и методам профилактики. Вместе с гигиенистом стоматологическим врачом- стоматологом был намечен план работы, расписание, объем мероприятий, сроки их проведения, составлен план санитарно-просветительской работы с детьми, родителями, учителями. Результаты осмотра были статистически обработаны и служили контрольными данными при дальнейших динамических обследованиях для сравнения при определении эффективности программы профилактики. Особое внимание в профилактической работе школьного стоматологического кабинета уделялось ученикам начальной школы. По данным Кузьминой Э.М. именно в этом возрасте у ребенка легче выработать привычку к уходу за полостью рта, правильные навыки проведения гигиенически мероприятий. Все лечебно-профилактические мероприятия проводились соответственно специально разработанному календарю.

Работа с *первоклассниками* начиналась с середины сентября. Первые две недели учебы проходила адаптация к новым условиям, дети знакомились со

школой, друг с другом, с учителями. Первым мероприятием при работе с первоклассниками был ознакомительный урок, во время которого гигиенист стоматологический и врач-стоматолог знакомились с детьми, рассказывали о наличии в школе стоматологического кабинета, о мероприятиях, проводимых в нем. Во второй части занятия дети посещали школьный стоматологический кабинет, им показывали уголок гигиены, где будет проходить ежедневная чистка зубов. В последующем, первоклассники на больших переменах после завтрака посещали кабинет, с целью чистки зубов. Первый месяц проводилась неконтролируемая чистка зубов, дети привыкали к посещению школьного стоматологического кабинета. Чистка зубов проводилась под наблюдением гигиениста стоматологического, который корректировал навыки. С октября начинала проводиться ежедневная контролируемая гигиена полости рта учеников с использованием таблеток Динал. С января месяца первого учебного года эти мероприятия сократились до 2 раз в неделю.

Параллельно с самостоятельной гигиеной полости рта у первоклассников нужно проводить профессиональную гигиену полости рта (у всех детей - в начале учебного года, перед зимними каникулами, перед летними каникулами, у детей с КПУ>3 - чаще), герметизация фиссур (по показаниям), лечение неосложненных форм кариеса молочных и постоянных зубов (по показаниям).

Также в течение первого учебного года у первоклассников нужно проводить уроки здоровья по следующей тематике:

12. Урок 1 .Ознакомительный.
13. Урок 2.Правила ухода за полостью рта.
14. Урок 3. Вредные привычки и их влияние на ЗЧС.
15. Урок 4.Строение зубов.
16. Урок 5. Что нужно знать об основных стоматологических заболеваниях.

17. Урок 6. Здоровые зубы и правильное питание.

Работа с **учениками 2-х и** 3-х классов нужно включить в себя те же мероприятия, что и у первоклассников:

18. уроки здоровья каждые 2 месяца;

19. осмотр и составление индивидуального графика лечебно-профилактических мероприятий;

12) регулярные контролируемые чистки зубов 2 раза в неделю;

13) профессиональная гигиена полости рта;

14) полоскание полости рта реминерализующими и фторидсодержащими растворами или покрытие зубов фторидсожержащим гелем;

15) герметизация фиссур;

16) лечение зубов.

У **учеников старших классов** также нужно проводить уроки здоровья, но реже чем в начальной школе - 2 раза в год. Раз в месяц проводилась контролируемая чистка зубов. Профессиональная гигиена полости рта нужно проводить по показаниям, ей уделялось большее внимание, так как для учеников старших классов, помимо мягкого зубного налет, характерно наличие зубного камня.

К выполнению программы предлагаем активно привлекать внештатные участники программы, прежде всего *учителя* школы, поскольку педагоги обладают необходимыми знаниями и опытом воспитания и обучения детей и остаются с детьми на протяжении всего учебного времени. Перед началом внедрения программы нужно проводить собрание, на котором школьный персонал (директор, завучи, преподаватели, педиатр, школьные психологи) был проинформирован о внедряемой в школе программе и об их роли в ее реализации.

Необходимым звеном в организации и реализации программы является участие *родителей.* С этой целью в начале учебного года на родительском собрании с участием стоматолога родители должны быть ознакомлены с предсто-

ящей программой, ее целями и задачами. Родителям каждого ребенка на родительском собрании перед началом учебного года предлагают выдавать информацию о программе и получалось от них информированное согласие, в котором родители указывали, что они подтверждают согласие на участие их ребенка/детей в реализуемой в школе программе.

Вывод: Таким образом, предлагаемые данные убедительно свидетельствуют об эффективности программы. Особенно эффективность программы характеризует увеличение количества детей с интактными зубами Такая форма профилактической работы с детьми качественно меняет стоматологическое здоровье детей.

Список литературы:

1. Аврамова О.Г., Западаева С.В., Шевченко С.С. Организация и реализация профилактического направления в системе школьной стоматологии в организованных детских коллективах// Материалы XX Всероссийских научно-практических конференции «Стоматология XXI века».-М.-2008.-С.245-247._
2. Авраамова О.Г., Леонтьев В.К. Перспективы разработки профилактических стоматологических программ в России (исторический и ситуационный анализ) // Стоматология,-1998.-Т.77,№ 2.- С.11-13.
3. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога.- М.: Медицина, 1988.-256с.
4. Виноградова Т.Ф. О мерах по улучшению профилактики стоматологических заболеваний у детей // Стоматология.- 1989. - Т.68, №5. - С.4-7.
5. Виноградова Т.Ф., Григорьева Е.Е., Блехер Г.А., Максимова О.П. Методика и содержание работы детского стоматолога в школе: Стоматология.-1985.- № 5.- С.64-65.
6. Всемирная организация здравоохранения. Серия технических докладов. №713. Методы и программы профилактики основных стоматологических заболева-

ний. - Женева, 1986. - 62с.

7. Хамадеева А.М. Трофименко В.М., Полякова АП Программа массовой профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у детского вселения // Стоматология,- 1988. - № 1 - С 78 79
8. Хамадеева А.М. Опыт внедрения профилактических программ в области стоматологии Самарской области. // Материаллы Международной конференции «Профилактика стоматологических заболеваний у детей». - Псков, 2007 - С45 51
9. Шевченко О.В. Гигиенист стоматический-обоснованный выбор // Маэстро стоматол.-2000.-№2,- С.97-98
10. Attanassouli I., Mamai-Homata E., Papagopouios H. et al. Dental caries changes between 1982 and 1991 in children aged 6-12 in Athens, Greece // Caries Res. - 1994. - Vol.28, №5. - P.378 - 382.
11. Axelsson P., Paulander J., Svardstrom G. et al. Integrated caries prevention: effect of needs - related preventive programme dental caries in children Caries Res. - 1993. - Vol.27, Suppl. - P.83 - 94.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗА И УЧЕТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ И НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ

Абакаров Т.А., Аталаев М.М., Махмудов Ш.Р., Алиев А.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра ортопедической стоматологии.

Кафедра хирургической стоматологии.

Поворот отечественной экономики в сторону рыночных отношений, изменение государственной политики в отношении финансирования различных отраслей народного хозяйства, в том числе здравоохранения, вызвал необходимость проведения реформы системы здравоохранения. Целью данной реформы является адаптации этой отрасли к условиям рыночных отношений, развивающихся во всех сферах социально-экономической жизни нашего общества. Это объясняет необходимость разработки и внедрения новых организационных информационных и иных технологий, направленных на быстрейшее проведение реформ, развитие современных форм и методов управления в новой экономической и медико-социальной ситуации. Новые условия управления и хозяйствования требует кардинального пересмотра их информационного обеспечения. В этом плане появилось ряд сообщений, в которых даются предложения по внедрению информационных технологий в стоматологическую практику страны.

Сложная перестройка стоматологической службы выдвигает и ряд других актуальных задач. Важно получить данные о стоматологической заболеваемости населения Республики Дагестан, ее структуре и нозологии; необходимы анализ объема оказываемой специализированной помощи, разработка системы информации и хранения данных. Эти данные должны быть положены в основу

планирования стоматологических лечебно-профилактических лечебных учреждений.

Для устранения указанных пробелов разработана программа федерального уровня по информатизации стоматологической службы России на базе и в составе федеральной сети «Меднет». Программа включена в целевую программу Минздравсоцразвития РФ по информатизации здравоохранения Российской Федерации.

Федеральная сеть «Меднет» является телекоммуникационно-информационной системой, обеспечивающей единое телекоммуникационно-информационное пространство Российской Федерации для всех медицинских учреждений (пользователей) и процессов создания центров информатизации и функционирования на качественно новом современном уровне управления.

Исключительно важное значение сеть «Меднет» имеет в становлении и развитии страховой медицины, так как через нее осуществляется оперативное взаимодействие всех учреждений здравоохранения с федеральным и региональными фондами обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями и банковскими учреждениями.

Первичной, основополагающей составляющей федеральной системы информатизации стоматологической службы России являются локальные вычислительные сети стоматологических поликлиник и стоматологических отделений больниц

Функционирование стоматологической поликлиники имеет ряд сложностей, определяемых особенностью работы врачей-стоматологов и зубных техников: это обширный круг манипуляций, широкая номенклатура оборудования, инструментария (включая мелкий), медикаментов, материалов, реактивов, а также учетно- отчетной документации. Много времени занимает оформление расходных материалов (приходование, выдача, отчетность и т.п.). Наряду с ам-

булаторными картами по форме «043/у» заполняется ряд документов: талоны посещений, квитанции на оплату консультаций и рентгенологического обследования, зарисовки, наряды и т. п. Обширны и трудоемки отчетные формы, представляемые в вышестоящие организации. Поскольку вся эта работа выполняется вручную, она требует значительных затрат труда, времени и материалов. Даже практически весьма лаконичные записи в амбулаторных картах заполняются врачами также вручную и отнимают много времени. При проведении текущих производственных совещаний («пятиминуток»), а также при работе различных комиссий требуется значительное количество выписок, справок и других документов.

Современная компьютерная оргтехника на уровне высоких технологий позволяет не только избежать всей этой трудоемкой и дорогостоящей работы, но и совершенно по-новому организовать управление поликлиникой и контроль ее работы абсолютно по всем разделам, начиная с приема первичного больного до предоставления месячных, квартальных и годовых отчетов, на составление которых затрачиваются не дни и часы, а только минуты. Однако анализ внедрения компьютерной техники в стоматологических поликлиниках показывает, что она используется в основном недостаточно профессионально и нерационально, нередко на уровне самодеятельности.

Во многих регионах РФ уже несколько лет применяют компьютеры для бухгалтерских целей, учета поступления и расхода медикаментов, материалов мелкого инструментария, расчета зарплаты и т.п.; в ряде поликлиник в регистратуре ведутся амбулаторные карты. Но как выполняются все эти виды работ? Сущность выполнения можно определить не как автоматизацию рабочего процесса, упрощение, сокращение трудозатрат, а как, наоборот, выполнение дополнительной работы и более того - увеличение ее объема!

Рассмотрим причины этой парадоксальной ситуации. Начинается работа

весьма просто: по старинке, вручную, на соответствующих форменных бланках заполняются различные учетно-статистические документы: талон первичного посещения больного, талоны повторных назначений, квитанции об оплате услуг (осмотр, консультация, рентгенологическое исследование и др., прием смотрового врача, стоимость проведенного лечения, протезирования), заказы-наряды для зуботехнической лаборатории, требования и накладные по складу (аптеке) и многие другие, в том числе очень громоздкие и трудоемкие, сводные отчетные формы. Иными словами, выполняется обычная, рутинная работа, как и прежде. И парадокс как раз в том, что затем все эти данные вручную вводятся в компьютер, для чего используются два- три компьютера, а иногда и больше (для расчета выручки, Начисления зарплаты, расчетов по бухгалтерии, складу, аптеке и т.п.). И для этой цели содержится дополнительный штат из нескольких сотрудников (обычно именуемых программистами, операторами и т.п.).

Центральный компьютер Администратор сети (сервер)

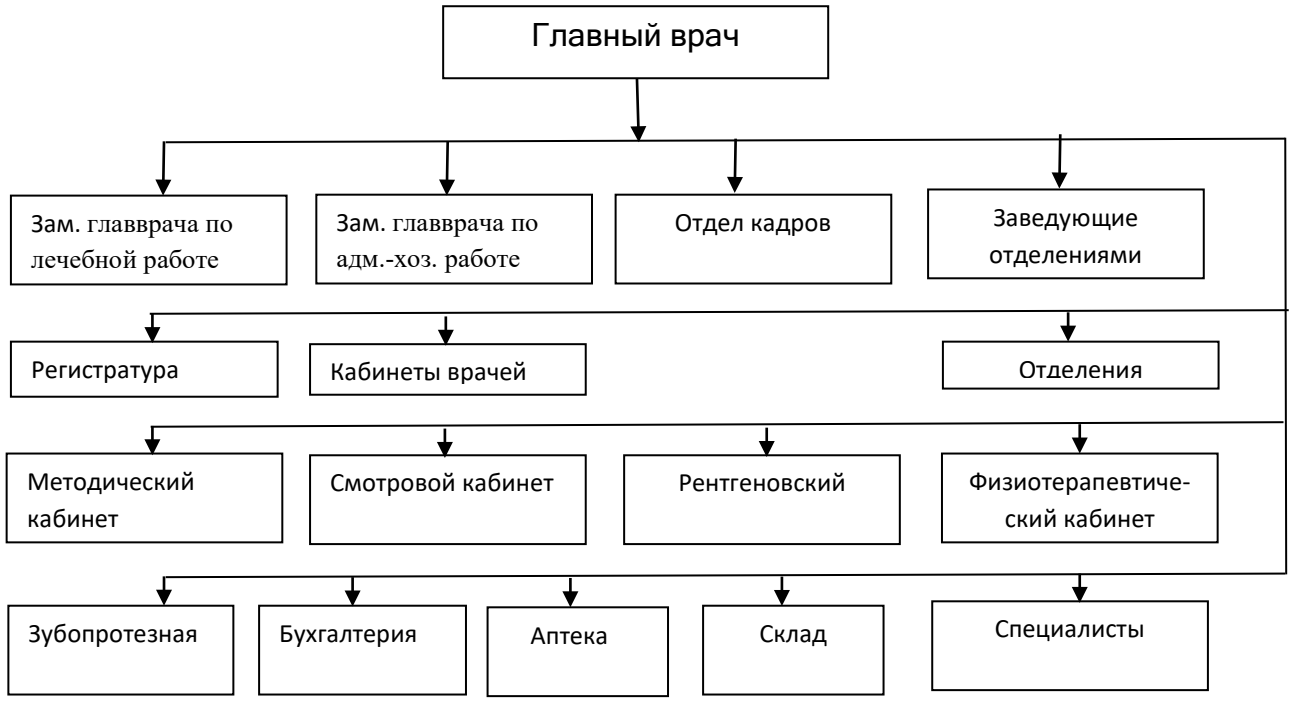


Рис.5.3. Структурная схема локальной сети управления стоматологической по-

ликлиникой

При этом некоторые первичные данные приходится вводить в компьютер повторно (дважды). Например, один оператор на своем компьютере подсчитывает выручку (по копиям квитанции на оплату), а другой оформляет начисление зарплаты. Поэтому данные, полученные первым, приходится повторно вводить в компьютер второго (с дискеты). Это происходит из-за того, что все компьютеры работают автономно, не объединены в сеть, а для расчетов используются автономные, не сопряженные сетью программы. Несостоятельность такого «способа» использования компьютеров и операторов очевидна, так как он требует дополнительной затраты труда и средств, т. е. экономически убыточен.

Для устранения указанных недостатков предлагается использовать специализированную компьютерную автоматизированную систему управления стоматологической поликлиникой. Структурная схема такой системы представлена на рис.5.3. Основой системы является сервер, соединенный по локальной сети с группой терминалов. Каждый терминал (рабочая станция) - компьютер упрощенной конфигурации, оснащенный дисплеем (монитором) и клавиатурой, но без жесткого диска- накопителя с долговременной памятью. Такие терминалы, способные выполнять все необходимые функции, существенно удешевляют всю систему.

Принцип работы системы, начиная с регистратуры, следующий: медицинский регистратор вводит в компьютер исходные (паспортные) данные больного, оформляет квитанцию на оплату работ (размер аванса, полную стоимость и т. п.). Если работы оплачиваются по перечислению или страховому полису, вводятся необходимые дополнительные данные. Больному вручают квитанцию об оплате, в которой указан номер его амбулаторной карты. Квитанция автоматически распечатывается на принтере, как правило, не более 1 мин.

Заполненная амбулаторная карта по кабелю передается на дисплей терми-

нала смотрового врача. Результаты осмотра, направления в рентгеновский кабинет, к терапевту, хирургу, ортопеду вводятся в компьютер на амбулаторную карту, и эти данные автоматически передаются на терминал соответствующему специалисту.

Врач, принимающий первичного больного, а также при повторных посещениях все проводимые им манипуляции вводит в компьютер на амбулаторную карту. В амбулаторной карте имеется перечень всех манипуляций, врачу необходимо только нажатием соответствующих клавиш сделать отметку в амбулаторной карте о проведении определенного вида манипуляции.

Амбулаторные компьютерные карты должны отвечать определенным нормативным требованиям. Ознакомление с компьютерными картами и историями болезни в ряде поликлиник показало, что, по сути, это не карты и истории болезни в официальном понимании нормативно-методических документов, а нечто отдаленно напоминающее инвентарную опись. В большинстве случаев они содержат три основных перечня: стоматологические заболевания; лечебные процедуры; прейскурант на оплату услуг. Иногда содержится перечень расходных материалов и медикаментов. Эти так называемые «документы» не содержат необходимых и обязательных для страховой/медицины элементов (разделов) и требований. К ним, согласно рекомендациям Центрального НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, необходимо добавить ряд нормативно-методических требований и разделов:

-договорные условия оказания стоматологической помощи;

-стандарты на диагностику, профилактику и лечение стоматологических (а также сопутствующих и фоновых) заболеваний;

10. диагностические критерии (признаки, элементы, симптомы и симптомоком- плексы), необходимые для обоснования диагноза, в том числе дифференцированного;

11. регистрацию необходимых для обеспечения этих показателей данных обследования больного;

12. обеспечение правовой защиты пациента и врача при возникновении конфликтов в вопросах диагностики и лечения;

13. сертификацию по федеральному стандарту (в том числе для федеральной сети «Меднет»).

После этого карты становятся юридически полноценными нормативными документами, которые могут принимать к рассмотрению независимые экспертные комиссии и правоохранительные органы при рассмотрении конфликтов между пациентами и лечебными учреждениями (врачами).

Компьютерные амбулаторные карты могут быть различных конфигураций и назначения. Для большинства поликлиник рекомендуется базовая унифицированная единая амбулаторная карта по терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии с отдельными дневниками по каждому разделу. При необходимости можно использовать амбулаторные карты отдельно по каждому разделу стоматологии, а также по эндодонтии, пародонтологии, ортодонтии, имплантологии и т. п. в зависимости от профиля и специализации отделений поликлиники. Для стоматологических (челюстно-лицевых) отделений больниц предусмотрена компьютерная история болезни стоматологического (челюстно-лицевого) больного с дневником. Врач выводит амбулаторную карту на дисплей в любой момент по номеру или по фамилии больного нажатием двух-трех клавиш.

Врач-ортопед не заполняет зарисовку, а лишь отмечает нажатием клавиш условными общепринятыми обозначениями на зубной формуле конструкцию протеза, и эта часть амбулаторной карты автоматически поступает в зуботехническую лабораторию (к заведующему производством, старшему зубному технику).

Все другие данные - результаты рентгенологического исследования, анализы, результаты повторных посещений, консультации и т. п. - также вводятся в компьютер на амбулаторную карту. Любые данные, в том числе виды работ, осмотры, консультации, лечение, удаление и протезирование зубов и т. п., по мере их введения в амбулаторную карту автоматически разносятся по всем учитываемым позициям: выручка за работу, так же как объем работы врача и зубного техника по времени, видам работ, трудозатратам, расходам медикаментов, материалов и т.п. - в соответствующие формы бухгалтерии. При выдаче инструментов, медикаментов, материалов со склада также учитывается расход и остаток. По желанию потребителя компьютер ежедневно может напоминать заведующему складом о необходимости заблаговременного пополнения расходных материалов и т.п. Отпадает необходимость в периодических инвентаризациях и «подбивании» итогов и остатка: все эти сведения могут быть выведены на экран монитора в любое время.

Все доходы и расходы поликлиники по любым позициям, включая количество принятых больных по видам услуг, выручку, начисление зарплаты и т.п., главный врач, его заместитель по лечебной работе, бухгалтер, заведующий складом, медицинский регистратор, заведующий производством (старший зубной техник) в любой момент могут вывести на дисплей терминала. Система обладает рядом других функций.

Таким образом, компьютеризация работы стоматологических поликлиник позволяет нам:

- ✓ Объективно оценивать ситуацию в учреждении, в наглядной форме предоставляя данные за любой промежуток времени;
- ✓ экономить ресурсы и материалы клиники за счет их полного учета и контроля;
- ✓ сокращать время на обслуживание пациента за счет автоматизации процесса

регистрации;

- ✓ избавиться от большого количества бумажных документов;
- ✓ вести различную отчетную документацию в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Список литературы:

1. Алексеева В.М. Основы медицинского маркетинга //Главная медицинская
2. сестра. - 2002. №4. - С.41 - 47.
3. Алимский А.В. Социологические исследования затрат времени населения на получение стоматологической помощи //Вкн: Управление, организация, социолого-экономические проблемы стоматологии страны, Сб научн. тр. ЦНИИС; М.,- 1991.- С.46-50.
4. Беззубов Е.А. Совершенствование учета стоматологической поликлинической деятельности на платном приеме //Актуальные проблемы современной науки. - Самара. - 2002. - С.63 - 65.
5. Беззубов Е.А. Организация и управление амбулаторной и стационарной стоматологической службы в районе крупного города. Автореф. дисс. ...
6. Бойко В.В. Концепции маркетинга и их применение в стоматологии //Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2002. - №2. - С.28 - 34.
7. Бойко В.В. Обратная связь с пациентами: цели, организация, итоги

//Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2002. - №1(6). - С.58 - 64.

8. Бойко В.В. Управление персоналом и внутренний маркетинг //Труды IX съезда СТаР. -2004. -С. 116- 119.
9. Вагнер В.Д., Прохончуков А.Н. Компьютеризация медицинской карты стоматологического больного - объективная необходимость //Труды IX съезда СТаР.-2004. -С.119- 121.
10. Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И. Анализ организации стоматологической помощи населению Дагестана в новых условиях хозяйствования

//Здравоохранение Республики Дагестан в период реформ. - Махачкала. - 2005. - 14с.

11. Курбанов О.Р. Управление функционированием и развитием рынка стоматологических услуг. Теория методологии. - М.: Медицина. - 2005. - 338с.
12. Курбанов О.Р., Абдурахманов А.И. Особенности маркетинговых стратегий для стоматологических организаций //Российский стоматологический журнал. - 2005. - №4. - 41с.
13. Леонтьев В.К. особенности стоматологии в России и перспективы ее развития //Стоматология. - 2002. - №1-С.75 -83.
14. Леус П.А., Кузьмина Э.М., Прокушева О.А. и др. Стоматологический уровень здоровья: Рекомендации по методике определения. - М., 1990.-38с.
15. Леус П.А. Время исправлять ошибки //Новое в стоматологии.-1995. - №3-С.25-31
16. Ломакин В.В., Васманова Е.В. Влияние факторов платности на внедрение новых технологий в стоматологии //Стоматология для всех – 2002. №4-С.26-28

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ОШИБОК ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Алиева А.О., Курбанов З.О.

ФГБОУ ВО «Пятигорский медико-фармацевтический университет» МЗ РФ

Кафедра стоматологии

На современном этапе развития российского общества особую актуальность приобретает обеспечение конституционного права человека и гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь в условиях происходящих в нашей стране социально-экономических реформ [7,2].

С введением рыночных отношений в систему здравоохранения возникли новые взаимоотношения между врачом и пациентом, создается конкуренция между различными учреждениями здравоохранения за пациента, внедряются новые технологии, совершенствуется система материально- технического обеспечения [3,4].

Развитие альтернативной стоматологической услуги привело к тому, что v пациентов появилась возможность выбора обращения за стоматологической помощью как в государственное стоматологическое учреждение, так и в частное [5]. С увеличением количества хозрасчетных услуг врачи-стоматологи стали отмечать рост числа конфликтов с пациентами и связывают это с повышением их требовательности к ячеству оказываемых стоматологических услуг.

В связи с этим возникла потребность в применении научно разработанных методов оценки и контроля качества оказания стоматологической помощи с целью уменьшения конфликтных ситуаций [1,6].

В настоящее время одной из основных проблем качества оказания стоматологической услуги являются ошибки, возникающие при ортопедическом ле-

чении. Остаются не изученными до конца вопросы клинико-экспертной оценки врачебных ошибок и осложнений при протезировании зубов с использованием замковых креплений, которые могут быть использованы как аргументы при разрешении конфликтов на досудебном уровне и в суде.

Цель исследования: оптимизировать доказательность медико- экспертной оценки качества протезирования зубов с использованием аттачменов и меры по предупреждению ошибок на основе изучения и обобщения клинического и экспертного материалов.

Нами за последние 6 лет было,проведено клиническое обследование 830 пациентов в возрасте от 20 до 65 лет с частичной потерей зубов (I, II, III классов по классификации Кеннеди). Кроме того, было изготовлено 202 дуговых (бюгельных) протеза и 98 микропротезов с использованием замковых креплений (аттачменов). Из 478 видов замковых креплений в наших конструкциях использовались аттачмены следующих фирм- производителей: Servo Dental (7,53%), Rhein-83 (9,0%), Ceka (12,55%), Heraeus Kulzer (9,41%), MK-1 (11,09%), Bredent (20,29%), Metalor (11,92%), Bego (6,28%), Degussa (6,49%), Sae Dental (5,44%), как внекоронковые так внутри коронковые.

Результаты исследования: Из 830 обследованных пациентов с различными дефектами зубных рядов 455 ранее были протезированы и пользовались постоянно различными видами протезов, в том числе с использованием аттачменов, и обратились за помощью в связи с возникшими осложнениями. Причинами отказа от пользования предыдущими протезами явились:

14. боли под базисом протеза;
15. неприятные ощущения;
16. плохая фиксация протеза;
17. невозможное привыкание к протезу;

18. различные осложнения при эксплуатации (ношении) бюгельных протезов с использованием аттачменов;

19. аллергические реакции в виде жжения;

20. гиперемия слизистой оболочки полости рта;

21. отлом мостовидных протезов;

22. боли под металлическими мостовидными протезами;

23. неприятный запах из-под опасных коронок и т.д.

Нами установлено, что *паспортная часть* заполняется медицинским регистратором или медицинской сестрой в кабинете поликлиники на основании предоставленного пациентом документа (медицинский полис, паспорт или со слов больного без документа). Однако в 55 % случаев отсутствует запись о профессии больного, которая занимает важное место на оценку характера и тяжести течения стоматологического заболевания и потери зубов (вторичная адентия).

Медицинская часть. При ведении медицинских карт врач-ортопед обязан зарегистрировать, начиная со сбора анамнеза, каждую проводимую лечебно-диагностическую манипуляцию, дать практические рекомендации после проведенного ортопедического лечения и коррекции съемной части комбинированных протезов, и заканчивая периодом адаптации и реабилитации, советом по уходу за протезом. Это позволит в случае возникновения конфликтной ситуации, правильно оценить действия врача-ортопеда.

На ортопедическом приеме выбор конструкции зависит от правильно поставленного диагноза врачом-ортопедом. Диагноз оформляется на титульном листе медицинской карты стоматологического больного только после полного обследования пациента в графе «диагноз». Диагноз должен быть развернутым, описательным по заболеваниям зубов и полости рта с учетом современной классификации МКБ-10 (Международной статистической классификации бо-

лезней) стоматологических заболеваний.

После установления диагноза составляется план лечения, который часто включает последовательные мероприятия, направленные не только на восстановление целостности зубных рядов, но и на устранение других морфологических нарушений. Суть диагноза заключается в регистрации нарушений целости и формы зубов, зубных рядов и других органов зубочелюстной системы и их функций. Дополнительно вносятся данные об осложнениях состояния и сопутствующих заболеваниях (стоматологических и общих). По нашим данным, заполнение графы «диагноз» в титульной части медицинской карты отсутствует в 90 % случаев (Рис.1.).

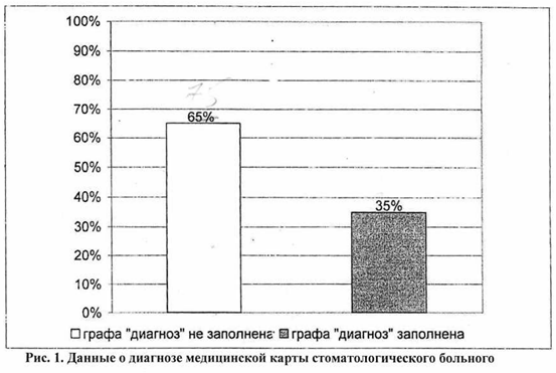


Рис. 1. Данные о диагнозе медицинской карты стоматологического больного

Впервые данные о диагнозе можно встретить лишь в дневнике учета работы врача-стоматолога-ортопеда (форма № 039-4/у) в 15 % случаев, а в 85 % случаев такая запись отсутствует.

В графе «жалобы» данные записываются врачами-ортопедами не как пассивное выслушивание рассказа больного, а своевременное корректное уточнение того или иного момента при собеседовании целенаправленно поставленных вопросов. Врач-ортопед должен задать пациенту такие вопросы, ответы на которые позволяют уточнить достоверность и обоснованность жалоб. Однако как показывает практика, графа «жалобы» заполнена врачами ортопедами с сокра-

щенными записями в 35 % случаев и в 65 % случаев с записью «без изменений».

При сборе анамнеза важно получить данные о перенесенных заболеваниях больного, их осложнениях. Особенно это касается заболевание пищеварительной системы, внутренних органов, нервной и сердечно- сосудистой систем, аллергических проявлении. Необходимо уточнять и возможность наличия хронической инфекции в организме, которая может во влечь в процесс зубочелюстную систему, что в этом случае потребует тщательного осмотра периапикальных тканей зубов и корней.

Нами установлено, что соответствующая графа в медицинских картах заполнена лишь в 15 % случаев (Рис.2).

Рис.2. Сведения о перенесенных и сопутствующих заболеваниях

При сборе анамнеза у лиц, подлежащих протезированию, необходимо уточнять, протезировался ли больной, каким видом конструкции и как привыкал к нему. В этом случае план предполагаемого лечения будет совершенно иными, чем при наличии дефекта. Наши данные указывают на то, что этому разделу врачи не уделяют должного внимания, о чем свидетельствует статистика: в 79% случаев этот раздел не заполняется или заполняется в сокращенном виде (Рис.3).

Рис. 3. Данные о развитии настоящего заболевания

Важное значение имеет описание внешнего осмотра, при этом нужно обращать внимание на такие важные признаки, как наличие или отсутствие асимметрии лица (губ, щек, углов рта, соотношение верхней и нижней губ, линии их смыкания, носа, размер нижней трети лица), состояние области височно-нижнечелюстного сустава, мимические нарушения, изменения цвета кожи лица, воспалительные изменения, сглаженность носогубных складок, оценку зубов и зубных дуг, определение состояния окклюзии, движения нижней челюсти и другие патологические процессы. Однако в 80% случаев в этих картах отсутствуют данные о внешнем осмотре, в 20 % случаев запись сделана не в полном объеме (Рис.4.).

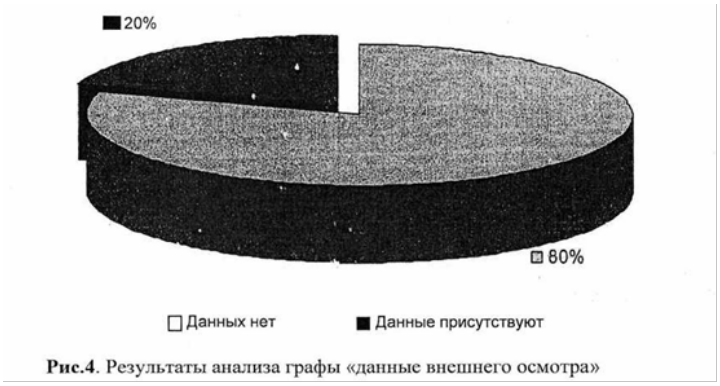


Рис.4. Результаты анализа графы «данные внешнего осмотра»

При ортопедическом осмотре и исследовании полости рта и состояния твердых тканей зубов врач-ортопед обязан описать характер и топографию зубов, заполнить зубную формулу и в ней степень подвижности зубов, дефекты зубных рядов (классификация по Кеннеди) и потери жевательной эффективно-

сти. По нашим данным зубная формула в медицинской карте стоматологического больного заполнена лишь в половине случаев 45 % (Рис.5).

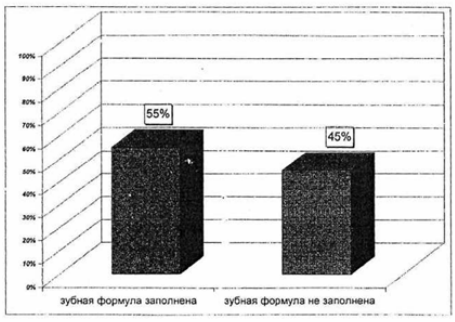


Рис. 5. Данные о состоянии твердых тканей зубов

Виды прикуса указаны в 10% случаев, в 90% случаев отсутствует вид взаимоотношений зубных рядов (Рис.6).

Рис.6. Данные о взаимоотношении зубных рядов

Игнорируется также и описание состояния слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и нёба, о чем свидетельствует статистика, что это описание приведена лишь у 3%.

В медицинской карте больного имеется такая графа, как «данные рентгенологических и лабораторных исследований», которая заполняется врачом-ортопедом после рентгенологических методов исследования, что позволяет определить анатомические особенности челюстно-лицевой области, выявить наличие воспалительных заболеваний корней зубов. Однако описания рентгенологических снимков в этой графе встретились в 16 % случаев и обычно подменялись лаконичными записями такого содержания, как «изменений нет». В

84 % случаев отсутствовали описания рентгенограммы.

В 23 % случаев отсутствовали сведения о направлении на рентгенологическое исследование (Рис.7).

Рис.8. Данные рентгенологического обследования

Каждый проведенный лечебно-диагностический процесс с пациентом врач-ортопед обязан завершить своевременной записью в «дневнике» об объеме выполненной работы, подписью и ее расшифровкой, указать фамилию, имя и отчество зубного техника. По завершению ортопедического лечения в дневнике должна быть полная запись, вплоть до практической рекомендации, профилактического осмотра (коррекция протеза; и советов по уходу за протезом. Несвоевременная запись о выполненных медицинских вмешательствах может привести к дополнительной ошибке.

В 100 % случаев отсутствовала отметка о необходимости явки на профилактический осмотр (коррекция протеза), а в 80 % - запись о практических рекомендациях по уходу за протезом. Кроме того, в «дневниках» имеются вычеркивания и ряд исправлений со стираниями. При описании объективных данных в медицинских картах в 70 % случаев не приведен план ортопедического лечения в 50 % наблюдений нет направления на рентгенограмму, ортопантонограммы, в 90 % случаев не указаны дефекты зубного ряда по классификации Кенне-

ди, в 100% случаев - коэффициент жевательной эффективности по Агапову.

Вторым важным документом является заказ-наряд, который имеет как медицинское, так и юридическое значение. Заказ-наряд оформляется после выбора ортопедической конструкции врачом-ортопедом с точной датой, порядковым номером, паспортная часть заказ-наряда оформляется по данным амбулаторной карты больного медицинской сестрой в кабинете или администратором клиники, указываются фамилии врача-стоматолога-ортопеда и зубно о техника. В заказ-наряде описывается тип взаимоотношения зубов (вид прикуса) больного, полный объем работы врача-стоматолога-ортопеда и зубного техника и ее стоимость. После чего в этом наряде врач-стоматолог-ортопед заполняет зубную формулу с учетом выбранной ортопедической конструкции. Заказ-наряд подписывается врачом-ортопедом и заведующим зубопротезной лабораторией. Заказ-наряд - это вспомогательный документ в ортопедической стоматологии на этапах изготовления конструкции. Заказ-наряд составляется в двух экземплярах, один из которых сдается в бухгалтерию стоматологического учреждения.

Обращает внимание тот факт, что, по нашим данным, при выборе ортопедической конструкции с использованием замковых креплений (аттачменов) заказ-наряды оформлялись сокращенно, лишь в 5% случаев присутствуют указания об изготовлении замковых креплениях.

Анализ заказ-нарядов показал, что в 68 % случаев нет данных о видах аттачменов, в 90 % случаев отсутствуют данные о степени жесткости аттачменов, в 77 % случаев отсутствуют данные о их размере.

Кроме того, врач-ортопед должен заключить договор с пациентом на оказание стоматологических услуг, в котором урегулированы правовые взаимоотношения между врачом, пациентом и стоматологическим учреждением. Отсутствие договора на оказание стоматологических услуг является одной из пр тчин возникновения жалоб пациентов на ненадлежащие стоматологические услуги.

Несмотря на Федеральный закон РФ от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», количество жалоб с требованием на бесплатную ортопедическую помощь Республике Дагестан остается высоким.

Выводы: таким образом, в результате изучения медицинской документации в ортопедической стоматологии выявлено, что больше всего ошибок связано с оформлением и ведением медицинских карт стоматологического больного. Частые ошибки — это отсутствие данных о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, данных внешнего осмотра, состояния слизистой оболочки полости рта, десен, степень атрофии альвеолярных отростков нёба, отсутствие письменного разрешения на проведение медицинской вмешательства и дополнительного метода исследования пациента, неточное определение прикуса и центральной окклюзии пациента, отсутствие или недостаточность информации о замковых креплениях при выборе вид; ортопедической конструкции с использованием замковых креплений в итоге врач-ортопед может неправильно поставить диагноз и выбрать план ортопедического лечения, в результате чего есть вероятность возникновения осложнения, что, в свою очередь, может стать одной из причин создания конфликтной ситуации между врачом-ортопедом, пациентом и стоматологическим учреждением.

Список литературы:

1. Акопов, В.И. Юридические основы деятельности врача: учебно-методическое пособие для студентов мед. ВУЗов / В.И. Акопов, А.А. Бова. - М.: Экспертное бюро, 1997. - 256 с.

2. Данилов, Е.О. Правовые вопросы стоматологической практики /Е.О. Данилов. - СПб.: ООО «МЕДИ издательство», 2006. - 256 с.

3. Демина, А.В. Анализ ошибок и осложнений в практике терапевтической

стоматологии (медико-правовые аспекты): дис.... канд.мед.наук А.В. Демина. - М., 2002. - 110 с.

4. Демина, А.В. Правовая грамотность врачей-стоматологов А.В. Демина, Г.А. Пашинян, Л.М. Лукиных. — М.: Медицинская книга, 005.-160 с.

5. Малый, А.Ю. Конфликтны ситуации в стоматологии и факторы защиты врачей от необоснованных претензий /А.Ю. Малый. - М.: Медицинское право, № 3, 2003. - С. 31-34.

6. Попова, Т.Г. Амбулаторная карта стоматологического больного - важнейший источник информации в гражданском судопроизводстве Т.Г. Попова //Актуальные аспекты судебной медицины и экспертной практики (выпуск 1) - М., 2008. - С. 119-122.

7. Сергеев, Ю.Д. Актуальность и оптимальная методика изучения проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи /Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев // Актуальные проблемы судебной медицины: сб. науч. тр. /под ред. проф. Пиголкина Ю.И. - М., 2003. - С. 321-324.

ОПЫТ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ - ОБТУРАТОРОМ С ТЕЛЕСКОПИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИЕЙ

(на примере клинического случая)

Карасева В.В.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ, Екатеринбург

Актуальность. Приобретенные дефекты челюстных костей возникают чаще всего в результате оперативных вмешательств по поводу доброкачественных или злокачественных опухолей. Они могут иметь различную форму, размеры и локализацию. Независимо от причины образования дефекта неба при наличии сообщения полости рта с полостью носа возникают типичные функциональные нарушения: искажается речь (открытая гнусавость), изменяется дыхание, нарушается глотание – пища попадает в нос и вызывает в нем хроническое воспаление слизистой оболочки. Хирургическое закрытие такого дефекта не всегда возможно вследствие его больших размеров или наличия общесоматической патологии у пациента. Поэтому чаще проводится ортопедическая реабилитация, а съемный протез - единственный вариант для закрытия дефектов у таких пациентов [1, 2, 7].

Аппараты для разобщения полости носа и полости рта называются обтураторами (от лат. слова обтурировать – запирать). Протезы-обтураторы по времени, прошедшего с момента операции, делятся на: непосредственные (иммедиат) – изготавливаются до операции, а накладываются сразу после неё; ранние – изготавливаются в ближайшие сроки после операции (до заживления операционного поля); отдаленные - изготавливаются после полного заживления опе-

рационных ран. Ортопедическая реабилитация имеет свои особенности изготовления протезов на каждом из перечисленных этапов [3].

Цель: изучение эффективности применения съемных протезов-обтураторов с телескопической фиксацией при ортопедической реабилитации пациентов после резекции верхней челюсти.

Материалы и методы. На примере клинического случая изучены особенности отдаленной ортопедической реабилитации пациентки после резекции верхней челюсти сложным съемным протезом-обтуратором с фиксацией на телескопические коронки. Получены положительные результаты протезирования.

Ключевые слова: ортопедическая реабилитация, резекция верхней челюсти, протез-обтуратор, телескопические коронки

Клинический случай

На кафедру ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики УГМУ обратилась пациентка К., 66 лет с жалобами на нарушение внешнего вида, невнятную речь и затрудненный прием пищи, связанные с наличием обширного послеоперационного дефекта верхней челюсти.

Анамнез: около года назад оперирована по поводу инвазивного плоскоклеточного рака правой верхнечелюстной пазухи с разрушением верхней челюсти справа. Был проведен курс лучевой терапии (40 сеансов). Закрытие дефекта оперативным путем не планируется.

При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица справа, западение щеки, рубцовое укорочение верхней губы, смещение правого угла рта вверх.

При осмотре полости рта: слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба гиперемированная, сухая, тотальный дефект верхней челюсти справа, сложной округлой формы, размером 7х5см, сообщающийся с носовой полостью и верхнечелюстной пазухой, дефект зубного ряда (II класс по Кеннеди) (рис. 1а). На сохранном фрагменте альвеолярного отростка слева – мостовид-

ный металлокерамический протез с опорами на зубы 2.3 и 2.6 в неудовлетворительном состоянии. При осмотре полости рта: слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба гиперемированная, сухая. В переднем отделе твердого неба параллельно краю дефекта медикаментозно ассоциированный остеонекроз размером 1,5см. Межзубная, краевая и альвеолярная десна (фрагментарно) в области сохранившихся зубов застойно гиперемирована, отечна. Выявлены твердые зубные отложения в умеренном количестве. На рентгенограмме наблюдается тотальный дефект костной ткани верхней челюсти справа (рис. 1б).

а

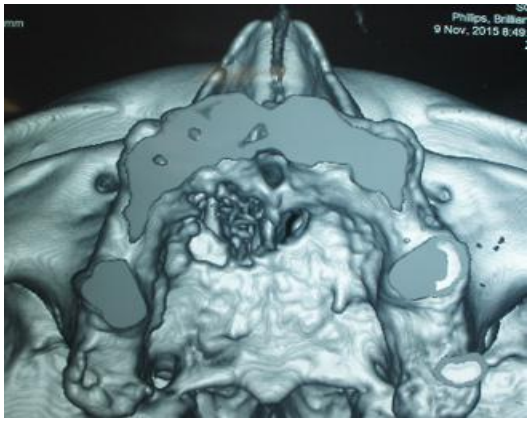

б

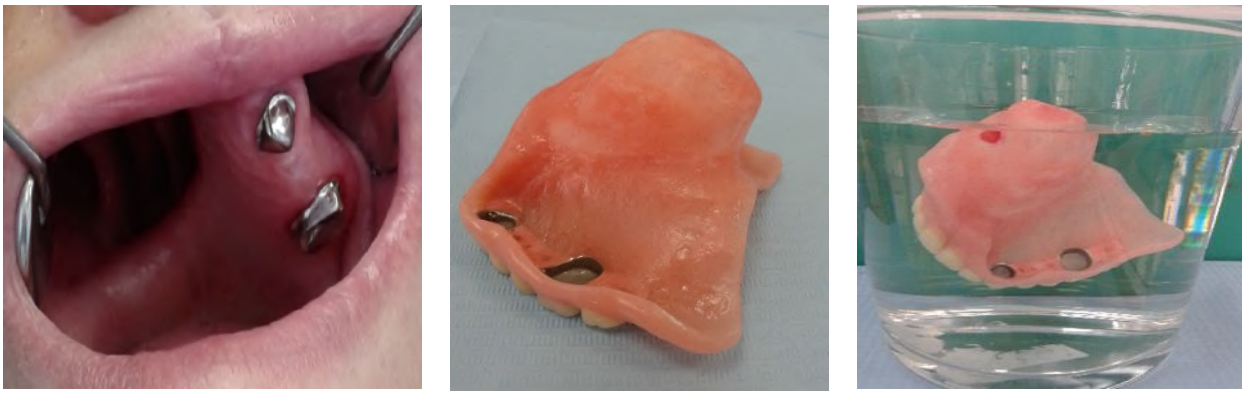
Рис.1**.** Пациентка К., 66 лет: а) клиническая картина (на момент обращения); б) компьютерная томограмма до операции

План лечения: изготовление резекционного частичного съемного обтураторного протеза на верхнюю челюсть с телескопической фиксацией. Телескопические коронки обеспечивают хорошее удержание протезов, даже с большой массой и при минимальном количестве опор.

Обширный послеоперационный дефект и односторонняя (сагиттальная) кламмерная фиксация делают протез массивным и с ненадежной фиксацией (вдыхаемый воздух сбрасывает протез). С целью профилактики переломов пластмассовых базисов предпринимаются разные методы их укрепления [4,5,8].

При телескопической фиксации наружные коронки соединены воедино с металлический литым каркасом внутри базиса, что снижает риск поломки протеза, делает его более прочным.

Для лучшей стабилизации протезов во время функции резекционные протезы делают с обтураторной частью, входящий в обширный дефект. Поскольку объем восстанавливаемых тканей очень большой протезы получаются массивными. Уменьшают массу протезов, делая их пустотелыми [6] (рис.2).



а б в

Рис.2. Пациентка К., 66 лет: а) фиксация внутренних телескопических коронок на зубы 2.3 и 2.6 в полости рта; б) готовый резекционный обтураторный протез вид (изнутри); в) тест на плавучесть (демонстрация пустотелости)

Телескопические коронки плотно фиксируются на зубы, передают жевательное давление через пародонт, способствуя снижению нагрузки на протезное ложе и предотвращает смещение протеза, имеющего большой объем, в дефект. Особым достоинством протезов с подобной фиксацией является их высокая эстетичность – видимое отсутствие опорных элементов в виде металлических коронок и кламмеров (рис. 3).

а

б

в

Рис.3. Пациентка К., 66 лет: а) внешний вид на момент обращения,
б) внешний вид после наложения протеза,
в) тест на фиксацию протеза (широкое открывание рта)

Поскольку сложно-челюстной протез значительно больше по объему, чем обычный протез, при его наложении особое внимание уделяют обучению пути введения-выведения протеза с наименьшим травмирующим эффектом. После наложения протеза пациентам даются рекомендации по уходу за полостью рта и протезом.

Пациентка осталась довольна проведенным лечением, быстро адаптировалась к пользованию протезом, отмечает его удовлетворительную фиксацию и отсутствие смещения во время еды и при разговоре. Базис протеза плотно прилегает к протезному ложу, хорошо обтурирует дефект и пища не затекает под протез. В результате проведенного лечения восстановились дыхание, членораздельная речь, функции жевания, улучшился внешний вид и психоэмоциональное состояние. После проведенного лечения пациентка начала вести активный образ жизни: общается с внуками, родственниками и друзьями.

Таким образом, хирургические вмешательства на верхней челюсти по поводу удаления опухолей сопровождаются образованием обширных дефектов. Решение задач по восстановлению функциональной, косметической и социаль-

ной реабилитации таких больных достигается чаще всего путем изготовления функционально полноценного съемного пострезекционного протеза-обтуратора с учетом индивидуальных особенностей границ дефекта и окружающих его тканей.

Список литературы:

1. Асташина Н.Б. Комплексное лечение и реабилитация пациентов с приобретенными дефектами челюстей. Экспериментально-клиническое исследование // Диссертация на соиск. уч. ст. доктора мед. наук. Пермь, 2009.

2. Карасева В.В. Применение современных методов лечения в поэтапной ортопедической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области Вятский медицинский вестник. Киров, 2020, - №3 (67). – С.116-120.

3. Приходкин А.С., Карасева В.В., Еловикова Т.М. Оценка качества жизни онкологических челюстно-лицевых больных на этапе ортопедической реабилитации. // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы V Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне, 90-летию УГМУ и 100-летию медицинского образования на Урале. [Электронный ресурс], Екатеринбург, 9-10 апреля 2020 г. Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2020. - Том 3. – С.286-290.

4. Карасева В.В. Применение армирующей кварцевой сетки Quartz splint mesh для профилактики переломов базисов пластиночных съемных протезов у пациентов со сквозными дефектами твердого неба // Проблемы стоматологии. – 2015. – Том 11, №5. – С. 47-53.

5. Митин Н.Е., Гуйтер О.С., Волкова В.В., соавт. Опыт зубочелюстного протезирования пациента с послеоперационным дефектом верхней челюсти // Проблемы стоматологии. – 2018. – Том 14, №2. – С. 93-97.

6. Карасева В.В. Опыт изготовления пустотелого съемного акрилового протеза пациента с послеоперационным дефектом верхней челюсти // Вятский медицинский вестник. Киров, 2018, - №4 (60). – С.81-85.
7. V. V. Karaseva, T. M. Elovikova, S. E. Zholudev, A. S. Koshcheev,A. S. Prihodkin. Orthopedic rehabilitation of elderly cancer patients as a technology of longevity [Electronic resource] - 2020. – DOI: 10.1051/bioconf/20202201013
BIO Web of Conferences Volume 22 (2020). International Conference «Longevity Interventions 2020» (ICLI 2020) Ekaterinburg, Russia, April 20-22, 2020 - P.1-8.
8. Total maxillectomy with prosthetic reconstruction technique. / Y. Hayran, N. Akbulut // Niger J Clin Pract. – 2018. – Vol. 21. – P. 939-941.

КРИТЕРИИ В ПОЛОСТИ РТА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИАГНОСТИКУ, ТЯЖЕСТЬ, ПРОФИЛАКТИКУ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID-19

Митронин А.В., Юрцева Е.Д., Михейкина А.М.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва

Актуальность. В настоящее время приоритет всего мира – поиск средств борьбы с коронавирусной инфекцией. Исследование влияния ротовой полости на диагностику, тяжесть и продолжительность заболевания SARS-CoV2 играет важную роль в определении разработки методов профилактики и лечения болезни.

Цель исследования. Изучение влияния факторов в полости рта, влияющих на диагностику, тяжесть, профилактику и длительность течения заболевания COVID-19.

Задачи. 1) Определить диагностические параметры инфекции COVID-19 в ротовой полости. 2) Установить связь между проявлениями в полости рта и тяжестью заболевания. 3) Выявить основные симптомы в полости рта, характерные для COVID-19. 4) Провести анализ современной медицинской литературы и обобщить материалы из разных источников, объединенных в соответствии с темой.

Материалы и методы. Контент-анализ с элементами обобщения на основе специализированной литературы, научных работ и медицинских статей отечественных и зарубежных авторов.

Результаты и их обсуждение. SARS-CoV-2 — это одноцепочечный РНК-содержащий вирус. Для проникновения в клетку хозяина во время инфицирования SARS-CoV-2 использует поверхностный спайковый гликопротеин(S).

SARS-CoV-2 проникает в клетку-хозяина с помощью взаимодействия между S-белком вируса и ангиотензинпревращающим ферментом(ACE2) человека. Рецептор-опосредованное проникновение вируса происходит с помощью трансмембранной сериновой протеазы 2(TMPRSS)– гена, опосредующего вирусный вход. [17]

Диагностика. Изучение полости рта важно в целях диагностики коронавирусной инфекции. Так, например, в процессе изучения слюны была выявлена экспрессия ACE2 в эпителии дыхательных путей и эпителиальных клетках протоков слюнной железы. Раннее заражение эпителиальных клеток протока слюнной железы приведет к образованию инфицированной слюны. [8][16] Недавнее исследование показало, что обнаружение SARS-COV2 в образцах слюны происходит до развития повреждений легких. Из этого следует, что клетки слюнных желез являются ранними мишенями инфекции и могут быть использованы с целью раннего обнаружения возбудителей SARS-COV2.

Известно, что TMPRSS2 расщепляет ACE2 и облегчает проникновение вируса в клетки-хозяева. Было проведено исследование, в результате которого выявлено, что присутствие SLC6A19 (ген, отвечающий за натрий-зависимый и независимый от хлора переносчик нейтральных аминокислот) может блокировать доступ TMPRSS2 к участку разреза на ACE2 и ослаблять проникновение COVID-2019 в клетки-хозяева. [15]

Тяжесть заболевания. Общее состояние здоровья и здоровье полости рта тесно связаны с течением вирусных заболеваний. Об этом свидетельствует исследование, направленное на выявление взаимосвязи между стадией повреждения зубов и тяжестью заболевания COVID-19. Была выявлена следующая корреляция: люди, имеющие значительные повреждения зубов чаще подвержены госпитализации при заболевании инфекцией COVID-19, у них также чаще определяются симптомы данного заболевания.[12]

Кроме того, вирусная нагрузка слюны была связана со многими известными воспалительными маркерами COVID-19, такими как IL-6, IL-18, IL-10 и CXCL10(хемокин, который привлекает активированные Т-клетки). Более высокая вирусная нагрузка в слюне сильно коррелировала с прогрессирующим истощением тромбоцитов, лимфоцитов и Т-клеток, включая циркулирующие фолликулярные CD4 Т-клетки. Уровни анти-спайкового(S) и антирецепторного связывающего домена (RBD) отрицательно коррелировали с вирусной нагрузкой в слюне. [11]

Клинически, тяжелая COVID-19 характеризуется индукцией сильного воспалительного иммунного ответа. Выявлено, что пациенты с тяжелым заболеванием, вплоть до летального исхода, имеют более высокие уровни воспалительных цитокинов и хемокинов (CXCL10, IL-6, IL-10), иннтерлейкинов (IL-18, IL-1β) и интерферонов (IFNα, IFNγ, IFNλ).

Был проведен анализ как для носоглоточной вирусной нагрузки, так и для вирусной нагрузки слюны, который показал, что вирусная нагрузка в слюне могла значительно предсказать тяжесть заболевания, в отличие от данного параметра в носоглотке. Кроме того, было выявлено, что раннее избавление от высокой вирусной нагрузки в слюне связано с лучшим образованием антител и восстановлением. [11]

Заболевания полости рта (например, пародонтит) способны ухудшать течение инфекции COVID-19. Пародонтопатические бактерии вызывают системные заболевания, такие как диабет и сердечно-сосудистые заболевания. У пациентов с этими заболеваниями повышается частота обострения COVID-19 и повышается смертность. Поскольку аспирация пародонтопатических бактерий вызывает экспрессию ACE2 и выработку воспалительных цитокинов в дыхательных путях, плохая гигиена полости рта может привести к обострению COVID-19. И наоборот, уход за полостью рта предотвращает возникновение пневмо-

нии. Снижение шансов на получение профессионального ухода за полостью рта из-за длительной госпитализации пациентов с COVID-19 может увеличить риск обострения инфекции нижних дыхательных путей.[13]

Положительное влияние гигиены полости рта было подтверждено в следующем исследовании. Было оценено клиническое течение пациентов с COVID-19, включая продолжительность выделения вируса. У двух пациентов с умственной отсталостью и психическими расстройствами период выделения вируса продолжался 44 дня или 53 дня. Эти два пациента добровольно не чистили зубы. Когда их проинструктировали о важности ухода за полостью рта, включая чистку зубов и полоскание горла, их тесты на коронавирус оказались отрицательными.[14]

Многочисленные исследования сообщают, что меры по гигиене полости рта у пациентов с пневмонией значительно улучшили клинические показатели и снизили смертность. Один из десяти случаев смерти пожилых жителей дома престарелых (≥65 лет), связанных с пневмонией, считается предотвратимым путем улучшения гигиены полости рта. Было выявлено, что улучшенный уход за полостью рта значительно снижает частоту случаев ИВЛ у пациентов в отделении интенсивной терапии. [7]

Известно также что лаурилсульфат натрия (компонент ополаскивателей для полости рта) может быть эффективным для предотвращения заражения SARS-CoV-2 через полость рта.[10]

Что касается антисептиков, вирус SARS-CoV-2 в процессе исследования был полностью инактивирован полосканием антисептиком для полости рта PVP-I in vitro при минимальной концентрации 0,5% и минимальном времени контакта 15 секунд. Перекись водорода при рекомендуемых концентрациях для полоскания полости рта 1,5% и 3,0% была минимально эффективна в качестве противовирусного средства после 30 секунд контакта. Таким образом, предваритель-

ное полоскание разбавленным PVP-I в диапазоне от 0,5% до 1,5% может быть предпочтительнее перекиси водорода во время пандемии COVID-19. [1]

Симптомы COVID-19 в полости рта. Частым симптомом у больных коронавирусом является дисгевзия(расстройство вкусовых ощущений). [2][4][5] Помимо дисгевзии описаны многие проявления в полости рта, такие как: язвы во рту, атрофии языка, волдыри, сухость рта, пузырно-пузырчатые поражения, афтозные поражения. [3][6][9]

Выводы.

Таким образом, определена корреляция между уровнем повреждения зубов и вероятностью госпитализации; была выявлена зависимость между вирусной нагрузкой слюны и тяжестью болезни SARS-CoV2; установлено влияние заболевания в полости рта на течение коронавирусной инфекции; подтверждено положительное влияние гигиены полости рта на исход заболевания COVID-19, определены основные симптомы заболевания в полости рта.

Список литературы:

1. Bidra A. S. et al. Comparison of in vitro inactivation of SARS CoV-2 with hydrogen peroxide and povidone-iodine oral antiseptic rinses //Journal of Prosthodontics. – 2020.
2. Clark H. L. et al. Zinc and manganese chelation by neutrophil S100A8/A9 (calprotectin) limits extracellular Aspergillus fumigatus hyphal growth and corneal infection //The Journal of Immunology. – 2016. – Т. 196. – №. 1.
3. Díaz Rodríguez M., Jimenez Romera A., Villarroel M. Oral manifestations associated with COVID-19 //Oral diseases. – 2020.
4. Harikrishnan P. Etiogenic Mechanisms for Dysgeusia in SARS-CoV-2 Infection //Journal of Craniofacial Surgery. – 2020. – Т. 32. – №. 1.

5. Lozada-Nur F. et al. Dysgeusia in COVID-19: possible mechanisms and implications //Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology. – 2020. – Т. 130. – №. 3.
6. Martín Carreras-Presas C. et al. Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection //Oral Diseases. – 2020.
7. Patel J., Sampson V. The role of oral bacteria in COVID-19 //The Lancet Microbe. – 2020. – Т. 1. – №. 3.
8. Rajendra Santosh A. B. et al. Asymptomatic COVID-19 and Saliva: Let's ask "Do you feel that saliva in your mouth had reduced in recent times?" //International journal of clinical practice. – 2020. – Т. 74. – №. 12.
9. Riad A., Klugar M., Krsek M. COVID-19-Related Oral Manifestations: Early Disease Features? //Oral diseases. – 2020.
10. Sawa Y. et al. Expression of SARS-CoV-2 entry factors in human oral tissue //Journal of anatomy.
11. Silva J. et al. Saliva viral load is a dynamic unifying correlate of COVID-19 severity and mortality //medRxiv.
12. Sirin D. A., Ozcelik F. The relationship between COVID-19 and the dental damage stage determined by radiological examination //Oral Radiology.
13. Takahashi Y. et al. Aspiration of periodontopathic bacteria due to poor oral hygiene potentially contributes to the aggravation of COVID-19 //Journal of oral science. – 2020.
14. Warabi Y. et al. Effects of oral care on prolonged viral shedding in coronavirus disease 2019 (COVID-19) //Special Care in Dentistry. – 2020. – Т. 40. – №. 5.
15. Wu C., Zheng M. Single-cell RNA expression profiling shows that ACE2, the putative receptor of COVID-2019, has significant expression in nasal and mouth tissue, and is co-expressed with TMPRSS2 and not co-expressed with SLC6A19 in the tissues. – 2020.

16. Xu H. et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa //International journal of oral science. – 2020. –Т.12.– №.1.
17. Шатунова П. О. и др. Ангиотензинпревращающий фермент 2. Подходы к патогенетической терапии COVID-19 //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2020. – №. 4.

ВЛИЯНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ FAM20A НА АМЕЛОГЕНЕЗ

Митронин А. В., Юрцева Е. Д., Рогачева Е.Р.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что в настоящий момент большое значение в медицине и стоматологии приобретают наследственные болезни. Несовершенный амелогенез является медико-социальной проблемой, которая влияет не только на функциональные системы организма, но и психологическое состояние пациента вследствие наличия эстетического дефекта. Ежегодно появляются новые сведения о данной патологии: зачастую это не единичное проявление заболевания, а лишь один из симптомов синдрома, и профилактике осложнений со стороны органов и систем способствует только лишь своевременная диагностика и дифференцировка диагноза.

Цель данной работы состоит в том, чтобы исследовать влияние гена FAM20a и белка FAM20A на возникновение несовершенного амелогенеза.

Для достижения поставленной цели были решены следующие **задачи**: исследован нормальный амелогенез, проанализирована учебная литература по генетике, биохимии, эндокринологии, детской, терапевтической и хирургической стоматологии, определен спектр релевантных проблем в челюстно-лицевой области у лиц, имеющих данную патологию.

Материалом для исследования послужили учебные пособия и справочники по генетике, биохимии и эндокринологии, тексты медицинских авторов, статьи зарубежных и отечественных специалистов, учебная литература по детской, терапевтической и хирургической стоматологии. В работе применяется **метод** сравнения и анализа статистических данных с элементами обобщения.

Эмаль - это уникальная гиперминерализованная ткань у позвоночных [5], бесклеточная, сформированная на лабильном матриксе каркаса [4]. Динамика

амелогенеза зависит от упорядоченного каскада событий, контролируемых амелобластами, единственными эпителиальными клетками в организме, непосредственно участвующими в физиологическом скелетном процессе. Любое генетическое или системное изменение амелогенеза оставит отпечаток в минеральной архитектуре эмали [4]. Недостаточность амелогенеза клинически проявляется как несовершенный амелогенез - генетически и фенотипически гетерогенная группа состояний с распространенностью от 1/700 до 1/14 000 [8].

Биоминерализация тканей у позвоночных связана с эволюцией семейства секреторных генов кальций-связывающих фосфопротеинов (SCPP). Фосфорилирование белков - это почти универсальный механизм, используемый клетками для регулирования внутриклеточных и внеклеточных процессов [3]. FAM20A, FAM20B и FAM20C являются тремя структурно родственными членами «семейства белков со сходством последовательностей 20» (FAM20) [2]. Ген *Fam20a* был первоначально обнаружен в гемопоэтических клетках мышей. Считается, что у человека и мышей FAM20A является псевдокиназой и может образовывать комплекс с FAM20C и усиливать киназную активность FAM20C для фосфорилирования секретируемых белков в секреторном пути [1]. Дефицит FAM20A или FAM20C может изменять посттрансляционные модификации их белков-субстратов, приводя к патологическим изменениям в тканях [10]. Важнейшая роль FAM20A и FAM20C в развитии тканей зубов была хорошо продемонстрирована в генетических исследованиях на людях и мышах, которые показали связь *дефицита FAM20A* или *FAM20C* с наследственными дефектами зубов [6].

Китайские ученые с целью выяснения влияния мутаций гена FAM20A на состояние эмали вывели мышей с *аллелем,* связанным с *Fam20A.* Были выведены следующие типы мышей:

1. «*мыши* $Fam20A^{lacZ\text{-}flox/+}$» с одним аллелем *Fam20A,* содержащим *участок* IRES-lacZ-Neo (репортерный ген LacZ, кодирующий бета-галактозидазу для окрашивания X-Gal) [6].

2. «*мыши* $Fam20A^{flox/+}$» с одним аллелем *Fam20A, не* содержащим *участок* IRES-lacZ-Neo [6].

3. *«мыши WT»* - мыши дикого типа, контрольная группа [6].

X-Gal окрашивание

Для окрашивания X-Gal нижние челюсти *иссекали* из $Fam20A^{lacZ\text{-}flox\ /\ +}$и мышей дикого типа (контрольные) в возрасте 17,5 дней после полового акта и через 0, 1, 5 и 11 дней после рождения. Окрашивание X-Gal не наблюдалось на молярах мышей дикого типа, что подтверждает высокую специфичность этого подхода. Окрашивание показало, что через 17,5 дней после полового акта сигналы FAM20A присутствовали в одонтобластах резца, но не в каких-либо клетках первого моляра *мышей* $Fam20A^{lacZ\text{-}flox\ /\ +}$. В постнатальный день 0 (рождение) сигналы FAM20A отсутствовали от амелобластов. На 1-й день постнатального развития FAM20A в основном наблюдался в амелобластах верхушек бугров первого моляра нижней челюсти. На 5-й постнатальный день интенсивность сигналов FAM20A в молярных амелобластах стала сильнее. На 5-й день постнатального развития значительные сигналы FAM20A также наблюдались в некоторых клетках звездчатого ретикулума. На 11-й день постнатального развития, когда первый моляр нижней челюсти находился в фазе прорезывания, значительный уровень FAM20A наблюдался в восстановленном эпителии эмали.

Данные ISH дополнительно подтвердили вывод, сделанный на основе окрашивания X-Gal, о том, что амелобласты в первом моляре нижней челюсти начали экспрессировать FAM20A в постнатальный день 1 и что восстановленный эпителий эмали экспрессировал значительный уровень FAM20A [6, 9].

Окрашивание гематоксилин-эозином (ISH) и иммуногистохимия (IHC)

IHC анализы показали, что на 1-й день постнатального развития иммунореактивность против FAM20A была слабо положительной в амелобластах и одонтобластах первого моляра нижней челюсти. На 5-й день после рождения FAM20A наблюдали в амелобластах, звездчатом ретикулуме и одонтобластах первого моляра нижней челюсти, что согласуется с результатами окрашивания X-Gal. В амелобластах белок FAM20A был равномерно расположен в цитоплазме на стороне эмалевого матрикса ядер (то есть в направлении дентиноэмалевого соединения). В одонтобластах белок FAM20A был преимущественно локализован в цитоплазме на предентиновой стороне ядер [6].

Анализ ISH показал, что на 1-й постнатальный день мРНК FAM20A была обнаружена как в амелобластах, так и в одонтобластах первого моляра нижней челюсти.

Рентгенография и компьютерная томография

Простое рентгенологическое исследование показало, что на 7 сутки постнатального развития минерализованные стенки пульповых камер в коронках первых моляров нижней челюсти флоксированных мышей были тоньше, чем у здоровых мышей из-за уменьшения толщины эмалевого слоя. На 14-й день стенки пульпарной камеры в коронках моляров гибридных мышей были еще тоньше. На 28-й и 42-й день дефекты стали еще более заметными, что может быть связано с потерей гипоминерализованного слоя эмали. Предполагается, что повышенная хрупкость эмали связана с изнашиванием силой жевания после прорезывания [9]. Кроме того, коронки первых моляров у гибридных мышей были намного короче, чем у нормальных мышей. Окклюзионная поверхность первого моляра была почти плоской. Простое рентгенологическое исследование также показало задержку прорезывания первого и второго моляров нижней

челюсти [6]. На сегодняшний день КТ и сканирующая электронная микроскопия как мышиных, так и человеческих зубов пациентов с мутациями *FAM20A* выявила резорбцию коронки и корня и гиперцементоз [10].

Помимо проявлений заболевания в полости рта, мыши *Fam20a* проявляли широко распространенную и тяжелую эктопическую кальцификацию по всему телу, но наиболее заметную в почках [7]. Нормальный уровень содержания кальция и фосфора в крови у мутантных мышей и пациентов-людей предполагает, что эктопическая кальцификация может быть вызвана скорее местными, чем системными эффектами [5]. Следовательно, отсутствие FAM20A в почечных канальцах может препятствовать фосфорилированию белков, которые обычно предотвращают нефрокальциноз [7].

DECIPHER (база данных геномных вариаций и фенотипов у людей с использованием ресурсов Ensembl (браузер генома для геномов позвоночных)) - это интерактивная веб-база данных, которая содержит генотипы и фенотипы пациентов. В данной базе данных имеется 15 зарегистрированных случаев мутации в гене FAM20a. Корреляция данной патологии с полом отсутствует, однако мутации чаще встречаются у женского пола (10 случаев), у мужчин зарегистрировано 5 случаев. Тип наследования – аутосомно-рецессивный.

Ген FAM20a является геном с белковым продуктом и локализован в хромосоме 17: 68,535,113-68,601,367. Виды мутаций, которые были подтверждены и зарегистрированы, следующие: дупликация участка (7 случаев), делеция участка (7 случаев) и 1 случай инверсии. Стоит заметить, что распространение мутаций у обоих полов относительно одинаковое: у мужского пола зарегистрировано 3 дупликации и 2 делеции участка 17 хромосомы; у женского – 4 дупликации, 5 делеций и 1 инверсия. Примечательно, что у одного из пациентов произошла делеция участка хромосомы, который не содержит локуса

FAM20a, однако мутация привела к образованию аномального белка и нарушению дальнейшей активации генов.

Фенотип пациентов достаточно разнообразен, однако стоит отметить, что вследствие мутации гена FAM20a все 15 пациентов имеют стоматологические аномалии – несовершенный амелогенез зарегистрирован у каждого, у двух человек отмечается гиперплазия десен. Также 6 пациентов имеют микрогнатию, 5 – утолщение нижней губы, 2 – расщелину твердого неба, 2 – высокий свод неба, однако за корреляцию данных патологий с мутацией гена FAM20a нет данных. Помимо стоматологических аномалий 9 человек имеют патологию опорно-двигательной системы (синдактилия, мышечная гипотония, остеопороз, сколиоз, отсутствие ребра), у 2 пациентов отмечаются почечные аномалии (поликистоз почек, почечная дисплазия и аномалия развития почек), которые также могут быть связаны с мутацией в гене FAM20a.

Выводы. Несовершенный амелогенез – достаточно редкое заболевание, которое может развиваться вследствие множества причин; разнообразные мутации в гене FAM20a – одна из них. Только своевременная дифференцировка диагноза с другими формами несовершенного амелогенеза могут способствовать корректировке состояния больного и снижению количества осложнений со стороны мочеполовой системы.

Список используемой литературы:

1. A secretory kinase complex regulates extracellular protein phosphorylation. Jixin Cui, Junyu Xiao, Vincent S Tagliabracci, Jianzhong Wen, Meghdad Rahdar, and Jack E Dixon. doi: 10.7554/eLife.06120, Published online 2015 Mar 19.

2. FAM20: an evolutionarily conserved family of secreted proteins expressed in hematopoietic cells. Published online 2005 Jan 27. doi: 10.1186/1471-2164-6-11

3. Carrascal M, et al. J Proteome Res. 2010; 9:876.

4. Enamel: a unique self-assembling in mineral world. Guilhem Lignon, Muriel de la Dure-Molla, Ariane Berdal et Sylvie Babajko Med Sci (Paris) 2015; 31 : 515–521
5. Amelogenesis imperfecta and other biomineralization defects in Fam20a and Fam20c null mice. Vogel P, Hansen GM, Read RW, Vance RB, Thiel M, Liu J, Wronski TJ, Smith DD, Jeter-Jones S, Brommage R. Vet Pathol. 2012 Nov; 49(6):998-1017.
6. Loss of epithelial FAM20A in mice causes amelogenesis imperfecta, tooth eruption delay and gingival overgrowth. Li-Li Li, Pei-Hong Liu, Xiao-Hua Xie, Su Ma, Chao Liu, Li Chen, and Chun-Lin Qin. Int J Oral Sci. 2016 Jun; 8(2): 98–109.
7. FAM20A Mutations Associated with Enamel Renal SyndromeS.K. Wang, B.M. Reid, S.L. Dugan, J.A. Roggenbuck, L. Read, P. Aref, A.P.H. Taheri, J.P. Simmer, and J.C.-C. Hu J Dent Res.2014 Jan; 93(1): 42–48.
8. Witkop C.J., Sauk J.J. Heritable defects of enamel. In: Prescott G., Stewart R., editors. Oral Facial Genetics. CV Mosby Company; St Louis: 2002. pp. 151–226.
9. Gene Mutation: Amelogenesis or Ectopic Mineralization?Front Physiol. 2017; 8: 267.Published online 2017 May 3. doi: 10.3389/fphys.2017.00267

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ УГЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Хакимов А.А., Хасанов А.И., Тешабоев М.Г., Абобакиров Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность проблемы. Угол нижней челюсти обычно связан с переломами из-за наличия третьих моляров, более тонкая площадь поперечного сечения, чем область, несущая зуб и биомеханически угол представляет собой область «рычага». Успешное лечение переломов нижней челюсти зависит от спокойного заживления в правильном анатомическом положении в стабильных условиях [3, 7].

Лечение угловых переломов характеризуется самыми высокими показателями осложнений среди переломов нижней челюсти, и нет единого мнения относительно оптимального лечения [5], а оптимальное лечение углового перелома нижней челюсти остается спорным. Исторически лечение переломов нижней челюсти включало интраоперационную верхне-нижнечелюстную фиксацию наряду с жесткой внутренней фиксацией [4]. В последнее время популярностью пользуются пластинчатые минипластины [1, 6], которые обеспечивают стабильность костных фрагментов. Лечения угловых переломов нижней челюсти с использованием костных швов наружным доступом и межчелюстной фиксацией оказалось относительно легким [2], но требует долгое время реабилитации и приводит к повреждению пародонтальной ткани, нарушению гигиены полости рта, обострению ЖКТ заболеваний.

Было показано, что по сравнении внутриротового доступа к экстраоральному доступу при лечении перелома угла нижней челюсти, имелось три преимущества: рубец кожи был минимальным, визуализация окклюзии сохраня-

лась на протяжении всей процедуры и повреждение ветвей лицевых нервов и другие анатомические структуры были уменьшены. [7] Кроме того, фиксация монокортикальной мини-пластины является надежным методом обеспечения жесткой фиксации, и он предлагает разумную альтернативу бикортикальному покрытию при большинстве переломов нижней челюсти.

Изходя из этого цели нашего исследования заключались на оценке и выборе методов лечения переломов угла нижней челюсти, для сокращения реабилитационного периода.

Материалы и методы исследования. В этом исследовании 30 пациентов были выбрани случайным образом независимо от возраста, пола, требующего репозиции и фиксации перелома угла нижней челюсти. В исследование были исключены пациенты с осколочными переломами угла пациенты, с системными проблемами. У всех пациентов проводилась межчелюстная фиксация во время операции. Все пациенты были прооперированы под общим назотрахеальным наркозом после лабораторно-инструментального обследования.

Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от хирургического доступа (для перелома угла нижней челюсти), используемого для фиксации материала, а именно:

1. Экстраоральная группа (8 пациентов), где доступ к месту перелома было через поднижнечелюстный разрез. Перелом зафиксирован с помощью костного шва и межчелюстная фиксация на 21 день (Рис. 1).

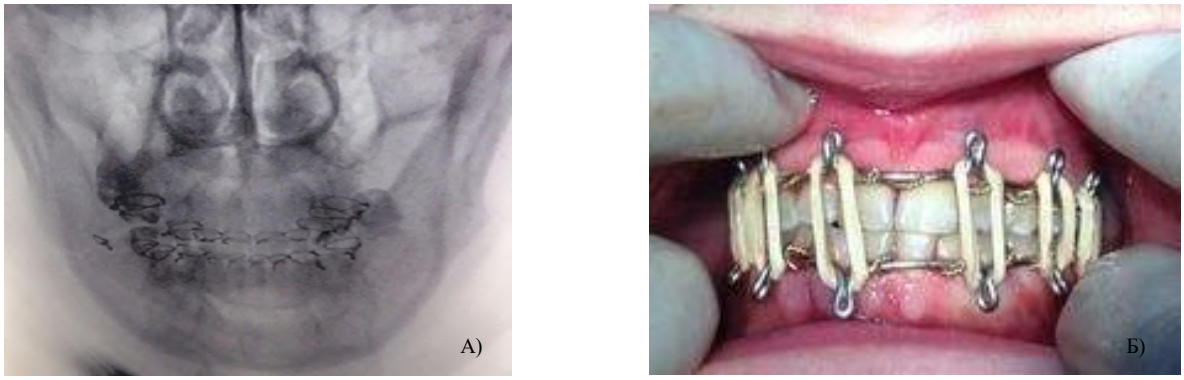


Рис 1. Репозиция и фиксация костным швом.

А) Рентгенологическая картина. Б) Межчелюстная фиксация

2. Интраоральная группа (12 пациентов), где доступ к месту перелома было через внутриротовой вестибулярный разрез. Перелом зафиксирован с помощью одной минипластины и винтов и межчелюстная фиксация на 7 дней (Рис. 2).

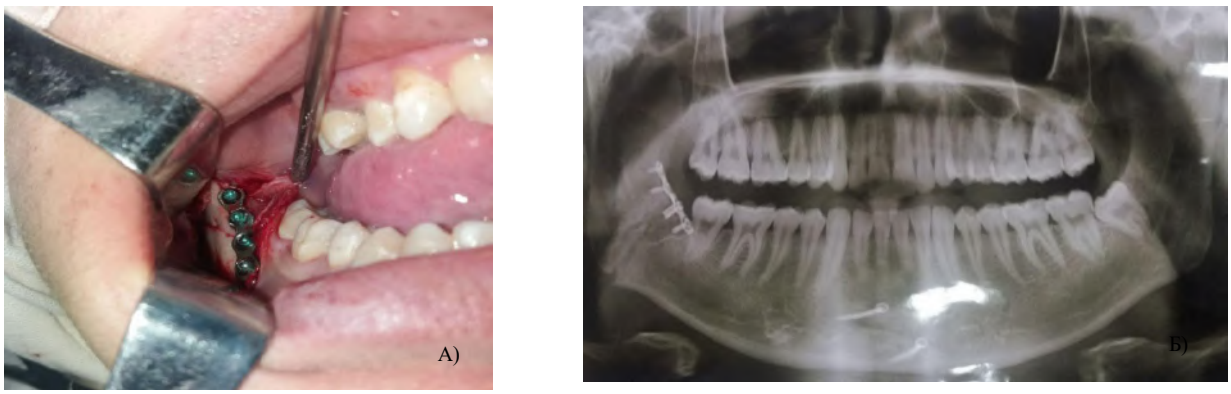


Рис.2. Репозиция и фиксация одной минипластиной.

А) Интраоперационная снимка. Б) Ортопантомограмма после операции

3. Трансбуккальная группа (10 пациентов), где место перелома репонировалась через внутриротовой вестибулярный разрез, а бурение и фиксация винтов с помощью троакара и канюлю через трансбуккальный колотый разрез. Перелом зафиксирован с помощью 2 минипластин и винтов без межчелюстной фиксации (Рис. 3).

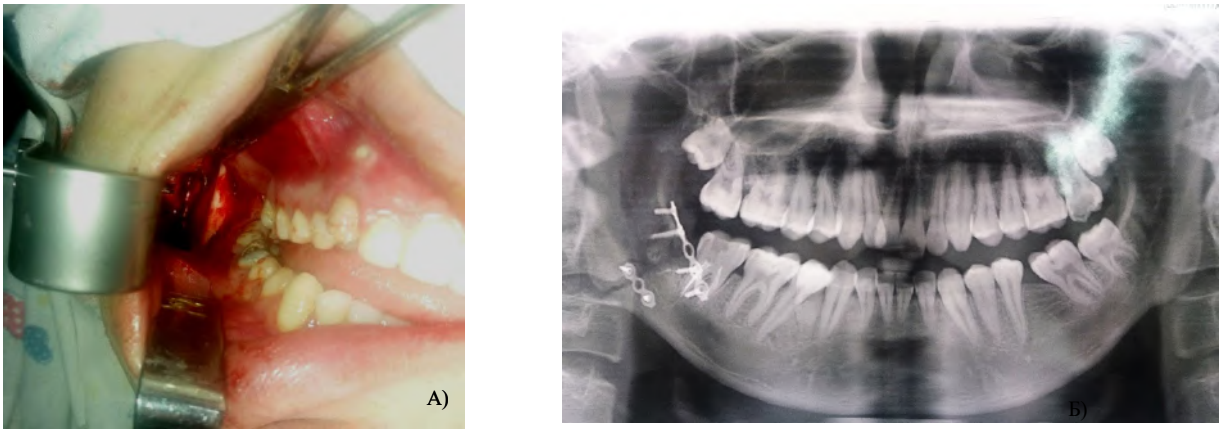


Рис. 3. Фиксация винтов с помощью троакара и канюлю через трансбуккальный колотый разрез.

А) Интраоперационная снимка. Б) Ортопантомограмма после операции.

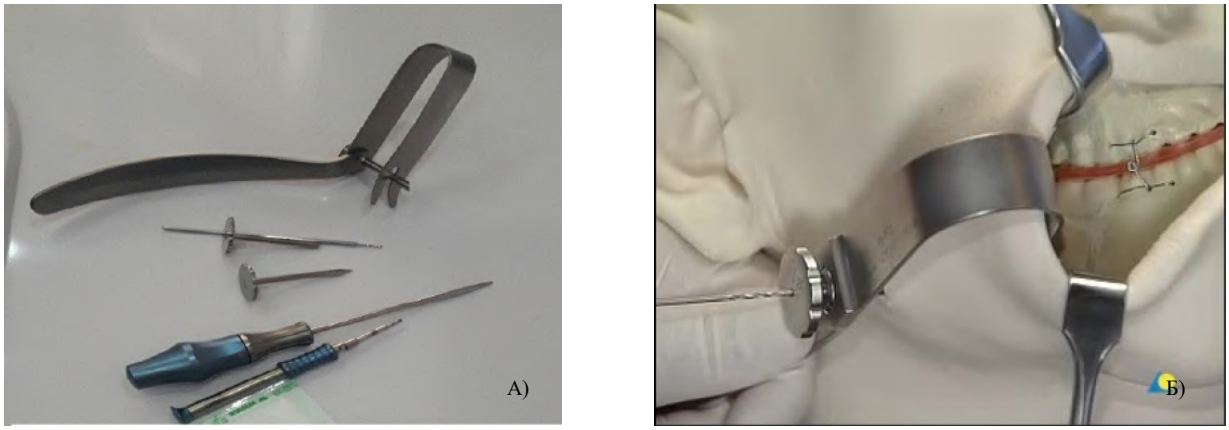


Рис. 4. Трансбуккальный троакар, канюли, сверло и отвёртки

Результаты и их обсуждение. Все случаи наблюдались в течение минимум 6 месяцев и максимум 24 месяцев. Первоначально пациенты после выписки из стационара наблюдались еженедельно в течение первого месяца, затем один раз в 15 дней в течение следующих 2 месяцев, затем один раз в 3 месяца.

Все случаи были оценены по следующим параметрам:

- Тип перелома: оценивается по ортопантомограмме, МСКТ и интраоперационного клинического обследования.

- Необходимость межчелюстной фиксации, продолжительность межчелюстной фиксации.
- Судьба зуба в линии перелома. Зуб удаляется, если есть перелом самого зуба или если он мешает репозиции перелома или если наблюдается инфекция или какие-либо проблемы парадонта.
- Окклюзионные расхождения: Изменений оклюзии в течение 4 недель отмечено не было. Окклюзия была оценена следующим образом:

1. Нормальная окклюзия / функциональная окклюзия.

2. Умеренное расстройство – разумный, но не точный контакт на двусторонней основе.

3. Грубое расстройство – нет контакта или контакта в один или два зуба или открытый прикус.

- Оценка боли: Оценка с использованием визуальной аналоговой шкалы, которая давалась пациентам в виде печатной формы в последующие дни:

Визуальная аналоговая шкала: (0-10)

- Оценка тризма: Тризм измеряется как максимальная ширина между резцами (мезоинцизальный угол правого верхнего и нижнего центрального резца) с использованием делителя и калиброванной линейки и записанного значения. Если резцы отсутствуют, рассматриваются соседние зубы.
- Инфекция на месте перелома: Оценивается ниличие отеков, боли, болезненности, раневого расширения или выделения гноя в месте операции.

Инфекция от легкой до умеренной степени – управляемая послеоперационной антибиотикотерапией и / или разрезом и дренированием.

Тяжелая рецидивирующая инфекция – лечится с помощью антибиотикотерапии и удаления пластин.

- Шрам на оперированном участке: оценивается только путем клинического обследования.

Использование единственной мини-пластины для переломов угла нижней челюсти, где доступ к месту перелома было через внутриротовой вестибулярный разрез, было надежной техникой с относительно небольшим числом осложнений, но всё-таки требовалась межчелюстная фиксация.

Лечения угловых переломов нижней челюсти с использованием двух мини-пластин, где место перелома репонировалась через внутриротовой вестибулярный разрез, а бурение и фиксация винтов с помощью троакара и канюлю через трансбуккальный колотый разрез, оказалось технически относительно сложным, но привело к полному отказу от межчелюстной фиксации.

Критерии оценки больных сравниваемых группах по видам операции переломов угла нижней челюсти (таб. 1.).

Таблица 1.

Критерии оценки больных сравниваемых группах по видам операции

Критерия оценки	Экстраоральное (10 пациентов)	Интраоральное (12 пациентов)	Трансбуккальное (8 пациентов)
Парестезия	Отмеченная у 3 пациентов	Отмеченная у 2 пациентов	Отмеченная у 2 пациентов
Окклюзия	У всех больных достигнута функциональная окклюзия	У всех больных достигнута функциональная окклюзия	У всех больных достигнута функциональная окклюзия
Боль	От легкой до умеренной	От легкой до умеренной	От легкой до умеренной
Максимальное открывание рта	Через 3 недель пост. оп. 22,60мм,	Через 1 недель пост. оп.	Через ден пост. оп. 22,88мм,

	Через 1 месяц пост. оп. 40,10мм	23,17мм, Через 1 месяц пост. оп. 40,83мм	Через 1 месяц пост. оп. 40,75мм
Рецидивирующая инфекция	Отмечено у 1 пациента	Отмечено у 1 пациента	Ноль
Перелом зуба в линии	Извлечён у всех пациентов	Извлечён у всех пациентов	Извлечён у всех пациентов
Рубец	У всех больных незаметный рубец в поднижнечелюстной области	Без рубца	Незаметный рубец в виде веснушки в щечной области
Необходимость удаления пластины	У одного пациента из-за рецидива инфекции	У одного пациента из-за рецидива инфекции	Ноль

Как видно из таблицы использование трансбуккального доступа с двумя мини-пластинами для лечения переломов угла нижней челюсти привело к полному отказу от межчелюстной фиксации, которая была причиной долгой реабилитации, повреждения пародонтальной ткани, нарушения гигиены полости рта, обострения ЖКТ заболеваний. Благоприятные результаты в лечении углового перелома зависят от надлежащей помощи, адекватного вооружения, знания хирургической анатомии и необходимых навыков лечения переломов.

Вывод. В первой группе межчелюстные фиксации удалили через 3 недели после операции, вследствие этого реабилитационный период продлился 4-5 недели. У больных второй группы удалили межчелюстную фиксацию через 1 неделю после операции, у них реабилитационный период длился 2-3 недель. В

третьей группе больных межчелюстной фиксации не потребовалось, и реабилитационный период длился 7-10 дней.

Список литературы.

1. Хасанов А.И., Хакимов А.А., Абубакиров Д.М. Внутриротовой остеосинтез переломов нижней челюсти // Журнал стоматологии – 2019. Стр 31-35.

2. Aleysson P.O., Abuabara A., Passeri L.A. Analysis of 115 mandibular angle fractures // Oral Maxillofac Surg -2008.-P. 66-73.

3. Braasch D.C., Abubaker A.O. Management of mandibular angle fracture // Oral Maxillofacial Surg Clin North Am – 2013. –P. 589-591.

4. Barry C.P., Kearns G.J. Superior border plating technique in the management of isolated mandibular angle fractures: A retrospective study of 50 consecutive patients // Oral Maxillofac Surg – 2007.-P. 52-64.

5. Danda A.K. Comparison of a single noncompression miniplate versus two noncompression miniplates in the treatment of mandibular angle fractures: A prospective, randomized clinical trial // Oral Maxillofac Surg – 2010. –P. 68:1565.

6. Ellis E. Management of fractures through the angle of the mandible // Oral Maxillofacial Surg Clin North Am - 2009.-P. 21:163.

7. Ellis E., Walker L. Treatment of mandibular angle fractures using one noncompression miniplate // Oral Maxillofac Surg -1996. –P. 54:864.

САНАЦИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ - КАК МЕТОД СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ.

Султанов А.С., Султанова М.А., Османова Т.Т.

Кафедра госпитальной хирургии №2

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность. Роль инфекции Helicobacter pylori и высокой кислотности желудочного сока в патогенезе язвенной болезни 12перстной кишки и желудка установлена и обосновано патогенетическое лечение.

Однако, на возможность локализации очагов инфекции вне 12перстной кишки и желудка впервые указал B.J.Marshall, и этим источником автор считал полость рта, как потенциальный источник инфицирования и реинфицирования слизистой желудка и 12перстной кишки. В последующих исследованиях ведущие стоматологи России подтвердили концепцию Маршалла и к лечению больных язвенной болезнью желудка и 12перстной кишки подключали санации кариесных зубов и воспалительных заболеваний пародонта, поскольку в ассоциации микробов в зубной бляшке, кроме пародонтопатогенных анаэробов, установлено наличие H.Pylori.

Цель. Снижение послеоперационных осложнений после операций на желудке и 12пкишке, путем санирования полости рта.

Материал и методы. Для исследования составлены 2 сравнимые группы больных с сочетанной патологией желудка, 12перстной кишки и пародонта.

В первую группу включены 15 больных с язвенной болезнью 12перстной кишки и желудка по показаниям, подлежащих операции и получивших традиционное предоперационное лечение, у которых инфекция H.Pylori были верифицированы в биоптатах слизистой желудка и 12пкишки. Эта группа по тем

или иным причинам не получала противоязвенного лечения по стандартам, рекомендованным МЗ России, не получала санацию ротовой полости.

Вторая группа – 15 больных получила в полном объёме комплексное противоязвенное лечение по рекомендациям Маастрихтских соглашений по схеме: рабепразол (париет) 20мг 2 раза в день + кларитромицин 500мг х 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг х 2 раза в день в/м, курс 7 дней. Одновременно с эрадикализационной терапией по индивидуальной программе проводилась санация кариесных зубов и пародонта, с использованием хлоргексидинсодержащих препаратов.

Все 30 больных оперированы в плановом порядке. Им произведены резекция желудка: по Бильрот I – 6 больным, Бильрот – II в модификации Гофмейстер-Финстереру – 14 больным; Бильрот – II в модификации Гофмейстер-Финстереру с анастомозом по Ру – 4; Бильрот – II в модификации Гофмейстер-Финстереру на длинной петле с межкишечным анастомозом по Брауну – 4, стволовая ваготомия с пилородуоденопластикой – 2.

Соотношения объёмов операций соответствуют сопоставимым группам. В послеоперационном периоде у больных первой группы отмечены осложнения: несостоятельность культи 12пкишки у 1 больного, анастомозит у 4 больных, нагноение послеоперационной раны у 2 больных. У группы больных, получивших недельный курс противоязвенной терапии по стандартам короткого режима, осложнений в послеоперационном периоде не отмечено.

Выводы. Санация ротовой полости параллельной с противоязвенной предоперационной терапией привели к снижению послеоперационных операций на желудке и 12перстной кишке.

Литература:

1. Орлова Е.С., Брагин А.В. Комплесный подход к лечению воспалительных заболевний пародонта у пациентов с Helicobacter pylori - ассоциированной

гастродуоденальной патологией//Проблемы стоматологии, 2016, Т.12 №2, с.36-42.

2.Катола В.М., Комогорцева В.Е. Роль орального микробиома в развитии воспаления и соматической патологии//Бюллетень физиологии и патологии дыхания. № 68,2018, с.117-123.

3.Орехова Л.Ю.. Нейзберг Д.М., Стюф И.Ю. Клинико-иммунологические и микробиологические параллеои в течениее хронического генерализованного пародонтита и язвенной болезни желудка// Стоматология 2006.Т.85,№6.с.22-26.

4.Субанова А.А. Особенности эпидемиологии и патогенеза заболеваний пародонта //Вестник КРСУ.2015.Т.15,№7.с.152-155.

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕКИСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ НА ГАЛИТОЗ

Султанова М.А., Кафаров Р.Т., Гитинова А.М.

Кафедра терапевтической стоматологии

Кафедра стоматологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность. Возникновение неприятного запаха изо рта связано в основном с результатом метаболизма грамотрицательных бактерий. Было установлено, что распад белка происходит в анаэробных условиях с участием пародонтопатогенных бактерий Fusobacterium nucleatum, Porfiromonas gingivalis (выделяющих индол, с характерным запахом), бактероидов, вейлонелл, пептострептококов. Однако весь спектр микроорганизмов вызывающих галитоз, еще недостаточно изучен.

Важная роль в возникновении неприятного запаха изо рта на сегодняшний день отводится заболеваниям пародонта. В структуре стоматологических заболеваний болезни пародонта занимают ведущее место и относятся к числу наиболее актуальных проблем стоматологии.

Современными исследователями было установлено, что у пациентов с заболеваниями пародонта концентрация летучих сернистых соединений в выдыхаемом воздухе в 8 раз выше, чем у здоровых лиц . Это свидетельствует о том, что пародонтопатогенные бактерии участвуют в образовании летучих сернистых соединений – источнике неприятного запаха изо рта. У пациентов страдающих галитозом, при пародонтите выявляется корреляция между интенсивностью гнилостного запаха и количеством Porfiromonas gingivalis и Treponema denticola.

Цель. Повышение эффективности лечения галитоза и пародонтита, путем использования препаратов с улучшенными органолептическими свойствами.

Материалы и методы. Всех пациентов, страдающих пародонтитом и галитозом, разделили на две группы. Пациентам первой группы после проведения традиционного лечения заболеваний пародонта назначали процедуру отбеливания с помощью геля на основе 10% перекиси карбамида. Данная методика лечения предполагает использование специально модифицированных отбеливающих капп, края которых простираются за пределы десневого края на 3 миллиметра. Как правило, лечение в течение двух недель достаточно для устранения неприятного запаха. Пациентам второй группы проводилось лечение заболеваний пародонта по традиционной схеме.

Для объективизации полученных данных проводили измерение количества летучих серных соединений в выдыхаемом воздухе с помощью портативного галиметра «Breath Alert».

Шкала интенсивности запаха.

Оценка	Признак	Характеристика
0	Отсутствие запаха	Нет запаха
1	Запах под вопросом	Запах присутствует, но не классифицируется как дурной
2	Небольшой запах	Запах едва переходит порог чувствительности
3	Умеренный запах	Запах точно присутствует

4	Сильный запах	Сильный, но переносимый
5	Резкий запах	Очень сильный непереносимый запах

Результаты. В результате проведенного исследования уровень галитоза был определен от 1 до 4 баллов. Следует отметить, что от 1 до 2 баллов было значительно ниже, в то время как резко увеличено число случаев выявления существенного запаха изо рта (3 и 4 балла).

В первой группе уровень неприятного запаха изо рта до лечения составил 2,86 0,83, после проведения курса 0,8 0,6. До лечения у 53,3% пациентов уровень галитоза составил 3 балла; у 26,6% - 4 балла; у 20% лиц 2 балла и 1 балл у 6,6% обследуемых. После проведения коррекции цвета зубов были получены следующие данные, у 56,3% пациентов уровень галитоза снизился до 1 балла, у 16,3% до 2; 33,3% пациентов 0 баллов (отсутствие запаха) .

У пациентов второй группы значение неприятного запаха до лечения составило 2,6 0,7 после 0,93 0,7. Уровень галитоза до проведения лечения у 60% пациентов оценили в 3 балла, у 20% - 4 балла, 2 балла у 13,3%, у 6,6% лиц 1 балл. По окончании лечения результаты были следующие, у 53,3% значение снизилось до 1 балла, у 26,6% пациентов 0 баллов и у 20% - 2 балла.

Выводы. Проведение процедуры коррекции цвета зубов с использованием препаратов на основе перекиси карбамида приводит к купированию галитоза, что дополняет комплексную терапию воспалительных заболеваний пародонта.

Литература:

1. Дикинова Б.С., Царев В.Н., Дмитриева Л.А. Использование галиметра в диагностике интраорального галитоза при болезных пародонта //РОССИЙСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ.2017;212(5).-с. 250-254.

2. Суюнова М.Х. Все о галитозе: диагностика, лечение и профилактика//Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области, 2019; №4(15) Т.1.-С. 20-30.
3. Виноградова Т.Г. Неприятный запах изо рта-галитоз, причины и возможности лечения //Вестник ВГМУ, 2014; Т.13,32.с.-129-132.
4. Хитров В.Ю., Заболотный А.И. Галитоз-медицинская и социальная пробле-ма//Практическая медицина;2009, №1(33), с.12-18.

ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЭМАЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЦВЕТА ЗУБОВ

Султанова М.А., Османова Т.Т., Гитинова А.М.

Кафедра терапевтической стоматологии

Кафедра стоматологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность. Изменение цвета зубов сопровождается структурно-функциональными и эстетическими нарушениями, снижают качество жизни пациента, обусловленного стоматологическим здоровьем. Пристальный интерес по вопросу эстетики улыбки и зубов проявился вначале XIX в. С 1848 г., отбеливание депульпированных зубов проводили при помощи хлорной извести, а щавелевую кислоту и перекись водорода использовали для «живых» зубов. С 1910 года практически все методики включали в себя использование перекиси водорода вместе со световым воздействием или нагретым инструментом. Современные пациенты обладая неплохой «стоматологической грамотностью», проявляют повышенный интерес к возможностям эстетической стоматологии: консервативные(отбеливание) или оперативно-восстановительные технологии эстетического лечения (реставрации, коронки, виниры и т .д). Однако, по мнению специалистов, препараты с высокой концентрацией перекисных соединений могут негативно воздействовать на структуру твердых тканей зуба.

Целью данной работы явилось изучение влияния геля на основе 30% концентрации перекиси карбамида для отбеливания зубов на ультраструктуру эмали.

Материалы и методы. Для исследования служили удаленные по пародонтологическим показаниям постоянные резцы, клыки и премоляры человека. Для изучения отбирались измененные в цвете зубы, сопровождающиеся обнажением шеек. Удаленные зубы тщательно отмывали в проточной воде от крови и слизи, с помощью экскаватора очищали от мягких тканей, затем подвергали обработке зубной щеткой с мылом.

Полученный материал разделили на две группы:

Первая группа служила контролем (не подвергалась воздействию геля и содержалась в сосуде с дистиллированной водой).

Зубы второй группы отбеливали зубы с использованием геля, предназначенного для офисного отбеливания с 30% концентрацией перекиси карбамида. Отбеливание проводили в течение 15-30 минут в день, активируя гель источником света. Процедуру повторяли в течение трех дней.

Результаты исследования.

При изучении необработанной эмали (группа контроля) видны естественные борозды, царапины и микротрещины. Характерно наличие обильных органических наслоений и маскирование эмалевых призм. В целом поверхность эмали характеризуется относительно однородной структурой, наличием небольших углублений округлой формы.

Во второй группе, где в качестве отбеливающего препарата использовали гель с 30% концентрацией перекиси карбамида, на поверхности эмали видны

микротрещины, что косвенно показывает, что активно протекающая реакция взаимодействия препарата с гидроксиапатитом приводит к повреждению структуры. Поверхность эмали неоднородная, а также встречаются участки деминерализации эмали.

Выводы. На основании изучения морфологического строения ткани можно сделать вывод, что использование отбеливающих препаратов на основе 30% концентрации перекиси карбамида обладает небольшим повреждающим и деминерализующим воздействием на структуру эмали.

Литература:

1. Луцкая И.К.. Современное состояние проблемы отбеливания зубов //МЕДЖУНАРОДНЫЕ ОБЗОРЫ: клиническая практика и здоровье -2019г.-№1-с.49-58.

2. Никольский В.Н., Успенская О.А., Ганиева О.В., Александров А.А. Структурные изменения твердых тканей зубов, возникающие при отбеливании// Проблемы стоматологии, 2017. т.13, №2,С.29-32.

3. Янушевич О.О. Коррекция цвета зубов при дисколоритах/О.О.Янушевич.,Н.И.Крихели//Российская стоматология.-2009.-№2.-с.12-18

4. Malcmacher L.S. «Практическое решение проблемы неприятного запаха изо рта (галитоза)»//Современная стоматология 2004, №2, С.32-33

5. Султанова М.А. Методические подходы коррекции цвета зубов у пациентов страдающих заболеваниями пародонта: Дис…к.м.н ./МГМСУ.-М.2007.-71с.

ПОБОЧНОЕ ПОСЛЕДСТВИЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОЛОРИТА

Султанова М.А., Гитинова А.М.

Кафедра терапевтической стоматологии

Кафедра стоматологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность. Изменение цвета зубов – это широко распространенная проблема, затрагивающая людей разных возрастов, встречающаяся и во временном и в постоянном прикусе. Окрашивание зубов подразделяют на внешнее и внутреннее. Внешнее окрашивание может быть устранено в процессе обычной профилактической чистки зубов. Причиной подобного изменения цвета могут быть хромогенные бактерии при плохой гигиене полости рта, многие пищевые продукты, медикаментозные полоскания и так далее.

Внутреннее окрашивание может формироваться до прорезывания зубов, например при заболеваниях крови, у пациентов и после прорезывания. Многообразие этиологических факторов, форм проявления окрашивания приводят к необходимости применения разных методик отбеливания. Исследования показали, что наиболее частым субъективным ощущением пациентов при отбеливании зубов является гиперестезия, связанная с влиянием перекиси водорода на пульпу, хотя, как правило, все авторы и отмечают обратимость таких явлений. Кроме того, отбеливание зубов хоть и является наиболее щадящей методикой улучшения эстетического вида пациента, нельзя упускать из внимания такой фактор, как влияние отбеливателей на морфологию и микротвердость эмали. Особенно это справедливо для препаратов с высоким содержанием перекиси карбамида или перекиси водорода: в эмали образуются микротрещины с большим числом перфораций, происходит умеренная потеря срединных призм, уве-

личивается глубина повреждений, снижается микротвердость, увеличивается пористость. В неорганическом составе твердых тканей также происходит значительное уменьшение Ca/P коэффициента.

Указанные изменения менее выражены при использовании материалов с низкими концентрациями перекиси карбамида или перекиси водорода и имеют обратимый характер (примерно 4 недели).

Эти изменения являются достаточно веским основанием для проведения реминерализирующей терапии в процессе отбеливания. К средствам, предназначенным для местной реминерализующей терапии относятся фтор-, фосфат и кальцийсодержащие растворы, лаки, гели, пленки, зубные пасты и диски.

Целью данной работы является выявление частоты распространенности повышенной чувствительности твердых тканей зубов, возникшей после проведения процедуры отбеливания.

Материалы и методы. Проведено комплексное стоматологическое обследование и лечение 90 пациентов от 20 до 40 лет , которым требовалось отбеливание измененных в цвете зубов. Всех пациентов разделили на 3 группы. Пациентам первым группы проводили коррекцию цвета зубов препаратом на основе 30% перекиси карбамида. Во вторую группу вошли пациенты, которым проводили процедуру отбеливания 20% гелем на основе перекиси карбамида . Пациенты третьей группы использовали отбеливающий гель на основе 10% перекиси карбамида. Перед началом исследования всех участников обучали рациональной гигиене полости рта и проводили профессиональное удаление зубных отложений.

Результаты. В результате проведенного исследования у пациентов первой группы, после проведения процедуры отбеливания у 74,3% пациентов появилась гиперчувствительность эмали и их выраженная болевая реакция к температурным и механическим раздражителям, показатели электровозбудимости

пульпы во фронтальной группе зубов составили 5-8 мкА. Во второй группе, после использования геля на основе 20% перекиси карбамида у 52,2% пациентов возникла гиперестезия к температурным и механическим раздражителям, ЭОД 5-7 мкА. В третьей группе 34,5% пациентов предъявляли жалобы на повышенную чувствительность от раздражителей, ЭОД 5-7 мкА. Лечение гиперестезии проводили с помощью геля на основе фтористого натрия, согласно инструкции производителя.

Выводы. Под влиянием отбеливающих процедур гиперестезия твердых тканей появляется более, чем у половины пациентов. Все методы требуют курса реминерализующей терапии. Через полгода было проведено повторное обследование всех пациентов, случаев повышенной чувствительности не было зафиксировано.

Литература:

1. Журбенко В. А., Саакян Э. С. Причины развития гиперестезии зубов при отбеливании // Молодой ученый. — 2015. — №13. — С. 269-270.

2. Gillam D.O., Orchardson R. Advances in the treatment of root dentin sensitivity: mechanisms and treatment principles. Endod Topics 2020; 13: 13-33.

3. Вавилюк А. Восстановление эмали в процессе отбеливания зубов. Институт стоматологии 2005; 3: 104.

4. Самарина Я.П. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБОВ // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2017. – № 4. – С. 88-91.

ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Мащилиева М.М., Меджидова Н.М., Будайчиев Г.М-А., Будайчиева М.А.

Кафедра терапевтической стоматологии

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность проблемы. Во всех странах мира остается актуальной проблема влияния очагов хронической инфекции в ротовой полости на развитие общих заболеваний. Высокая частота поражений органов полости рта (до 90 %) при сахарном диабете обусловлена поражением микрососудистой системы, резорбцией костной ткани, снижением местных иммунных реакций. Важность выявления и лечения пародонтита заключается в том, что снижение воспаления тканей пародонта благоприятно сказывается и на здоровье полости рта, и на уровне глюкозы в его крови. Поэтому эндокринолог должен уделять особое внимание ротовой полости пациента, своевременно направляя его на стоматологическое обследование. [1,2,3]

Цель исследования: изучить состояние органов полости рта у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Исследования проведены на базе ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1», г. Ставрополя, пациентов направляли из эндокринологических отделений районных поликлиник. Всего обследовано 76 пациентов. Обследование проводилось по методике рекомендованной ВОЗ. В группах 35–44 года (45,8%), 45–64 года (22,7%), 65-74 года (31,5%). Интенсивность кариеса определялась при помощи индекса КПУ. Уровень гигиены при помощи индекса гигиены Силнесс-Лоэ (Silness-Loe, 1962). Для удобства анализа результатов

клинического исследования во время первичного обращения пациентов с СД 2 типа в поликлинику проводили их анкетирование с помощью специально разработанной анкеты, которая содержала общие вопросы, характеризующие социальный статус пациента (пол, возраст, сопутствующие заболевания и т.п.), а также специальные вопросы, связанные с информированностью пациентов о связи стоматологических заболеваниях с сахарным диабетом 2 типа. Также уточняли частоту посещения пациентами врача-стоматолога, наличие вредных привычек и знаний об индивидуальной гигиене полости рта. Кроме того, были опрошены 60 врачей эндокринологов и 200 врачей-стоматологов на предмет наличия у них знаний о наличии взаимосвязи между заболеваниями твердых тканей зубов и сахарным диабетом 2 типа. Обязательным условием было добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты исследования. При проведении анкетирования выявили, что первые клинические симптомы, такие как хроническая усталость, отметили 34,5 %, сухость в полости рта – 16 % и проявление кожного зуда также у 16 % респондентов. Неприятный запах изо рта встречается в 25 %, у 8,5 % наблюдались боли в ВНЧС. На основании данных анкет о стоматологическом здоровье пациентов выявлено, что подвижность зубов отметили 84 %, кровоточивость десны – 96 %. 92 % анкетируемых отметили наличие отсутствующих зубов. Ранее проводимое лечение по поводу кариеса и заболеваний пародонта отметили 90 %. Определили, что эстетическую неудовлетворенность в полости рта отметили 40 % респондентов. Следует отметить, что наличие ортопедических конструкций отмечено у 65 %. Сроки пользования ортопедическими конструкциями более 5 лет наблюдаются у 57,6 %. Больные сахарным диабетом посещают врача стоматолога–пародонтолога 23 %. Состоят на диспансерном учете у других специалистов 11,1 %. Согласно данных анкетирования уровень гигиенических навыков неудовлетворительный, питание не сбалансировано. Не достаточно исполь-

зуется в качестве продуктов питания овощи и фрукты, режим питания нарушен. Санитарно-просветительная работа находится на низком уровне и не проводится достаточно стоматологами и врачами других специальностей – терапевтами, лор– врачами, средним медицинским персоналом. Информированность о гигиенических навыках полости рта среди респондентов составила 65 %. Согласно данным исследованиям распространенность кариеса во всех возрастных группах– 100 %, нуждаемость в терапевтическом лечении выявили в обследуемых группах 35– 44года (100 %) и в группе 45– 64 года (100 %). В возрастных группах 35– 44года и 45– 64 года заболевания пародонта выявлены у 100% пациентов с СД 2 типа. Тяжелая степень заболевания наблюдалась в 69,2%, средняя в 23,1%, легкая в 7,6% чел. В проведении профессиональной гигиене нуждались 100%, потребность в повторном медикаментозном лечении – 100%. Нуждаемость в протезировании зубочелюстной системы в возрастной группе 35- 44 года соответствует 78,3%, 45-64 года в протезировании нуждаются 95,4%, а в возрасте 65-74года необходимость в протезировании 100%. Таким образом, проведенное первичное обследование позволило выявить основные проблемы стоматологического здоровья у пациентов с СД 2 типа и определить основные направления в лечении и профилактике заболевания.

Выводы. Основываясь на результатах проведённого исследования можно заключить, что распространенность кариеса зубов, патологии тканей пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа составила 100% в возрастных группах 35– 44года и 45– 64 года. Увеличение процента удаленных зубов у пациентов с СД 2 типа, указывает на необходимость усиления внимания к проблеме ранней диагностики, составлению индивидуального плана лечения и, что наиболее важно, своевременной профилактики патологии твердых тканей зубов и тканей пародонта у пациентов данной группы. Необходимо активно информировать

как пациентов, так и специалистов эндокринологов и стоматологов о междисциплинарной проблеме.

Литература

1. Бабич В.В., Иорданишвили А.К., Окунев М.А., Удальцова Н.А. Организация диагностики и лечения заболеваний височно-нижднечелюстного сустава с учётом адаптационных возможностей организма. - СПб.: Нордмедиздат, 2016. – 77 с.

2. Воложин А. И. Патогенетические механизмы поражения пародонта при сахарном диабете // Стоматология нового тысячелетия: материалы Российского научного форума с международным участием. — М.: Авиаиздат, 2009. - С. 34 - 36.

3. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Самсонов В.В. и др. Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения // Пародонтология. - 2015. -№ 1 (74).- С. 78-80. 4

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА И СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ПОДРОСТКОВ 12-16 ЛЕТ ВО ВРЕМЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСЪЁМНОЙ ТЕХНИКОЙ

Меджидова Н.М., Мащилиева М.М., Будайчиев Г.М-А., Будайчиева М.А.

Кафедра терапевтической стоматологии

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала.

Красивая и здоровая улыбка уже давно стала своеобразной визитной карточкой интеллигентного человека, следящего за своим здоровьем, поэтому заботливые родители оказывают особое внимание правильному развитию зубов и зубных рядов своих детей, обращаясь за консультацией к врачу-ортодонту. При выявлении зубочелюстных аномалий в настоящее время большое распространение и популярность приобрело лечение с помощью брекет-системы, что связано с облегчением доступности ортодонтического лечения для большинства населения, а также с демонстрацией знакомыми, СМИ порой поразительных результатов лечения. Данная конструкция уже успела зарекомендовать себя как надёжный несъёмный аппарат для лечения зубочелюстных аномалий самой разной сложности, а её установка и длительное пребывание в полости рта уже не вызывает таких адаптивных сложностей у подростков в социуме, как всего 5-10 лет назад.

Всё это говорит о широком распространении брекет-системы в качестве несъёмной техники для лечения аномалий прикуса. Однако, такое лечение достаточно продолжительно, а присутствие в течение длительного времени в полости рта несъёмной аппаратуры не может не повлечь за собой местных изменений. В специальной литературе имеются сведения о том, что несъёмные ор-

тодонтические конструкции, находящиеся в полости рта пациентов, затрудняют проведение качественной гигиены, а элементы ортодонтической техники становятся ретенционными пунктами, где скапливаются остатки пищи и быстро формируется зубной налёт. Всё это приводит к ухудшению гигиенического статуса и неблагоприятно влияет на пародонт. Поэтому данный аспект необходимо учитывать при планировании и непосредственно во время ортодонтического лечения во избежание возникновения осложнений.

Цель: оценка нуждаемости пациентов возрасте 12-16 лет, находящихся на ортодонтическом лечении брекет-системой, в гигиенических мероприятиях с целью профилактики заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследования.

Обследовали 17 пациентов в возрасте от 12 до 16 лет, находившихся на ортодонтическом лечении лигатурной брекет-системой фирмы Leone (производство: Италия) у одного и того же врача-ортодонта. Проводили индексную оценку гигиены полости рта до установки брекет-системы и непосредственно в ходе ортодонтического лечения (упрощённый индекс гигиены полости рта OHI-S, индекс J. C. Green, J. R. Vermillion), а также оценку состояния тканей пародонта с помощью индекса PMA в модификации Parma. Полученные результаты обработали статистически, используя коэффициент линейной корреляции Пирсона, с помощью компьютерной программы SPSS. Данный метод позволяет установить прямые связи между переменными величинами по их абсолютным значениям. Для исследования имеют значение два показателя: коэффициент корреляции и значимость.

Результаты исследования.

По результатам опроса пациентов до начала ортодонтического лечения 4 человека отмечали кровоточивость дёсен во время чистки зубов, 13 пациентов утверждают, что чистят зубы 2 раза в день, среди них 10 человек женского пола

и 3 мужского, 5 человек чистят зубы 1 раз в день или нерегулярно, среди которых все лица мужского пола.

Клиническое обследование и определение упрощённого индекса гигиены полости рта OHI-S до наложения ортодонтического аппарата показало в среднем удовлетворительную гигиену полости рта равное значениям $1,37^{+}_{-}0,2$. Гигиеническое состояние полости рта во время ортодонтического лечения у большинства пациентов заметно ухудшилось. У 12 пациентов из 17 обнаружены неудовлетворительные показатели индекса гигиены OHI-S - $1,8^{+}_{-}0,2$, среди которых по 6 пациентов мужского и женского пола. У 5 пациентов гигиенический индекс остался в пределах удовлетворительных значений, а именно $1,4^{+}_{-}0,15$.

Определение состояния тканей пародонта с помощью индекса PMA в модификации Parma до начала ортодонтического лечения брекет-системой позволило выявить начальные изменения тканей пародонта у 3 из 17 пациентов в виде папиллита и катарального гингивита, что соответствует $23,6\%^{+}_{-}4,46\%$. Определение индекса PMA во время ортодонтического лечения позволило выявить изменения тканей пародонта средней степени тяжести у 6 из 17 пациентов, значение индекса в пределах $41,3\%^{+}_{-}6,8\%$.

Следует отметить, что у лиц мужского пола показатели индекса гигиены OHI-S, хуже, чем у пациенток на 42,2%.

По результатам корреляционного анализа была выявлена значимая линейная связь между переменными из группы значений упрощённого индекса гигиены полости рта J. C. Green, J. R. Vermillion и индекса PMA в модификации Parma.

Выводы.

Наличие в полости рта несъёмных конструкционных элементов брекет-системы значительно затрудняет самоочищение полости рта, проведение каче-

ственной индивидуальной гигиены пациентом, что сопровождается накоплением мягкого зубного налёта в местах фиксации брекетов и эластических лигатур. Это приводит к ухудшению гигиенического статуса пациента, что, согласно исследованию, достоверно приводит к патологическим изменениям в тканях пародонта.

Принимая во внимание вышеизложенное, следует отметить очевидную необходимость проведения профилактических мероприятий как на этапах подготовки, так и непосредственно в ходе самого ортодонтического лечения брекет-системой, которые должны включать:

1. Санитарно-просветительскую работу с пациентом и его родителями. Обучение рациональным приёмам гигиены полости рта пациента с параллельным просвещением и обучением родителей, которые в последующем возьмут на себя контролирующую функцию.

2. Индивидуальный подбор средств гигиены.

3. Проведение профессиональной гигиены до установки брекет-системы и в последующем во время ортодонтического лечения в зависимости от индексных показателей и нуждаемости (раз в 3 или 6 мес.)

4. Коррекцию питания с ограничением потребления углеводистой пищи, особенно в промежутках между основными приёмами пищи.

5. Выработку привычки полоскания полости рта ополаскивателями, либо водой после каждого приёма пищи.

Литература:

1. Хорошилкина Ф. Я. Руководство по ортодонтии — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2009. — 800 с.:

2. Кабачек М. В. Профилактика развития осложнений при ортодонтическом лечении несъёмной техникой. Автореферат диссертации.

3. Чесноков В.А., Чеснокова М.Г., Леонтьев В.К., Миронов А. Ю., Ломиашвили Л.М., Крига А.С. Микробиологические аспекты ордонотического лечения детей с зубочелюстными аномалиями. Журнал "Клиническая лабораторная диагностика" №3, 2015

4. Петрунина О. В. Клинико-цитологическая диагностика воспалительных осложнений в тканях пародонта при ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники. Автореферат диссертации.

5. О. А. Арсенина Особенности профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у лиц, пользующихся несъемной ортодонтической техникой // Пути совершенствования последипломного образования специалистов стоматологического профиля. Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии: Сборник тезисов науч.-практ. конф. - М., 2012

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИРРИГАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.

Ванькаева Л.С., Церенов Ц.И., Алиев Н.Д.,

Гаврикова Л.М., Македонова Ю.А.

ФГБОУ ВО Волгоградский Государственный медицинский университет МЗ РФ, Волгоград, Россия

Введение.

На сегодняшний день известно, что микроорганизмы играют важную роль в патогенезе таких заболеваний, как пульпарные и периодонтальные воспаления. [2,4] Следовательно, чтобы эндодонтическое лечение таких заболеваний проходило успешно и без рецидивов, необходимо использование не только механической обработки корневых каналов, но и химической. [1, 3, 7, 9]

Проведенные научные исследования показали, что механической обработки недостаточно, так как этот способ лишь частично способствует избавлению от инфекционных микроорганизмов и остатков распада пульпы. На данном этапе развития стоматологии, невозможно искоренить проблему только механической обработкой – ротационные инструменты оставляют незатронутыми микроканалы, корневые перешейки и ответвления. Биологически целесообразно использовать при эндодонтическом лечении различные ирриганты – антисептические растворы, которые справятся с этой задачей. Причем необходимо их взаимодействие, так как ни один раствор не способен полностью справиться со своей обязанностью. [5, 6, 8]

Цель ирригации – удаление дентинных опилок, остатков распада пульпы, патогенных микроорганизмов; смазывание канала; растворение органических и неорганических веществ; препятствие образованию смаз-слоя.

Обзор литературы.

Гипохлорит натрия (NaOCl) – один из самых известных и эффективных антисептических растворов, широко применяемых в современной терапевтиче-

ской стоматологии. Впервые этот раствор был выпущен во Франции в 1789 году.

Этот раствор характеризуется многими важными свойствами, которые необходимы при эндодонтическом лечении.

При контакте гипохлорита натрия и белков клеток внутри канала, сразу образуется формальдегид, азот и ацетальдегид, которые способствуют разрыву пептидных связей – некротизированные ткани, гной растворяются, причем, в это время, образуется хлорамин, который играет важную роль в ликвидации микроорганизмов, окисляя и гидролизируя их. Происходит реакция нейтрализации. Хлор является сильным оксидантом, ингибируя бактериальные энзимы, успешно справляется с антимикробной задачей. А также, благодаря высокому значению pH гипохлорита натрия, нарушает целостность цитоплазматической мембраны микроорганизмов с ингибированием ферментов. Далее, растворив органические вещества, промывает канал и предупреждает появлению смазанного слоя.

Используют гипохлорит натрия в концентрациях от 0.5% до 6%. Современными учеными было выявлено, что чем ниже концентрация, тем более длительно должен промываться коневой канал; с увеличением температуры раствора, эффективность его возрастает; скорость растворения органических веществ прямо пропорционально взятой концентрации раствора.

Известно, что продукты окисления гипохлорита натрия едкие и в некоторой степени опасны, так как могут вызвать ожоги кожи, повреждение глаз пациента и врача-стоматолога, а также при выведении за апикальное отверстие раствора может развиться гипохлоритная авария, характеризующаяся быстрым развитием острой боли, выраженным отеком и повреждением тканей, профузным кровотечением из корневого канала. Так как раствор вводиться под давлением через канюлю, увеличивается риск выведения раствора в периапикальные

и периапикулярные ткани. Особо опасно действие гипохорита натрия на губчатую кость. При их контакте губчатая кость теряет плотность, разрушается структура. Происходит клеточный некроз и апоптоз – возможно развитие вторичной инфекции.

Для профилактики и улучшения гидродинамики необходимо использовать канюли с выходным отверстием, расположенным латерально. Очень важно при орошении, чтобы канюля двигалась свободно в корневом канале и не заклинивалась, рекомендуется соблюдать расстояние между выходным отверстием иглы и стенкой корневого канала, чтобы поток раствора не задерживался; раствор должен вводиться медленно, соблюдая давление, надавливать на поршень шприца рекомендуется указательным пальцем.

В 2005 году К. Фалком доказано, что при достижении наилучшего эффекта необходимо оптимально расширять корневой канал так, чтобы это не приводило к ослаблению его структуры и чтобы улучшить очистительные способности. Имеет значение и диаметр иглы - уменьшение выходного отверстия канюли способствует профилактике осложнений и лучшему действию раствора.

Первая помощь при выведении раствора в периапикальные ткани:

1. Необходимо успокоить пациента;
2. Провести аспирацию корневого канала;
3. Промыть канал дистиллированной водой или физ. раствором;
4. При необходимости дать провести анестезию;
5. Эвакуировать жидкость по мере накопления
6. Приложить холод к месту геморрагического кровоизлияния;
7. Назначить НПВС, антибиотики;
8. Наблюдение за зубов в течение 20-30 минут

Таким образом, рациональная очистка корневого канала является одним из условий успешного лечения. Необходимо полностью элиминировать бактерий, остатки компонентов тканей, биопленки и предовтращать повторное инфицирование, а также подбирать оптимальный метод лечения и правильно производить лечебные манипуляции во избежание осложнений.

Литература.

1. Малык Ю. Ирригация корневого канала. Техника и методы. Клин эндодонтия 2010;4:1-2:31-35.
2. Шумский А. В., Кочкалева Е. А., Поздний А. Ю. Причины неудач при эндодонтическом лечении //Эндодонтия today. – 2003. – №. 3-4. – С. 7-15.
3. Уильямс Д.А., Пирсон Г.Д., Коллс М.Д. Антибактериальное действие фотоактивируемой дезинфекции в отношении эндодонтопатогенных бактерий в планктонной взвеси, в искусственных и естественных корневых каналах. Клин стоматол 2008;3:18-23.
4. Митронин А. В., Герасимова М. М. Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периодонта (часть 1). Аспекты применения антибактериальных препаратов //Эндодонтия today. – 2012. – №. 1. – С. 9-15.
5. Хюльсман М. Дезинфекция эндодонтической системы. Dental IQ 2006;12:31-57.
6. Апрятин С. А., Митрофанов В. И. Особенности комплекса медикаментозной и инструментальной обработки корневых каналов //Эндодонтия today. – 2007. – №. 2. – С. 64-68.
7. Дедова, Л.Н. Болезни периодонта с быстропрогрессирующим течением (часть 1)/Л.Н. Дедова, А.С. Соломевич, А.В. Лапицкая//Стоматолог. Минск. -2013. -№ 3(10). -С. 57-64.

8. Нисанова С. Е. и др. Микробиологический контроль эффективности использования растворов гипохлорита натрия различной концентрации при лечении периодонтита //Эндодонтия today. – 2007. – №. 2. – С. 23-26.
9. Симакова Т. Г. и др. Современные аспекты медикаментозной обработки корневых каналов //Эндодонтия today. – 2007. – №. 2. – С. 27-31.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Курбанова Э.А., Магомедов А.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

В современной стоматологической практике промывание системы корневых каналов с помощью жидкостей, обладающих антимикробной активностью, является неотъемлемой частью эндодонтического лечения зубов [1, 2, 8, 10]. Широко применяются различные антибактериальные и противовоспалительные препараты для ирригации системы корневых каналов, которые хорошо известны [3, 8, 9].

Однако следует отметить, что не существует универсального средства, полностью подавляющего микрофлору корневых каналов и обладающего всеми необходимыми лечебными свойствами. Этот фактор обуславливает поиск новых препаратов, позволяющих максимально полно воздействовать как на возбудителей периодонтита, так и периапикальные ткани зуба с целью купирования воспалительного одонтогенного очага инфекции.

Одним из направлений поиска может явиться попытка использовать иммуномодуляторы, местное применение которых в эндодонтии крайне ограничено [5, 6, 11]. Одним из таких препаратов является полиоксидоний – сополимер N-оксида 1,4-этиленпиперазина и (N-карбоксиметил)-1,4- этиленпиперазиний бромида. Выпускается в двух лекарственных формах: лиофилизированный порошок во флаконах или ампулах, содержащих 3 мг или 6 мг.

Полиоксидоний обладает иммуномодулирующим действием, в основе которого лежит прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования [4, 7, 9, 10]. Наряду с имму-

номодулирующим действием, полиоксидоний обладает выраженной детоксикационной активностью.

Целью нашего исследования стало совершенствование комплекса антимикробной терапии корневого канала зуба и периапикальных тканей при лечении апикального периодонтита.

Материал и методы исследования. Проводили клиническое обследование и лечение 42 пациентов, обратившихся в клинику терапевтической стоматологии по поводу периодонтита. Диагноз устанавливали на основании клинических данных, данных рентгенологического обследования, элекроодонтодиагностики (ЭОД).

В результате комплексного обследования все пациенты, у которых диагностирован периодонтит, были разделены на следующие группы:

1. Хронический гранулирующий периодонтит (17 пациентов). Всего выявлено 20 зубов с периапикальными очагами;
2. Хронический гранулематозный периодонтит (15 пациентов). Всего выявлено 17 зубов с периапикальными очагами;
3. Острый и хронический периодонтит в стадии обострения (10 человек).

Эндодонтическое препарирование включало раскрытие полости зуба, расширение устьев каналов борами ларго №1-3, определение рабочей длины зуба, механическую обработку корневых каналов ручными инструментами – каналорасширителями по методике «Crown-Down», ирригацию системы корневых каналов антисептиками, высушивание корневых каналов калиброванными бумажными штифтами.

Медикаментозную обработку канала проводили в виде ирригаций после удаления некротизированной пульпы и в процессе механической обработки корневых каналов с использованием 5% раствора метронидазола

(Метрогил) в количестве 1-2 мл на один канал. При лечении в два и более посещения в корневых каналах оставляли турунду, смоченную раствором Полиоксидония, приготовленном ex tempore, под повязку.

Систему канала заполняли силером AH-plus и стандартными гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации (4-6 шт.). В некоторых случаях в периапикальное пространство вводился пломбировочный материал Vitapex (DiaDent, Канада), содержащий йодоформ и остеоинтегративный материал. В просвет канала помещали насадку (на 2/3 его длины), через которую вводили пасту под давлением. Временное пломбирование канала проводили под рентгенологическим контролем. Из полости зуба удаляли излишки пасты и закрывали временной пломбой.

Основываясь на клиническом опыте и выборе различных программ местного лечения, все пациенты были разделены на следующие подгруппы.

Подгруппа А (16 пациентов): ирригировали корневые каналы 5 % раствором метронидазола, с последующим введением в каналы бумажного штифта, смоченного раствором Полиоксидония, под повязку (при лечении в два и более посещения в случае острого и хронического периодонтита в стадии обострения). В дальнейшем канал пломбировали по описанной выше методике.

Подгруппа В (16 пациентов): проводили ирригацию корневых каналов раствором метронидазола и раствором Полиоксидония с одномоментным пломбированием.

Подгруппа С (10 пациентов): корневые каналы обрабатывались 2,5%-ным раствором гипохлорита натрия и 19%-ным раствором ЭДТА. В случае необходимости (при лечении в два и более посещения в случае острого и хронического периодонтита в стадии обострения) в канале оставляли турунду с Крезофеном под повязку.

В зависимости от клинического состояния и размеров очага деструкции в периапикальной области повторный прием планировали через 1-3 месяца. Пациентов информировали о необходимости обращения в клинику в случае появления каких-либо неприятных ощущений или выпадения временной пломбы.

Во второе посещение при отсутствии жалоб и благоприятной рентгенологической картине вводили свежую порцию материала. В зависимости от формы периодонтита временная корневая обтурация составляла от 4 недель до 6 месяцев. Пломбирование корневых каналов осуществляли по методике латеральной конденсации холодной гуттаперчи с использованием силера.

Об эффективности проведенного лечения судили на основании отсутствия жалоб, результатов объективного обследования и рентгенологических данных. Проводили оценку ближайших клинических результатов лечения через 24 и 48 часов. Рентгенологический контроль осуществляли через 1, 3, 6 и 9 месяцев после лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническое обследование показало, что при первичном обращении общее состояние было нарушено не более чем у половины пациентов. При этом только у 5 пациентов это сопровождалось повышением температуры тела, головной болью. Боль в области «причинного» зуба отмечалась практически у всех, причем не только при нагрузке или перкуссии, но и самопроизвольная, постоянная. Отек и гиперемия переходной складки наблюдали более чем у ¾ пациентов этих групп.

После адекватного механического воздействия и внутриканальной антимикробной терапии в течение 2-3 суток, практически большинство острых клинических проявлений периодонтита у пациентов подгруппы С ку-

пировались. У 3 пациентов из 10 сохранялся отек и боль в области переходной складки, хотя его интенсивность существенно уменьшилась.

В подгруппе А (при использовании метронидазола и Полиоксидония) выраженность отека и боли также достоверно уменьшились, что было связано с иммуномодулирующим действием полиоксидония и выраженной детоксикационной активностью. У 7 человек из всех обследованных отмечались постпломбировочные боли (боли при жевании и перкуссии), однако они имели тенденцию регрессировать спустя 2-4 суток.

Выводы. Предложен комплексный подход к эндодонтическому лечению, с использованием Метронидазола – препарата, обладающего мощным антимикробным действием на облигатную анаэробную флору корневого канала, и Полиоксидония – препарата, обладающего иммуномодулирующим действием, а также выраженной детоксикационной активностью.

Результаты проведенного исследования показывают высокую эффективность комплексного подхода с использованием данных препаратов к лечению хронических и острых форм периодонтитов.

Список литературы:

1. Барер Г. М. Антибактериальная терапия в эндодонтии: новый подход / Г. М. Барер, И. А. Овчинникова // Лекарства – человеку: Междунар. сб. научных трудов научно-практич. конф. по созданию и апробации новых лекарственных средств. – Том 5-1. – Харьков, 2008. – С. 161- 169.

2. Боровский Е. В. Клиническая эндодонтия / Е. В. Боровский. – М.: АО «Стоматология», 2009. – 176 с.

3. Дмитриева Л. А. Сравнительная характеристика антибактериальной активности новых антисептиков и перспективы их применения в стоматологиче-

ской практике. / Л. А. Дмитриева, А. Е. Романов, В. Н. Царев. // Стоматология. 2012. № 2. С. 26-27.

4. Латышева Т. В., Сетдикова Н. Х. Эффективность полиоксидония при некоторых формах первичных иммунодефицитов и при вторичных иммунодефицитных состояниях // Аллергия, астма и клиническая иммунология. 2000. № 1. С. 41-43.

5. Левин М. Я., Федосенко Т. Д., Васильев О. Н. Количественный и функциональный состав системного и местного иммунитета у пациентов с хроническими периодонтитами и пародонтитами // Пародонтология. 2010. № 4 (57). С. 37-40.

6. Микробиология и иммунология для стоматологов / под ред. Ламонта Р. Дж., Лантц М. С., Берне Р. А., Лебланка Д. Дж.; пер. с англ. под ред. Леонтьева В. К. – М.: Практическая медицина, 2010. – 504 с.

7. Пинегин Б. В. Полиоксидоний – новое поколение иммуномодуляторов с известной структурой и механизмом действия / Сб. трудов общероссийской конференции «Иммуногенетика и иммунокоррекция в онкологии и иммунологии». – М., 2000. – С. 27-29.

8. Полетаева Е. А. Сравнительная оценка методов лечения хронического периодонтита: Автореф. дис. … канд. мед. наук / Е. А. Полетаева. Автореф. дис. … канд. мед. наук / М., 2007. – 22 с.

9. Ушакова Т. В. Клинико-лабораторное обоснование применения нитазола в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита: Автореф. дис. … канд. мед. наук / Т. В. Ушакова. – М., 2002. – 20 с.

10. Хазанова В. В. Сравнительная оценка антимикробного действия некоторых антисептиков, применяемых при обработке каналов. / В. В. Хазанова, Е. В. Земская, Н. А. Дмитриева и др. // Клиническая стоматология. 2017. № 3. С. 8-11.

11. Царев В. Н. Иммуномодулирующая активность водорастворимых форм противоанаэробных антибактериальных препаратов. / В. Н. Цепов, Р. В. Ушаков, В. А. Лопырев // Журнал инфекционной патологии. 2004. № 2-3. С. 42-45.

ТЕХНОЛОГИЯ ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

Курбанова Э.А., Магомедов А.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность. Повышение эффективности лечения больных с хроническим периодонтитом и профилактика воспалительных осложнений этого заболевания являются одной из актуальных проблем терапевтической стоматологии [3,4]. Пациенты с различными формами периодонтита составляют от 18 до 35% из общего числа обратившихся за стоматологической помощью [1,2,6]. Исследования последних лет свидетельствуют об увеличении указанной патологии, ее высокой распространенности: 45–50% у лиц в возрасте до 44 лет [7,9].

Среди хронических форм периодонтита преобладают деструктивные (гранулирующий, гранулематозный, кистогранулемы). Основными принципами современного лечения верхушечного периодонтита являются полное купирование воспалительного процесса в околоверхушечных тканях, репарация костной ткани в очаге воспаления и восстановление иммунной реактивности [2,5,6,8]. Поэтому, помимо стандартного эндодонтического лечения (механическая и антисептическая обработка макро- и микроканалов зуба), необходима активная заапикальная терапия.

Характерно, что даже при полной обтурации корневого канала зуба пломбировочным материалом ликвидация очага хронического воспаления в периодонте длится не один месяц и зависит от ряда факторов, в том числе от вирулентности бактерий и реактивности организма больного [1,4,7].

Современное течение деструктивных форм хронического периодонтита требует разработки новых подходов к диагностике и лечению заболевания с избирательным подбором медикаментозных препаратов для санации периапикального очага.

Следует отметить, что традиционно используемые лекарственные вещества в растворах оказывают лишь кратковременное действие на бактерии, находящиеся в дентине корня зуба, а временная пломба остается герметичной непродолжительное время. Остро встает вопрос о разработке и применении препаратов, обладающих не только антисептическим, но и остеостимулирующим эффектом. В связи с этим внутриканальная обтурация препаратом гидрооксида кальция может способствовать устранению подобных недостатков.

Цель исследования – оценка эффективности применения препарата на основе гидрооксида кальция для временной обтурации корневого канала при лечении деструктивных форм хронического периодонтита.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 25 пациентов (основная группа) в возрасте от 18 до 46 лет с деструктивными формами хронического периодонтита. Проведена сравнительная клиническая и рентгенологическая оценка ближайших результатов односеансного и отсроченного методов эндодонтического лечения 22 зубов: с хроническим гранулирующим периодонтитом – 10, с хроническим гранулематозным периодонтитом – 12. Контролем служили 15 зубов у 8 больных, которым эндодонтическое лечение осуществляли по традиционной методике.

Подготовка корневого канала включала определение рабочей длины зуба, механическую обработку по методике «Step-Bake» и «Crown-Down», медикаментозную обработку 3% раствором гипохлорита натрия и ЭДТА с последующим пломбированием каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи.

В наших исследованиях был использован гидроксидсодержащий препарат «Calasept» («Scania Dental») с высоким значением pH (выше 12), обусловливающим антисептическое пролонгированное действие лекарственного средства на систему корневого канала зуба. Гидроксид кальция вводится в корневой канал после его инструментальной и медикаментозной обработки и стерилизует дентинные канальцы, приводя в действие механизмы интеграции цементобластов, стимулируя биологический барьер в периапикальных тканях.

В контрольной группе больным по традиционной методике проводили механическую и медикаментозную обработку корневых каналов зубов, с последующим наложением антисептической повязки с препаратом «Крезофен» под временной пломбой на 2 дня. Во второе посещение каналы пломбировали методом латеральной конденсации гуттаперчи с использованием силера Endometason (Septodont).

В основной группе пациентам проводили механическую обработку корневых каналов зубов по методикам «Step-Bake» и «Crown-Down», ирригацию растворами гипохлорита натрия и ЭДТА, затем канал промывали изотоническим раствором хлорида натрия и высушивали бумажными штифтами, после чего корневой канал заполняли препаратом «Calasept», зуб герметично закрывали временной пломбой. В зависимости от формы периодонтита и размера очага деструкции временная корневая обтурация составляла от 4 недель до 6 месяцев.

После достижения положительного эффекта (оценка на основании клинических и рентгенологических данных) препарат извлекали из корневого канала, проводили медикаментозную обработку и пломбировали гуттаперчевыми штифтами с эндогерметиком АН – plus (Dentsplay) под контролем рентгенографии. Затем проводили оценку ближайших клинических результатов лечения и рентгенологический контроль через 3, 6, 9 и 12 месяцев после лечения.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов внутриканальной терапии показал, что при лечении хронического периодонтита с использованием препарата «Calasept» у пациентов основной группы в 8,3% случаев были отмечены осложнения в виде умеренной болезненности при накусывании в ближайшие сроки (1-3 дня). В контрольной группе о клинической периодонтальной реакции сообщили 5 (41,2%) пациентов: у 3 (24,9%) – отмечали гиперемию и отечность по переходной складке, 2 (16,6%) – жаловались на болевой синдром в течение 5 дней, купированный противовоспалительными препаратами с предварительным распломбированием корневого канала.

Полученные результаты рентгенологического обследования демонстрируют, что применение гидроксида кальция с пролонгированным антисептическим действием на систему корневых каналов зуба привело к улучшению отдаленных результатов (через 6 и 9 месяцев) лечения деструктивных форм хронического периодонтита и сопровождалось частичным или полным восстановлением костной ткани (в 58,2% и 76,6% случаев, соответственно).

Восстановление рентгенологического рисунка костных структур в области очага деструкции при традиционном односеансном методе лечения было отмечено через 6 месяцев в 32,7% случаев и через 9 месяцев в 54,9% случаев.

По результатам рентгенологического исследования через 12 месяцев после лечения в основной группе полное или частичное восстановление костной ткани в периапикальной области наблюдалось в 89,6 % случаев, в контрольной группе – в 63,5% случаев.

Выводы. Таким образом, применение отсроченного лечения при деструктивных формах хронического периодонтита с использованием гидроксидсодержащего препарата «Calasept» с пролонгированным антисептическим действием на систему корневого канала зуба дает высокий терапевтический эф-

фект и способствует снижению осложнений эндодонтического лечения в 3 раза по сравнению с традиционными методами лечения зубов.

Полученные данные свидетельствуют, что методика применения кальций-содержащих препаратов повышает клиническую эффективность эндодонтического лечения, способствуя ускоренной ликвидации хронического воспалительного процесса в периапикальных тканях.

Результаты исследования дают основания рекомендовать использование технологии отсроченного пломбирования корневых каналов препаратами на основе гидроокиси кальция при консервативном эндодонтическом лечении деструктивных форм хронического периодонтита, что способствует повышению эффективности лечения и улучшает регенерацию костных структур в отдаленные сроки.

Список литературы.

1. Базикян Э.А. Практическое руководство по эндодонтии. // Учебное пособие. – М.: Практич. медицина, 2009, 111 с.

2. Бир Р., Бауманн М., Ким С. Эндодонтология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010, 288 с.

3. Боровский Е.В. Эндодонтическое лечение. // Практическое руководство.– М.: МИА, 2011, 140 с.

4. Дубова М.А., Шпак Т.А., Корнетова И.В. Современные технологии в эндодонтии. // Учебное пособие. – СПб., 2014, 96 с.

5. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия. ИД “STBOOK”, 2010, 705 с.

6. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Основные направления профилактики и лечения хронического воспаления в области периодонта. – Рос. стом. журнал, 2011, №1, с.16-19.

7. Мамедова Л.А., Подойникова М.Н. Ошибки и осложнения в эндодонтии. – М.: Мед. книга, 2018, 43 с.

8. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. – М.: МЕДпресс-информ, 2012, 924 с.

9. Тронстад Лейф. Клиническая эндодонтия. – М.: МЕДпресс-информ, 20015, 288 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕОХИМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ

Курбанова Э.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

Среди наиболее важных экологических факторов, влияющих на здоровье человека, в том числе состояние зубочелюстной системы, одно из первых мест занимает качество питьевой воды, в частности ее минеральный состав, жесткость, водородный показатель [2, 3, 10]. В результате исследований [4, 8, 11] установлена прямая зависимость между концентрацией фторида и ряда других микроэлементов (кальция, цинка, железа, меди, кобальта) в питьевой воде и микротвердостью эмали и дентина.

Установлено, что в условиях дефицита цинка и других геохимических элементов в окружающей среде (вода, почва) имеет место поражение зубов кариесом и неблагоприятное гигиеническое состояние полости рта (ПР) [5, 7]. Накопление микробного фактора (зубных отложений) сочетается со снижением показателей состояния местного иммунитета полости рта (концентрации секреторных иммуноглобулинов – sIgA и активности лизоцима слюны) [3, 6]. Имеются данные о влиянии концентрации фторида в питьевой воде на изменение свойств ротовой жидкости и минерального состава ЗН [1, 9].

В этой связи актуальными являются исследования роли природных факторов в образовании и распространенности зубных отложений.

Цель исследования: изучение распространенности зубных отложений у жителей различных климатогеографических зон в зависимости от геохимических показателей питьевой воды.

Материалы и методы. Проведено клинико-эпидемиологическое стома-

тологическое обследование 947 человек взрослого населения в трех климато-географических зонах Республики Дагестан: равнинной (450 человек), предгорной (235 человек), горной (262 человека).

Стоматологическое исследование включало изучение состояния твердых тканей зуба, тканей пародонта и оценку гигиены ПР с использованием стандартного набора стоматологических инструментов по общепринятой методике. Распространенность и особенность образования зубных отложений оценивали с помощью индексов OHI-S по Green-Vermillion (1964), зубного налета Silness-Loe (1964), PHP по Podshadley-Haley (1968).

Изучали распространенность зубных отложений в зависимости от гидрогеохимических показателей питьевой воды: pH воды, жесткости, концентрации фторидов, общего уровня ее минерализации. Рассматривали также частоту образования ЗН (мягкий зубной налет – МЗН) и ЗК (наддесневой зубной камень – НЗК, поддесневой зубной камень – ПЗК) в зависимости от минерального состава питьевой воды.

Потенциометрическим и комплексонометрическим (титриметрическим) методами установлено содержание фторидов, кальция, магния и показателя общей жесткости в пробах питьевой воды. Отбор и подготовку проб питьевой воды проводили в соответствии с ГОСТ Р 51592 и ГОСТ Р 51593.

Потенциометрический метод позволяет определять суммарную концентрацию фторидов (ПНД Ф 14.1:2:4.270-2012). Метод основан на измерении потенциала ионоселективного электрода (типа ЭГ-У1) при помощи прибора иономера (типа ЭВ-74) и установлении его зависимости от активности (концентрации) фторид-ионов. Методом потенциометрии проводили прямое определение ионов кальция, магния (ГОСТ 31957-2012) и водородного показателя (pH) в пробах питьевой воды с использованием ионоселективного электрода и иономера (ФР. 1.31.2018. 30110).

Комплексонометрический (титриметрический) метод использовали для определения жесткости воды (ГОСТ 31954-2012). Измерение проводили титрованием проб воды раствором трилона Б в щелочной среде (при pH=10) в присутствии индикатора, в результате образуются комплексные соединения с ионами щелочноземельных элементов. Полученные показатели оценивали согласно нормативам качества питьевой воды (СанПиН 2.1.4.2652-10).

Результаты и их обсуждение. В районах обследования, различных по климатогеографическим, геохимическим и экологическим природным факторам, выявлена различная частота распространения зубных отложений (рис. 1). Наблюдали достоверную зависимость ($p < 0,01$) между распространенностью зубных отложений и климатогеографической зоной обследования.

В равнинной зоне отмечена наиболее высокая распространенность МЗН (81,11 ± 2,31%). Распространенность НЗК была выше у жителей предгорной (77,87 ± 1,78%) и горной (77,10 ± 1,55%) зоны, ПЗК – у проживающих в горных районах (58,02 ± 1,96%).

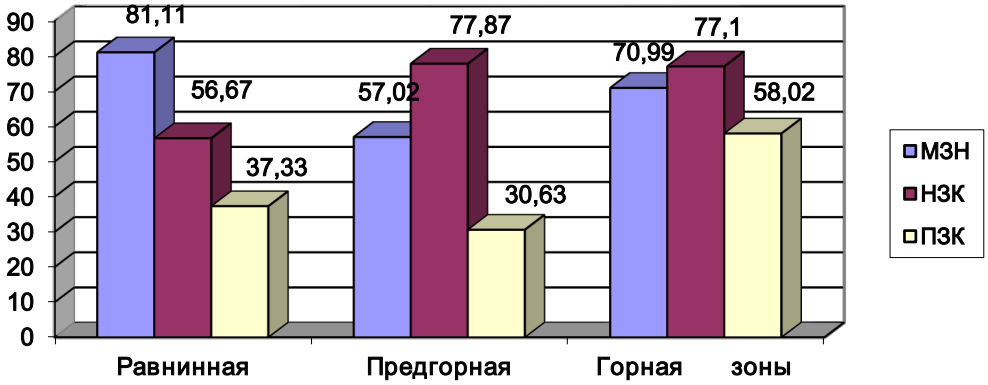


Рис. 1. Зависимость распространенности зубных отложений от места жительства

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что длительное употребление питьевой воды с повышенным уровнем минерализации изменяет минеральный баланс среды ПР и способствует накоплению зубных от-

ложений (табл. 1).

В равнинной климатогеографической зоне, где используется питьевая вода с пониженным уровнем минерализации (276,42 ± 45,03 мг/л), была выявлена наибольшая распространенность МЗН (81,11 ± 2,31%). Увеличение фторидно-кальциевого насыщения питьевой воды приводит к снижению распространенности МЗН. У жителей предгорной зоны, употребляющих воду с оптимальным уровнем минерализации (530,34 ± 65,06 мг/л), снижено образование мягких зубных отложений (57,02 ± 2,43%).

Таблица 1

Распространенность зубных отложений в зависимости от показателей минерального состава питьевой воды в различных климатогеографических зонах

Климатогеографическая зона	Минеральный состав воды, мг/л				Распространенность зубных отложений, %		
	конц. фторидов	конц. кальция	конц. магния	общий уровень минерализации	МЗН	НЗК	ПЗК
Равнинная	0,27 ±0,02	45,63 ±2,71	9,24 ±1,45	276,42 ±45,03	81,11 ± 2,31	56,67 ± 1,44	37,33 ± 1,52
Предгорная	0,63 ±0,03	105,11 ±12,08	16,10 ±4,11	530,34 ±65,06	57,02 ± 2,43	77,87 ± 1,78	30,63 ± 1,34
Горная	0,44 ±0,04	67,32 ±3,88	12,15 ±3,25	407,65 ±43,02	70,99 ± 1,96	77,10 ± 1,55	58,02 ± 1,96

Примечание: МЗН – мягкий зубной налет, НЗК – наддесневой зубной камень, ПЗК – поддесневой зубной камень; в таблице даны только достоверные различия ($p < 0,05$).

В то же время высокое содержание ионов кальция и магния в питьевой воде с оптимальным и повышенным уровнем минерализации привело к повышенному образованию НЗК у жителей предгорной и горной зоны (77,87 ± 1,78% и 77,10 ± 1,55%). У людей, употребляющих воду с низким содержанием кальция и магния (45,63 ± 2,71 мг/л и 9,24 ± 1,45 мг/л соответственно), распространенность НЗК была в 1,4 раза ниже.

Повышенное образование ПЗК наблюдали у жителей горной зоны, где питьевая вода содержит оптимальную концентрацию кальция (67,32 ± 3,88 мг/л) и среднюю магния (12,15 ± 3,25 мг/л) – средний уровень минерализации (407,65 ± 43,02 мг/л). При снижении концентрации кальция и магния в питьевой воде на равнине распространенность ПЗК снижалась в 1,6 раза.

Частота встречаемости МЗН увеличивается с уменьшением жесткости воды (табл. 2). Повышение щелочности питьевой воды приводит к увеличению распространенности НЗК. В районах, где питьевая вода относится к жесткому типу (7,18 ± 0,72 мг-экв/л), отмечена высокая распространенность НЗК – 77,87 ± 1,78%. Распространенность ПЗК в меньшей степени зависела от гидрогеохимических характеристик воды.

Таблица 2

Гидрогеохимическая характеристика воды и распространенность зубных отложений

Климатогеографическая зона	Геохимические показатели воды			Распространенность зубных отложений, %		
	pH	жесткость мг-экв/л	фториды мг/л	МЗН	НЗК	ПЗК
Равнинная	6,51±0,03	3,54±0,31	0,27±0,02	81,11 ± 2,31	56,67 ± 1,44	37,33 ± 1,52

Предгорная	7,72±0,04	7,18±0,72	0,63±0,03	57,02 ± 2,43	77,87 ± 1,78	30,63 ± 1,34
Горная	7,50±0,05	5,64±0,44	0,44±0,04	70,99 ± 1,96	77,10 ± 1,55	58,02 ± 1,96

Примечание: МЗН — мягкий зубной налет, НЗК — наддесневой зубной камень, ПЗК — поддесневой зубной камень; в таблице даны только достоверные различия ($p < 0,05$).

Выводы. Выявлены особенности распространения и образования зубных отложений у жителей различных климатогеографических зон Республики Дагестан в зависимости от показателей минерального состава питьевой воды. Сделан вывод, что длительное употребление питьевой воды с высоким уровнем минерализации изменяет минеральный баланс среды полости рта и способствует накоплению зубных отложений. Частота встречаемости мягкого зубного налета увеличивалась с понижением щелочности и минерализации воды и, наоборот, – увеличение жесткости воды ведет к повышенному образованию наддесневого зубного камня.

Высокое содержание ионов кальция и магния в питьевой воде с оптимальным и повышенным уровнем минерализации способствует снижению распространенности мягкого зубного налета и повышенному образованию наддесневого зубного камня у жителей предгорной и горной зоны. При снижении концентрации кальция и магния в питьевой воде на равнине распространенность над- и поддесневого зубного камня снижалась в 1,4 – 1,6 раза.

Список литературы.

1. Васильев В.Г., Сергеева Н.Д., Кицул И.С., Шкавро Т.К. Изучение ряда социально-гигиенических факторов, влияющих на стоматологическую заболеваемость подростков. // Клиническая стоматология. 2014. № 6. С. 48-52.

2. Данилов Е.О., Григорьев В.А. Характеристика стоматологической заболеваемости населения Ленинградской области по данным эпидемиологического обследования. // Пародонтология. 2016. № 4. С. 37-41.

3. Мозговая Л.А., Вишневская Н.Л., Сивак Е.Ю., Соснин Д.Ю. Состояние твердых тканей зубов и пародонта в зависимости от минерального состава питьевой воды. // Стоматология. 2012. №5. С. 51-54.

4. Новиков Ю.В., Сайфутдинов М.М. Изучение факторов окружающей среды и их влияние на здоровье населения в районе бассейна Сев. Двины // Экология человека. 2011. № 2. С. 18-22.

5. Рахманов Х.Ш., Ирсалиев Х.И., Хабилов Н.Л., Байбеков И.М. Особенности твердых и мягких дентальных налетов у жителей Узбекистана. // Маэстро стоматологии. 2002. № 4 (9). С. 46-47.

6. Скляр В.Е., Косенко К.Н., Клименко В.Г. Влияние различных концентраций фтора, кальция и магния в питьевой воде на распространенность болезней зубов и тканей пародонта. // Гигиена и санитария. 2000. № 8. С. 21-23.

7. Скудный В.Ф., Зайцева А.В. Влияние минерального состава питьевой воды на заболеваемость зубов. // Клин. стоматология. 2006. № 4. С. 59-62.

8. Цимбалистов А.В. Соотношение макро- и микроэлементов в питьевой воде и организме человека у жителей Санкт-Петербурга. // Стоматология. 2016. № 4. С.33-36.

9. Listgarten M.A. The role of dental plaque in gingivitis and periodontitis. // J. clin. Peridontology. 2009. Vol. 15, № 8. P. 485-487.

10. Lobene R.R. Alteration of Plaque in Caries Prevention. // J. oral Med. 2012. Vol. 27. № 1. P.532-536.

11. Newman H.N. Diet, Attrition, Plaque and Dental Discase. // Brit. dent. J. 2014. Vol. 16, № 2. P. 491-497.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Курбанова Э.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность. Микробный фактор играет важную роль в развитии стоматологической патологии. Ведущая этиологическая роль зубного налета (ЗН) подтверждена и для воспалительных заболеваний пародонта [3, 6, 10]. Микробные над- и поддесневые биопленки (зубные отложения) являются основным условием развития гингивита и начальных проявлений пародонтита [4, 7, 16].

Исследованиями доказано, что ведущим экзогенным фактором, способствующим повреждению тканей пародонта, является бактериальный [1, 6, 12]. Воспаление пародонта является, как правило, ответом на повреждение тканей области десневой бороздки микробными агентами. Считается, что заболеваниям пародонта способствует интенсивность отложения и характер ЗН, а специфика микрофлоры ЗН во многом определяет тип и прогрессирование поражений пародонта [8, 13, 15]. Неблагоприятное воздействие ЗН на ткани пародонта обусловлено механическим давлением, воздействием микробной флоры и химических веществ ЗН.

Известно, что микроорганизмы принимают активное участие в формировании иммунной защиты полости рта (ПР). Слюна, десневая жидкость, ЗН могут играть важную роль в развитии воспалительных ЗП, если в них нарушаются условия обитания для микроорганизмов. Эти условия существенно зависят от уровня местных факторов защиты ПР и слюны. Результаты исследований свидетельствуют о сочетанной роли микробных и иммунных факторов в развитии

хронических форм ЗП [1, 2, 14]. Известно, что секреторные иммуноглобулины (sIg) тормозят прикрепление бактерий ЗН к поверхности зуба, вызывая их агглютинацию. Поэтому даже при недостаточном гигиеническом уходе за ПР, но высоком уровне sIg поражения могут отсутствовать или они будут единичными [5, 9, 11].

Одним из приоритетных направлений исследования механизмов образования зубных отложений и изучения их роли в развитии патологических процессов ПР являются работы по совершенствованию методов повышения защитных механизмов и поддержанию естественного баланса среды ПР. Основные методы профилактики и раннего лечения заболеваний пародонта основаны на механическом удалении микробного налета [6, 12] и нормализации естественных механизмов противомикробной защиты ПР [4, 9]. В этой связи представляет интерес изучение взаимосвязи состояния тканей пародонта и защитных систем слюны на фоне проводимой профессиональной гигиены ПР.

Цель исследования – изучение влияния профессиональной гигиены ПР на динамику факторов местной защиты ПР и патогенетические механизмы патологических процессов в пародонте в комплексе лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Материалы и методы. На лечении находились 76 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет с различными формами воспалительных заболеваний пародонта: катаральный гингивит – 41, пародонтит легкой формы –15, пародонтит среднетяжелой формы – 12, пародонтит тяжелой формы – 8 больных.

Всем пациентам проводили профессиональную гигиену ПР, обучали правилам рациональной гигиены ПР. Комплексная патогенетическая терапия пародонтита включала: устранение местных травмирующих факторов; обучение правилам рациональной гигиены ПР; подбор средств индивидуальной гигиены ПР; кюретаж (по показаниям); аппликации гелей «Метрогил Дента», «Гиалу-

дент»; назначение препаратов «Комплевит», «Имудон».

Для оценки пародонтального статуса использовали индекс гингивита PMA (C. Parma, 1960), индекс кровоточивости сосочков (PBI) Saxer и Muhlemann (1971), пробу Шиллера-Писарева. Гигиеническое состояние ПР оценивали по динамике показателей индекса эффективности гигиены ПР PHP (J.K. Grunde, 1980) и упрощенного индекса гигиены ПР OHI-S (J.Green, I.K. Vermillion, 1969). Состояние местного иммунитета ПР определяли по иммунологическим показателям: содержания в слюне секреторного иммуноглобулина А (sIgA) и активности лизоцима.

Результаты исследования оценивали на основании объективных критериев – динамики гигиенических и пародонтальных индексов и иммунологических показателей ПР до и после (через 1 и 3 месяца) проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов исследования показал достоверное снижение показателей пародонтальных и гигиенических индексов на фоне проводимой профессиональной гигиены ПР у больных с патологией пародонта (таблица 1, 2).

Таблица 1

Сравнительные данные динамики пародонтальных индексов

Проба Шиллера-Писарева			**PMA (%)**			**PBI**		
исход-ные	**через 1 мес.**	**через 3 мес.**	**исход-ные**	**через 1 мес.**	**через 3 мес.**	**исход-ные**	**через 1 мес.**	**через 3 мес.**
1,67 ± 0,01	0,35 ± 0,01	0,49 ± 0,02	56,03 ± 3,17	23,66 ± 2,64	7,88 ± 1,99	3,7 ± 0,05	2,6 ± 0,12	2,9 ± 0,07

Примечание: $p < 0,05$

Таблица 2

Сравнительные данные динамики гигиенических индексов

PHP			OHI-S		
исходные	**через 1 мес.**	**через 3 мес.**	**исходные**	**через 1 мес.**	**через 3 мес.**
4,13 ± 0,07	3,01 ± 0,01	2,11 ± 0,12	2,14 ± 0,06	1,57 ± 0,51	0,76 ± 0,09

Примечание: $p < 0,05$

Отмечали значительное уменьшение признаков воспаления тканей пародонта (отека, гиперемии, кровоточивости и болезненности десны). Через месяц диагностировали снижение воспаления по индексу PMA с 56,03 ± 3,17 % до 23,66 ± 2,64 %, по пробе Шиллера-Писарева с 1,67 ± 0,01 до 0,35 ± 0,01. К концу наблюдений показатели пробы Шиллера-Писарева составили 0,49 ± 0,02, а индекс PMA был равен 7,88 ± 1,99 %.

Динамика показателей индекса кровоточивости сосочков PBI позволяет сделать вывод о том, что снижение его значений происходит на фоне проводимой профессиональной гигиены ПР. Так, у пациентов через месяц после лечебно-профилактических мероприятий показатели индекса составили 2,6 ± 0,12, через 3 месяца – 2,9 ± 0,07.

Исходные данные соответствовали неудовлетворительному уровню гигиенического состояния ПР по индексу OHI-S (2,14 ± 0,06) и плохому уровню гигиены ПР по индексу PHP (4,13 ± 0,07). Комплексные лечебно-профилактические мероприятия позволили улучшить показатели гигиены ПР: по индексу OHI-S – 70,4%, по индексу PHP – 74,9%. Редукция показателей индекса эффективности гигиены ПР PHP подтверждает высокую эффективность проведенных профилактических мероприятий у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Через месяц показатели индекса PHP составили 3,01 ± 0,01, через 3 месяца – 2,11 ± 0,12, что соответствовало удовлетворительному уровню гигиены ПР.

Таблица 3

Результаты анализа иммунологических показателей полости рта

Показатели	Исходные	Через 1 мес.	Через 3 мес.
sIgA	0,21 ± 0,012 г/л	0,27 ± 0,015 г/л	0,31 ± 0,017 г/л
Лизоцим	42,5 ± 1,62 мкг/мл	46,6 ± 1,43 мкг/мл	49,7 ± 1,86 мкг/мл

Выявлена также положительная динамика местных факторов защиты ПР (таблица 3). Так, содержание секреторного иммуноглобулина А (sIgA) в слюне в результате проведения лечебно-профилактических мероприятий повысилось до 0,31 ± 0,017 г/л при исходных показателях 0,21 ± 0,012 г/л. Активность лизоцима слюны увеличилась и составила 46,6 ± 1,43 мкг/мл и 49,7 ± 1,86 мкг/мл через 1 и 3 месяца наблюдений соответственно.

Выводы. Таким образом, профессиональная гигиена полости рта занимает существенное место в комплексе лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. Клинические наблюдения показали, что своевременное удаление с поверхности зубов зубных отложений существенно снижает процент лиц с различными формами и стадиями патологии пародонта. Сделан вывод, что при воспалительных заболеваниях пародонта необходимо регулярное проведение процедуры профессионального удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений.

В этой связи, одним из приоритетных направлений исследования механизмов образования зубных отложений и изучения их роли в развитии патологических процессов полости рта являются работы по совершенствованию методов

повышения защитных механизмов и поддержанию естественного баланса среды полости рта.

Современные подходы в стоматологической профилактике должны предусматривать направленное регулирование микробного фактора путем стимуляции естественных защитных систем полости рта и организма в целом.

Список литературы.

1.Антонова И.Н. Роль профессиональной гигиены полости рта в комплексном подходе к диагностике и лечению воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дисс. … канд. мед. наук. – СПб, 2009. – 17 с.

2.Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение. – М.: МИА, 2014. – 320 с.

3.Грудянов А. И., Стариков Н. А. Поддерживающая терапия. Ее роль при лечении заболеваний пародонта // Пародонтология. 2008. Т. 19-20. № 1-2. С. 24-27

4.Дмитриева Л. А. Современные аспекты клинической пародонтологии. – М.: Изд-во МЕДпресс, 2012. – 128 с.

5.Ипполитов Ю. А., Олейник О. И., Ипполитов И. Ю. Значение утраты тканевых биополимеров в развитии воспалительно-деструктивного процесса аутоиммунного генеза в тканях пародонта и кариеса цемента корня // Аллергология и иммунология. 2011. т, 12. № 1. С. 124-125.

6.Иванюшко Т.Л., Тер-Асатуров Г.П., Буданова Е.В., Хорошилова Н.В., Ганковская Л.В., Рогова М.А. Особенности микрофлоры полости рта и локальные факторы иммунитета у больных хроническим пародонтитом. // Материалы Всерос. научно-практич. конференции. – М., 2007. – С. 206-207.

7.Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: Мед. книга, 2012. – 300 с.

8.Лукиных Л. М., Круглова Н. В. Хронический генерализованный пародонтит. Ч. 1. Современный взгляд на этиологию и патогенез / Л. М. Лукиных // Со-

временные технологии в медицине. 2011. № 1. С. 123-125.

9.Лукиных Л.М. Роль и значение гигиены полости рта. // Учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 97 с.

10.Улитовский С. Б. Гигиена полости рта в пародонтологии. – М., 2016. – 267 с

11.Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта. – М., 2012. – 328 с.

12.Цепов Л. М. К вопросу об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. 2010. Т. 18. № 2. С. 9-15.

13. Цепов Л. М., Николаев А. И. Межсистемные связи при болезнях пародонта // Пародонтология. 2013. № 2 (27). С. 19-24.

14.Шапавалов В. Д. Роль иммунных и сосудистых реакций в патогенезе пародонтита: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. – М., 2012. – 23 с.

15.Armitage G. C., Robertson P. B. The biology prevention diagnosis and treatment of periodontal diseases: scientific advances in United States // J. Am. Dent. Assoc. 2009. Vol. 140. Suppl. № 1. P. 36-43.

16.Beck J., Loe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. // Periodontology. 2010. Vol. 25. P. 34-35.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОКРИСТАЛЛИЗАЦИИ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ ПРИ НЕДОСТАТКЕ ВИТАМИНА D У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Еловикова Т.М.[1], Саблина С.Н.[1], Григорьев С. С.[1], Кощеев А.С.[2]

[1]ФГБОУВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗРФ, Екатеринбург.

[2]ФГБОУ ВО Уральский Федеральный Университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, Екатеринбург

Актуальность. Витамин D (D-гормон; BD) обладает широким спектром биологических свойств и участвует в регуляции многих важных физиологических функций организма [6,8–10]. Нарушения содержания в крови BD (чаще обозначается как дефицит или недостаток) имеет негативные последствия и лежит в основе ряда видов патологических состояний и заболеваний человека [6, 8–10]. Гипо- и авитаминоз BD часто рассматриваются как причина деминерализации эмали, а в дальнейшем кариеса зубов, свидетельствует о риске возникновения заболеваний пародонта, о развитии гингивита, остеомиелита, воспалении слюнных желез и т.д. [6, 8–10]. В этом плане практический интерес представляет исследование смешанной слюны (СС) как одной из доступных биологических жидкостей организма. СС вырабатывается слюнными железами и секретируется в полость рта, участвует в обеспечении переработки и всасывании пищевых продуктов [1–5,7]. Установлено, что структурные изменения закристаллизованной СС могут служить диагностическими признаками ряда заболеваний [1–3]. Изменения, происходящие в организме человека при дефиците или недостатке BD, не могут не отразиться на состоянии СС, что важно в поддержании гомеостаза [1–6, 8–10]. Вышеизложенное определило цель нашего исследования.

Цель исследования. выявить особенности морфологической картины СС – типов ее микрокристаллизации (МКС) у молодых людей при дефиците или недостатке BD.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на кафедре терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, на кафедре моделирования управляемых систем УрФУ. Обследовано 24 пациента в возрасте от 18 до 25 лет (средний возраст – 22,75 лет; первая группа по ВОЗ) с диагностированным ранее гиповитаминозом BD [6]. Сформировано две группы (по 12 человек). В первой группе (основной) – больные с дефицитом (15,52±2нг/мл; группа 1А) и недостатком (26,02±2нг/мг; группа 1Б) BD. Во второй группе (группе сравнения) – практически здоровые пациенты с оптимальным уровнем BD (≥ 40 нг/мл) [6, 8].

Клиническое обследование включало: анализ жалоб и анамнестических данных, осмотр, определение индексов гигиены (по Грину-Вермильону, 1964), КПУ зубов, индекс CPI; типов МКС СС; заполнение карты стоматологического обследования [1, 3, 5–7].

Все пациенты полоскали полость рта дистиллированной водой, через 15 минут после этого проводили забор СС со дна полости рта при помощи предметного стекла и пинцета. Капля СС распределялась диаметром 10 мм на предметном стекле. Микропрепараты высушивались в одинаковых условиях: при температуре (22–23°С) и относительной влажности воздуха 58–60% в горизонтальном положении. Сравнительное исследование высушенных капель СС в виде тонких пленок проводилось через 24 часа с помощью микроскопа (бинокуляр типа МБС) в отраженном свете при малых увеличениях 7х8. Морфологическая картина СС оценивалась при осмотре всей площади высохших капель СС и последующего расчета среднего арифметического значения одного из 5 типов микрокристаллизации по качественным и количественным параметрам: форма

(наличие кристаллов, их величина, четкость и правильность рисунка, отсутствие кристаллопризматических структур, расположение органического вещества), размеры, количество [1–4, 7].

Результаты исследования обработаны с помощью методов математической статистики. Использован пакет прикладных программ «Statistica 6.0». Данные представлены в виде средних арифметических величин и стандартной ошибки среднего (M±m). Для установления достоверности различий использовалось t-распределение Стьюдента; различия достоверны при $p<0,05$ [2–5, 7].

Результаты и их обсуждение. При стоматологическом осмотре у всех пациентов диагностирован хороший уровень гигиены, ИГ составил 0,35±0,05 единиц. У большинства пациентов первой группы (58,3%%) выявлен высокий показатель КПУзубов - 28,12%± 6,2% единиц (преобладает показатель «П» - пломба), различия в группах 1А и 1Б статистически недостоверны ($p\geq0,05$). Это свидетельствует об интенсивности кариозного процесса. Различия значений КПУзубов в первой и второй группах достоверны ($p\leq0,05$). Показатель CPI у обследованных обеих групп – в оптимальном состоянии.

Анализ результатов МКС СС показал, что у пациентов первой группы диагностированы морфотипы – III-й (43%), IV-й (35%) и V-й (20%), не характерные для физиологического состояния («патологический» тип изменений; рис.1). III-й тип МКС характеризуется наличием кристаллов различной формы, расположенных равномерно в виде сеточки по всему полю, много органического вещества. IV-й тип - большое количество изометрически расположенных структур неправильной формы по всей площади капли (рис.2а). Для V-го типа характерно полное отсутствие кристаллов вполе зрения (рис.2б). У пациентов второй группы выявлены преимущественно морфотипы МКС СС – I-й (35%), II-й (54%) и III-й (10%), характерные для физиологического состояния (нормы), при этом различия в группах 1А и 1Б статистически недостоверны (рис.1). Напри-

мер, I-й тип МКС СС характеризуется четким рисунком крупных удлиненных кристаллопризматических структур, имеющих древовидную форму [3–5, 7].

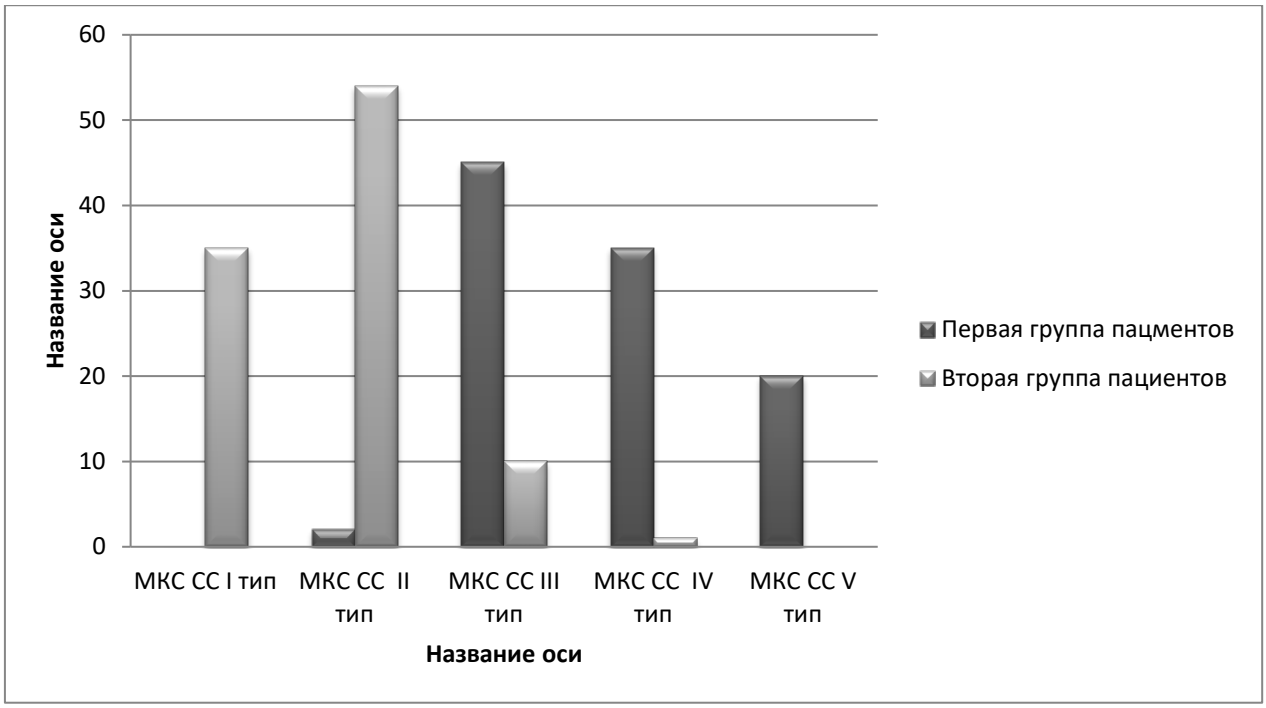
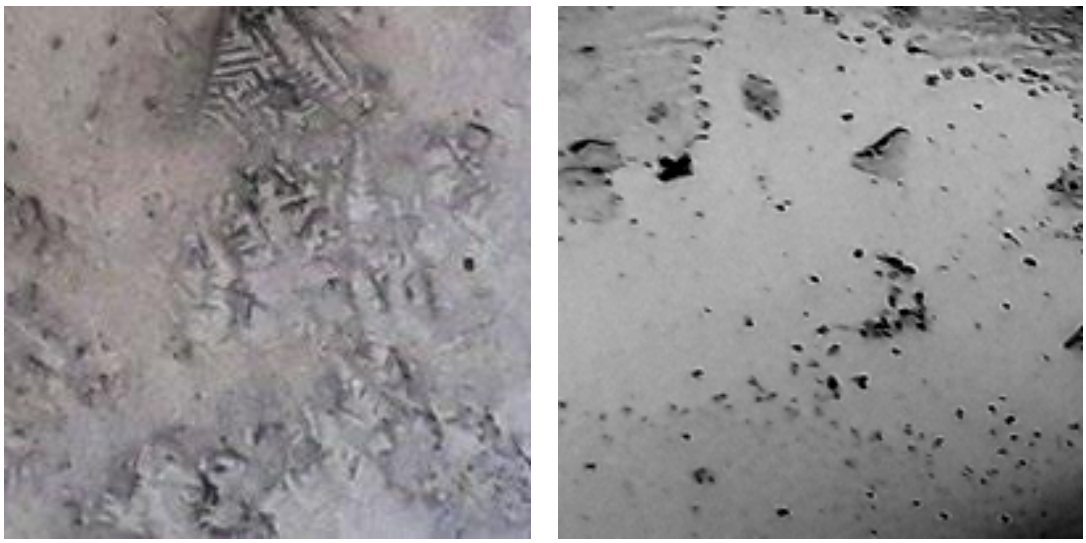


Рис 1. Процентное соотношение морфотипов МКС СС у пациентов



а б

Рис.2. Типы МКС СС: а- IV-й тип, б - V-й тип.

Выводы.

1. Выявлено влияние BD на морфологическую картину СС у молодых людей.

2. Определение степени МКС СС и изменение типов МКС, обусловленное химическим составом СС, информативный и недорогой метод, который позволяет проводить контроль за состоянием организма.

3. При дефиците или недостатке BD диагностирована трансформация типов МКС СС: при I-м типе – нормальная, при V-м типе – отрицательная оценка МКС СС и выраженная степень деструктуризации СС.

4. Появление морфотипов МКС СС – IV-ого и V-ого свидетельствует о «патологическом» типе изменений СС, ухудшении функций СС, создании условий для развития патологических процессов в полости рта.

Список литературы.

1. Еловикова Т.М., Карасева В.В., Жолудев С.Е., Скурихина Я.С., Мирсаев Т.Д. Характеристика параметров гомеостатических механизмов полости рта у молодых курильщиков табака // Уральский медицинский журнал. 2020. № 9 (192). С. 44–48.
2. Еловикова Т.М., Карасева В.В., Кощеев А.С. Характеристика параметров анизотропного структурообразования в смешанной слюне у пациентов со сложной челюстной патологией и хроническим пародонтитом // Бюллетень медицинской науки. 2020. № 4 (20). С. 16–19.
3. Elovicova T., Karaseva V., Skurihina Ya., Koshchev A., Yepishova A. Evaluation of non-specific resistance of the oral mucosa in tobacco smokers // Actual Problems in Dentistry. – 2020. – Т. 16. – № 1. – С. 30–34.
4. Еловикова Т.М., Молвинских В.С., Кощеев А.С. Характеристика морфологической картины смешанной слюны у курильщиков при пародонтите и интактном пародонте // В сборнике: современные достижения стоматологии. Сборник всероссийской научно-практической конференции с международным участием, «Комплексный подход к лечению патологии зубо-челюстной системы». Под ред. Л.М. Железнова. –2018. – С. 50–52.

5. Карасева В.В., Еловикова Т.М., Кощеев А.С. Оценка стоматологического статуса, контроля индивидуальной гигиены и качества жизни пациентов с дефектами челюстей в сочетании с медикаментозно ассоциированным остеонекрозом // Стоматология. – 2020. – Т. 99. – № 5. – С. 80–86.
6. Ноговицина А.А., Лашманова Е.П., Саблина С.Н., Еловикова Т.М., Григорьев С.С., Дорохина К.Р. Влияние D-витаминной недостаточности в организме на состояние полости рта молодых людей // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Материалы V Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне, 90-летию УГМУ и 100-летию медицинского образования на Урале. – 2020. – С. 247–252.
7. Саблина С.Н., Григорьев С.С., Еловикова Т.М., Дорохина К.Р., Кощеев А.С., Гостеева А.В., Асадуллаева Ж.С. Оособенности клинических проявлений заболеваний полости рта у вич-инфицированных пациентов в условиях терапевтического стационара // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2020. – № 2. – С. 118–128.
8. Саблина С. Н., Еловикова Т. М., Григорьев С. С., Хромцова О. М., Закроева А. Г., Епишова А. А., Карасева В. В., Мирсаев Т. Д., Дорохина К. Р. Роль витамина D в поддержании здоровья полости рта. Литературный обзор. // Проблемы стоматологии. – 2020. –Т. 16. –№ 4. – С. 5–10.
9. Gao W., Tang H., Wang D., Zhou X., Song Y., Wang Z. Effect of short-term vitamin D supplementation after nonsurgical periodontal treatment: A randomized, double-masked, placebo-controlled clinical trial // J. Periodontal Res. – 2019;45:1–9. doi: 10.1111/jre.12719.
10. Fominykh O., Khromtsova K., Dorokhina A. Problem of deficiency of vitamin D at adults and their children. World Congress on Osteoporosis. Ostheoarthritis and Musculo-skeletal Diseases, Paris, April 4–7. 2019:201944.

СИМУЛЯЦИОННЫЙ ЦЕНТР ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ»

Будайчиев М.Г., Эфендиев М.Н.

Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность.

Качество оказания стоматологической помощи напрямую зависит не только от теоретической подготовки, но и от наработки практических навыков студентами-стоматологами. Как и у первоклассников, у студентов стоматологов во время обучения формируется свой индивидуальный почерк в работе. Прописной тетрадью на этом этапе должно было послужить практико-ориентированный фантомный курс, который мог быть создан на базе Фантомного межкафедрального центра.

Цель исследования.

Известно, что одним из главных направлений в сфере высшего медицинского образования является необходимость значительного усиления практического аспекта подготовки будущих врачей при сохранении должного уровня теоретических знаний.

Материалы и методы.

На сегодняшний день существует множество педагогических технологий. Однако повышение эффективности обучения медицинских работников остается острой проблемой для преподавателей. Современная идеология подготовки специалиста-стоматолога диктует требования по созданию дополнительных структурных подразделений, непосредственно участвующих в процессе освоения практических навыков.

Появление фантомного симуляционного центра является необходимым направлением в учебном процессе для студентов, врачей-ординаторов, где на протяжении всего обучения они будут проводить отработку и закрепление мануальных навыков по разделам «Кариесология», «Эндодонтия», «Неотложная помощь на стоматологическом приеме», а также обучаются методикам удаления зубов, амбулаторным хирургическим манипуляциям, проведения клинических этапов изготовления несъемных и съемных зубных протезов, знакомятся с новейшими технологиями в стоматологии, в том числе имплантацией.

Основные задачи центра:

– реализация образовательных программ додипломного и постдипломного образования по всем разделам дисциплины «Стоматология»;

– разработка учебно-методических комплексов по обучению конкретным практическим навыкам в рамках образовательных стандартов;

– осуществление материально-технического обеспечения учебного процесса;

– контроль за соответствием полученных практических навыков;

– взаимодействие с сотрудниками профильных кафедр, привлечение их для работы в центре, а также при создании учебно-методических комплексов.

На этапах обучения студенты проходят доклиническую теоретическую подготовку по специально разработанному курсу терапевтической, ортопедической, хирургической стоматологии и стоматологии детского возраста. После этого студенты переходят в фантомные классы для освоения практических навыков.

В фантомном центре обучение проводится в течение семестров (период преподавания дисциплины «стоматология» на различных кафедрах и включает в себя занятия в фантомном центре не менее одного раза в семестр по каждому разделу дисциплины). По окончании симуляционного обучения стоматологических дисциплин на фантомном курсе, теоретическая подготовка и практические

навыки студентов оцениваются на трехэтапном экзамене (компьютерное тестирование, собеседование, оценка мануальных навыков).

Результаты и выводы.

В свою очередь стоматологический центр освоения практических навыков должен включать:

– мультимедийные аудитории с возможностью прямой трансляции сложных стоматологических вмешательств;

– симуляционные классы для отработки навыков разной сложности;

–участие специалистов, профессоров и доцентов стоматологических кафедр для разбора сложных клинических ситуаций;

– центр ролевых и ситуационных интерактивов, включающий оборудование для оценки умений без влияния человеческого фактора (виртуальные стоматологические симуляторы);

Достоинством межкафедральных центров является возможность минимизации дублируемого оборудования при выполнении практических навыков из различных разделов дисциплины «Стоматологии». Таким образом, основной упор при разделении фантомных классов делается на назначение: додипломное образование или постдипломное образование. Количество оборудования будет варьироваться и зависеть от числа обучающихся на каждом курсе. Количество аудиторий обусловлено числом групп, одновременно занимающихся по данному направлению.

Как показывает опыт работы, симуляционные центры обязательно должны быть автономными и иметь свой кадровый потенциал. Включение центра в состав какой-либо кафедры может привести к однобокости его использования и недофинансированию, в то же время, если говорить о преподавательском составе, то в штатном расписании вузов нет должности «преподаватель центра», есть только преподавательский состав кафедр, в результате в центрах прихо-

дится работать преподавателям кафедр, что не позволяет быть полностью самостоятельным подразделением. Педагогический состав должны быть из сотрудников центра, и под них необходимо выделять ставки.

Таким образом, организация фантомного обучения на стоматологических кафедрах, в совокупности с производственной практикой по стоматологическим специальностям является важным предметом для более глубокого ее изучения без вреда пациенту и объективной оценки достигнутого уровня профессиональной подготовки каждого специалиста, для снижения стресса при первых самостоятельных манипуляциях в клинических условиях и для неограниченного числа повторов отработки практических навыков.

Список литературы.

1. Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Порошин А.В. Роль симуляционного обучения в системе подготовки врача-стоматолога на примере фантомного центра волгоградского медицинского университета // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3-1. – С. 126-128;

2. Мурашко М.А., Шарикадзе Д.Т., Кондратьев Ю.А. Современные подходы к качеству медицинской помощи // ОРГЗДРАВ. – 2016. – № 2(4). – С. 37–43.

СТОМАТОЛОГИЯ ОТ КАМЕННОГО ВЕКА ДО НАВИГАЦИОННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Будайчиев М.Г., Расулов И.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

На протяжении длительного времени, дантисты боролись только с болью, которую испытывал человек из-за болезней зубов. Эстетическая компонента учитывалась постольку поскольку, а о психологическом здоровье пациента и вовсе никто не задумывался. Что изменилось с тех пор?

Современные передовые стоматологи и технологии придерживаются принципов комплексной реабилитации пациентов. Основные цели данного подхода — восстановление жевательных функций, положительный эстетический эффект от стоматологического вмешательства и сохранение духовного спокойствия человека, его уверенности в себе. Но так было не всегда…

Согласно исследованиям ученных, почти у 100% населения земли есть кариозное повреждение зубов. Главная причина развития этого заболевания — изобилие углеводов в рационе человека. Ученые считают, что кариес стал проблемой для людей при переходе от собирательства и охоты к сельскому хозяйству. В те далекие пещерные времена как раз и зародилась стоматология.

Археологические открытия показали, что человечество начало лечить зубы 14 тысячелетий назад. Первая известная в мире пломба была поставлена в эпоху верхнего палеолита.

Большинство древних племен использовало травы и корни растений для снятия зубной боли. Уже в первом тысячелетии до нашей эры предки римлян, этруски, делали зубные протезы и вставляли людям зубы животных. С течением времени создавались стоматологические инструменты: специальные щипцы и свёрла. В Древнем Египте зародилась зубная гигиена, в частности, была при-

думана зубная паста. Древние римляне отбеливали зубы с помощью смесей, в состав которых входила мочевина. Три тысячи лет назад в Китае появились прототипы современных зубных щеток.

Древние времена протезирование практиковалось в Египте: 7 тысячелетий назад там делали мосты (зубной протез, который крепится на соседние здоровые зубы, при этом замещая удаленный зуб — закрепляя протез на золотых цепях между соседними зубами. Если человек терял все зубы, древнеегипетские дантисты могли сделать ему вставную челюсть из дерева. Такие находки делали археологи, изучая наследие египетских пирамид.

Если зуб болел, то его чаще всего вырывали, причем делал это не врач, а цирюльник или какой-нибудь другой ремесленник. Во время удаления зуба пациент чаще всего лежал на столе или сидел на полу, пока зубодер делал свое дело. Зубы вырывали больно и без лишних сантиментов.

В XVIII веке благодаря французскому дантисту Пьеру Фошару пациентов наконец-то усадили в кресло. Фошар положил начало гуманному протезированию, ортодонтологии (исправлению прикуса). Он назначал приемы в своем кабинете. Известный дантист не ездил на вызовы, так как во время операций и медицинских манипуляций использовал различное оборудование и инструменты.

В 1875 году был создан самый главный и самый страшный для пациентов стоматологический инструмент — бормашина.

Развитие стоматология в Российской империи проходило под влиянием западных веяний. В 1880-х годах в Санкт-Петербурге и в Москве появляются первые в стране школы, в которых готовят дантистов. В 1910 году начинают открываться зубоврачебные кафедры при университетах.

В середине XX века главный прорыв в стоматологии совершил ученый из Швеции Пер-Ингвар Бранемарк. Научные исследования Бранемарка заложили

основы имплантологии. В 1960–1970-х годах ученые занимались совершенствованием конструкций зубных имплантов. В 1980-х благодаря исследованиям Национального управления по аэронавтике и исследованию космического пространства (НАСА) были найдены металлические сплавы, которые со временем приобрели широкое распространение в стоматологии и позволили реализовать многие из идей Бранемарка на практике.

Имплантацию зубов можно считать самым главным достижением стоматологии в XX веке. По сути, импланты — это зубы, воссозданные в естественном виде. Их установка препятствует атрофии костной ткани, деформации десны. Импланты возвращают человеку полноценную жевательную функцию, при этом остальные зубы не страдают от излишнего давления или обточки, как это случается при установке моста. Другие формы зубных протезов требуют замены через определенные периоды, импланты служат более 20–25 лет.

Сегодня, если у пациента на челюсти нет большинства зубов, стоматолог предлагает решение в формате all-on-4 («всё на четырех») или all-on-6 («всё на шести»). Эти два метода являются практичным, надежным и довольно доступным решением.

При выборе варианта all-on-4 пациенту вживляется четыре импланта: два импланта устанавливаются на место передних зубов и два — на место жевательных. Благодаря высокому качеству материалов и запатентованной технологии, четыре импланта способны удерживать на себе конструкцию, которая заменяет всю челюсть. Имплантация all-on-6 аналогична предыдущему методу, только вместо четырех вживляется шесть имплантов.

В современных стоматологических кабинетах установка имплантов базальным методом стала практически безрисковой благодаря навигационной имплантации.

Перед установкой имплантов базальным методом пациенту делают компьютерную томографию челюсти. На основании полученных снимков осуществляется построение 3D-модели с точками и углами прокола в челюсти. Все расчеты производятся компьютером при помощи специальной программы. В результате создается навигационная модель — специальный шаблон с отверстиями.

Наращиванию тканей, или регенерации тканей, следует уделить особое внимание. Данный подход уже сегодня широко используется в процессе установки имплантов. Чаще всего стоматолог прибегает к наращиванию костных тканей, если кость челюсти тонкая от природы или же серьезно атрофирована из-за долгой дисфункции (вырванные зубы, мосты и т. п.).

Эффективно заменить или починить зубы сегодня способна ортопедическая стоматология. Это направление развивается наравне с имплантацией и приходит на помощь на ранних этапах болезней зубов или когда имплантация по тем или иным причинам невозможна, недоступна или нежелательна. В ортопедической стоматологии используются современные биологически нейтральные материалы, которые удлиняют жизнь коронкам, мостам и различным видам съемных протезов.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИОСЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПУТЕМ НЕОПЕРАТИВНОГО УСТРАНЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ОЧАГА

Кажлаев Ю.Н., Горячев Н.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Казань

Актуальность. Согласно современным представлениям общеизвестно, что осложнения различных стоматологических манипуляций в ряде случаев могут привести к тяжелым общесоматическим последствиям [6,7]и значимую роль среди таких осложнений занимают заболевания микробного генеза [3], поэтому знание особенностей этио-патогенеза, направленное на профилактику септических состояний и заболеваний после лечебно-диагностических манипуляций, в том числе и пародонтологических, остается на сегодняшний момент весьма актуальной общемедицинской задачей.

На сегодняшний день в качестве источника очагово-обусловленных заболеваний называют большую часть встречающихся в полости рта патологических состояний- определенные хронические воспалительные заболевания получили признание, как реальные очаги, обуславливающие развитие широкого круга различных заболеваний внутренних органов [5,6]. В ряду заболеваний полости рта, патогенное действие которых общепризнанно и сомнений не вызывает, существенная роль отводится хроническим воспалительным заболеваниям пародонта [3,4].

Несмотря на то, что хронический пародонтальный очаг признается как хорошо дренируемый [2], исследователи придерживаются взглядов об высокой патогенности такого очага и связано это в первую очередь с образованием пародонтальных карманов с известным многообразием наличествующей микро-

флоры как в качественном, так и количественном аспектах [1,4], устранение каковых предусматривает комплексное лечение, вне зависимости от конкретной нозологии заболевания пародонта. Известно, что наряду с традиционным (хирургическим), для этой цели предлагается и неоперативный путь. Имеющиеся данные касаются эффективности собственно устранения пародонтальных карманов, влияние же неоперативного варианта терапии пародонтального очага на так называемое, очаговое, действие не известно. Роль и значение устранения пародонтального очага в виде пародонтального кармана на организм практически здорового и отягощенного очагово-обусловленными заболеваниями изучены крайне недостаточно.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности устранения пародонтальных карманов и связанных с этим показателей иммунного статуса организма в динамике.

Материал и методы исследования. Было проведено лечение у 61 больного путем устранения 189 пародонтальных карманов. О состоянии иммунобиологической реактивности организма судили путем определения активности лизоцима сыворотки крови, смешанной и паротидной слюны (В.Г.Дорофейчук, 1968), концентрации иммуноглобулинов G, A и M (Mancini, 1965), уровня циркулирующих иммунных комплексов и сенсибилизации организма к гемолитическому стрептококку и стафилококку. Для устранения пародонтальных карманов применяли метод склерозирующей терапии, которую использовали как самостоятельно, так и в качестве воздействия, завершающего оперативное вмешательство (гингивоэктомия, кюретаж различных модификаций) и обеспечивающего благоприятное послеоперационное течение и заживление. Склерозирующую терапию проводили 2-мя путями – инъекционным и неинъекционным. При выборе метода устранения пародонтальных карманов критериями служили глубина и состояние десневой стенки, выраженность резорбции аль-

веолярной кости и ее равномерность. Пародонтальные карманы глубиной до 4,0 мм устраняли неинъекционным путем, при глубине карманов 4,0-7,0 мм, а также при выраженной гипертрофии межзубных сосочков использовался инъекционный путь склерозирующей терапии.

Результаты исследования. В результате проведенного клинико-лабораторно исследования установлено, что после неоперативного устранения пародонтальных карманов имели место благоприятные изменения показателей состояния краевого пародонта- уменьшение индексов ПМА, Рамфьерда, ГИ, глубины карманов и количества кревикулярной жидкости. Так, до лечения глубина карманов составляла в среднем 6,8±0,9 мм, после лечения она уменьшилась до 3,2± 0,4 мм ($P < 0,05$), индекс ПМА с 62,4 ±3,1%, до лечения, снизился до 19,3±4,2% после лечения ($P < 0,01$), а индекс Рамфьерда с 4,09±0,5 до 2,22±0,5, соотвественно,($P < 0.05$). Количество кревикулярной жидкости уменьшилось в среднем с 2,8 мкл до 0,6 мкл. Гигиенический индекс снизился с 3,4±0,4 баллов до 2,1±0,5 балла. На рентгенографических исследованиях не обнаруживались признаки прогрессирующей деструкции и снижения высоты межальвеолярных перегородок и отмечались признаки их уплотнения.

Изучение динамики показателей иммунного статуса до и после склерозирующего лечения позволило установить, что после неоперативного устранения пародонтальных карманов наблюдаются достоверно выраженные благоприятные изменения иммунобиологического состояния организма- повышение активности лизоцима сыворотки крови, смешанной и паротидной слюны, концентрации иммуноглобулинов, снижение уровня циркулирующих иммунных комплексов, а также микробной сенсибилизации (рис.1, рис.2, рис.3)

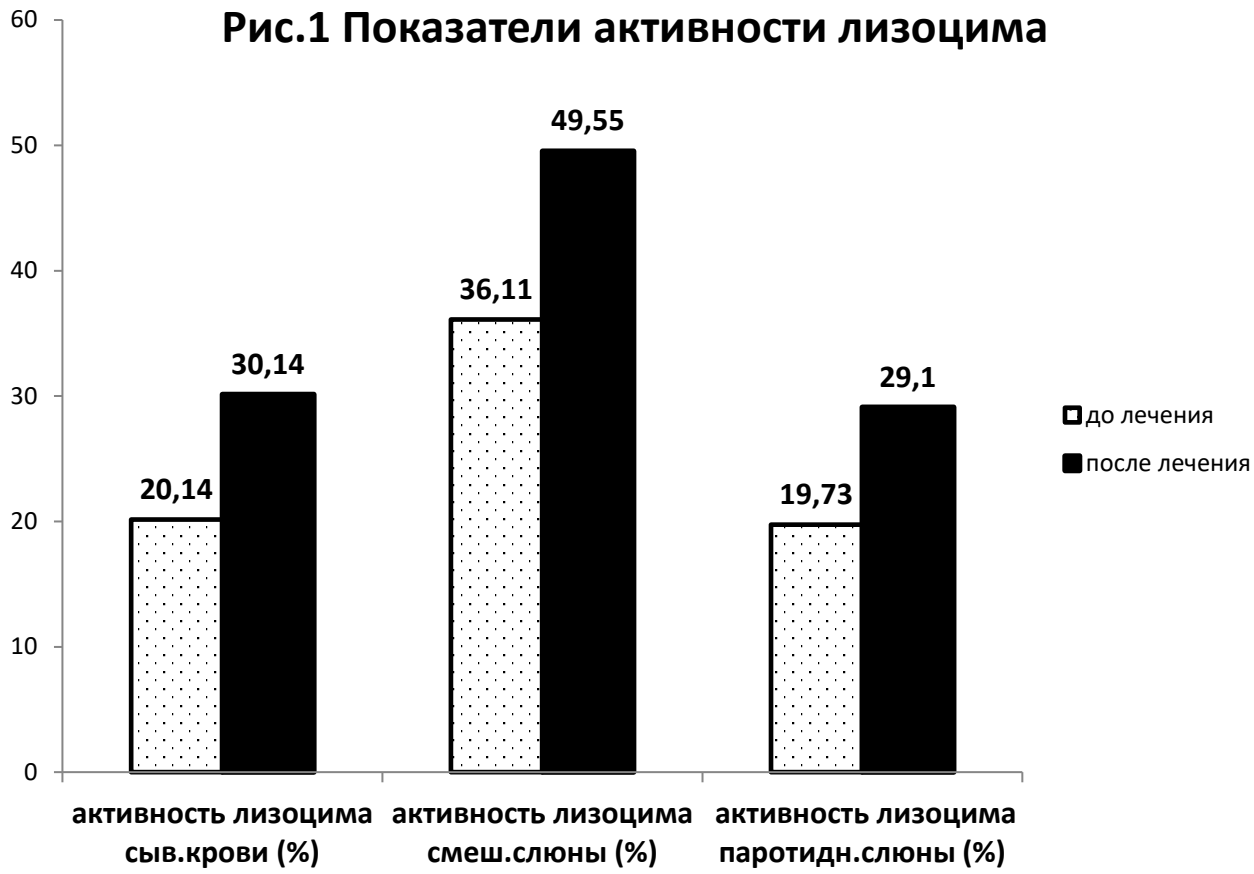


Рис.1 Показатели активности лизоцима
60
50
40
30
20
10
0
20,14
30,14
36,11
49,55
19,73
29,1
до лечения
после лечения
активность лизоцима сыв.крови (%)
активность лизоцима смеш.слюны (%)
активность лизоцима паротидн.слюны (%)

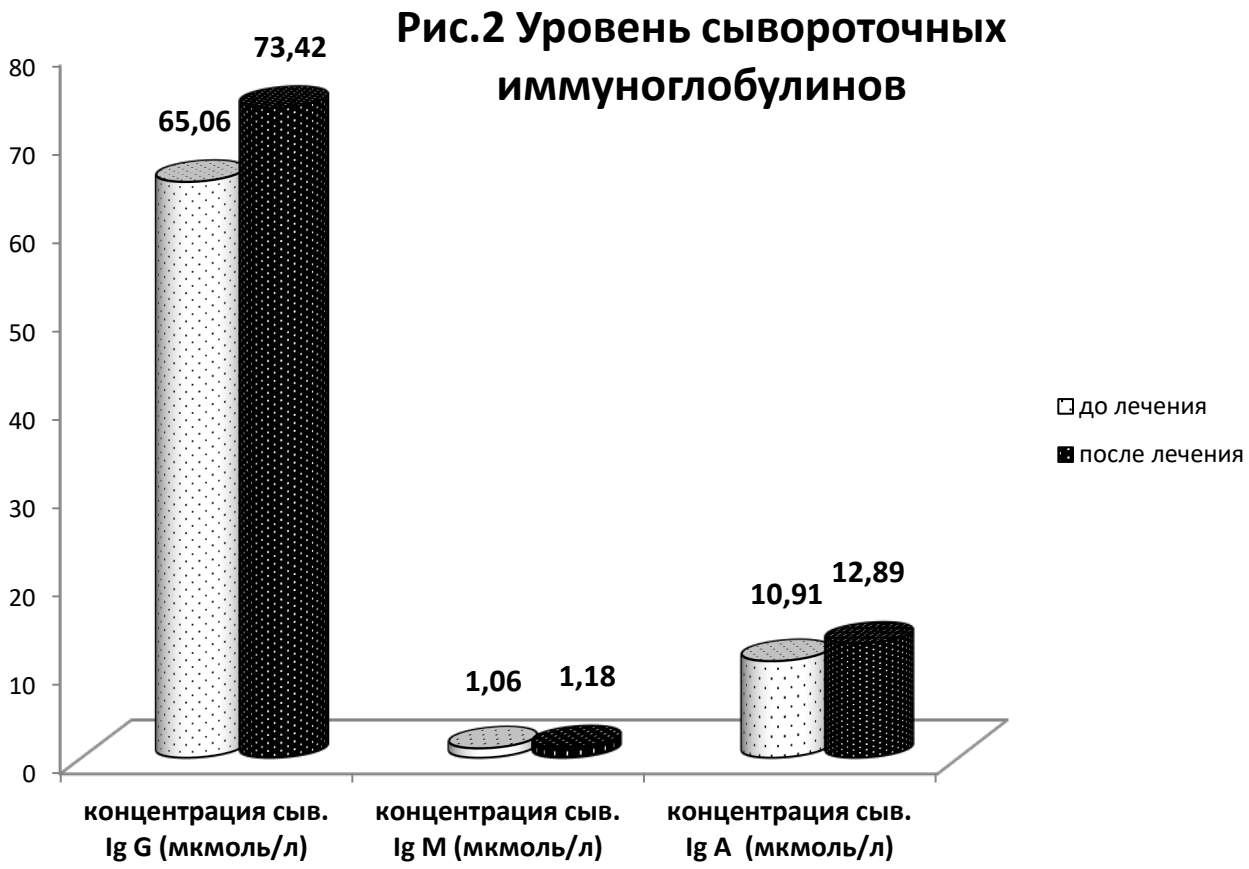
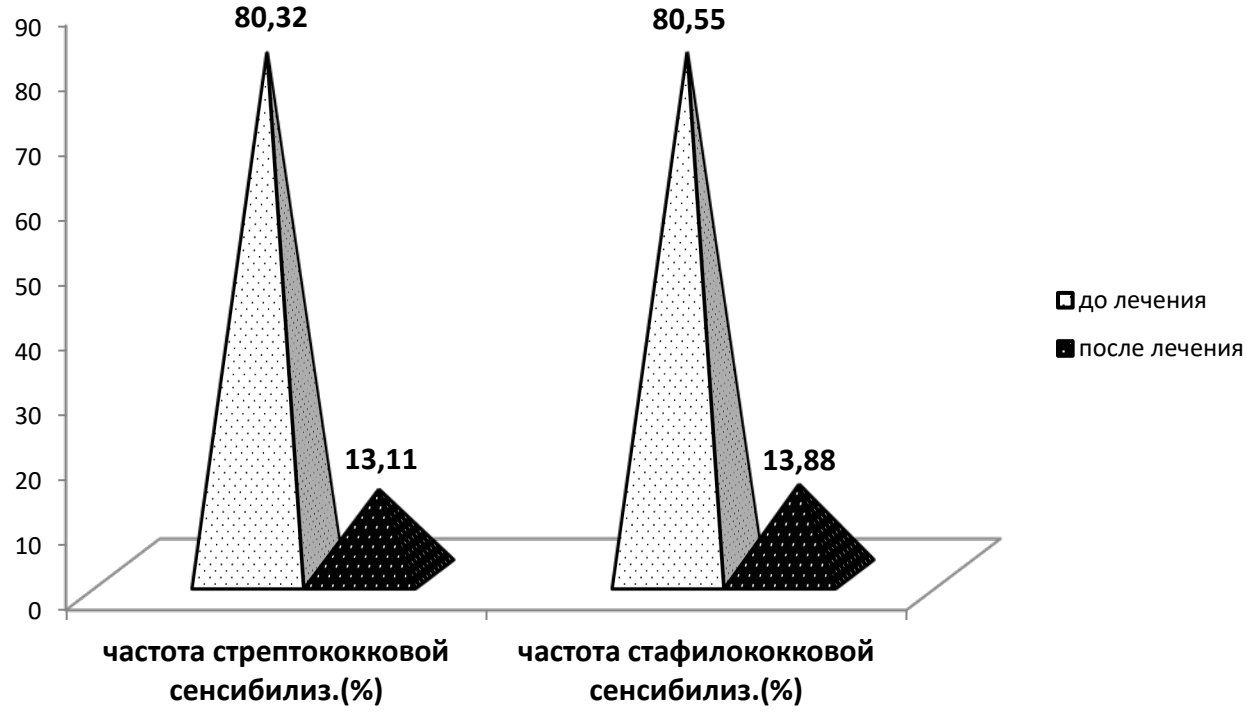


Рис.2 Уровень сывороточных иммуноглобулинов
80
70
60
50
40
30
20
10
0
65,06
73,42
1,06
1,18
10,91
12,89
до лечения
после лечения
концентрация сыв. Ig G (мкмоль/л)
концентрация сыв. Ig M (мкмоль/л)
концентрация сыв. Ig A (мкмоль/л)

Рис.3 Динамика частоты сенсибилизации



Полученные результаты различались достоверно в различной степени. Уровень циркулирующих иммунных комплексов претерпел аналогичные изменения – с 53,51±6,38 мкг/мл до лечения, до 20,49±5,16 мкг/мл после проведенной терапии (P< 0,001).

Выводы. Результаты проведенного клинико-лабораторного исследования свидетельствуют о том, что с ликвидацией пародонтального кармана возможно купирование и присущего ему очагового общеорганизменного действия. Установлено, что ликвидация пародонтального кармана или его значительное уменьшение приводит к выраженным благоприятным изменениям показателей иммунного статуса. Иными словами, результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности комплексного (в значительной части неоперативного) устранения пародонтальных карманов ,что приобретает особую значимость в свете современных представлений о нежелательности оператив-

ных вмешательств на пародонте, в частности, при известных очаговообусловленных заболеваниях и иммунодефицитных состояниях.

Список литературы

1.Воложин А.И.,Сашкина Т.И.,Савченко З.И. Иммунитет, типовые формы его нарушения и принципы коррекции /Метод.пособие по патфизиологии и иммунологии.-М.,1995.-100 с.

2.Иванов В.С. Заболевания пародонта.-М., Медицина, 1989.-272 с.

3. Иорданишвили, А. К., Новицкий, В. А. Синдром хронической стоматогенной очаговой инфекции и интоксикации организма / Дифференциальная диагностика внутренних болезней и типичные диагностические ошибки врача-терапевта : руководство для врачей. // Санкт-Петербург : СпецЛит, 2002. -Гл. 3.-с. 256-265.

4.Овруцкий Г.Д. Стоматогенный очаг и очаговообусловленные заболевания //В сб.: Клиника,диагностика,лечение и профилактика воспалительных процессов челюстно-лицевой области.-Свердловск,1988.-с.82-85.

5.Овруцкий Г.Д. Стоматогенный очаг и его устранение.-Казань,1990.-80 с.

6. Овруцкий, Г. Д. Хронический одонтогенный очаг : учебное пособие / Г. Д. Овруцкий.- Москва : Медицина, 1993.- 144 с

7. Сафиуллина, А. М. Развитие транзиторной бактериемии после стоматологических вмешательств у больных с различным состоянием иммунной системы: Автореф. : дис. … канд. мед. наук .-Казань, 1996.- 21 с.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ТЕРМОРЕЗЕКЦИИ ГУТТАПЕРЧЕВЫХ ШТИФТОВ С ПОДСВЕТКОЙ.

Кажлаев Ю.Н.

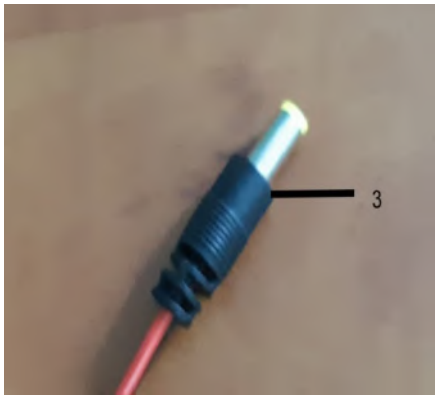
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Актуальность. Эндодонтические вмешательства на современном этапе предполагают использование в качестве корневых обтураторов различных силер-филлерных композиций, в свою очередь, включающих, как правило, гуттаперчевые штифты в различных формах в качестве первично твердотельного носителя[2,3]. Резекция избытков гуттаперчевых штифтов после пломбирования корневых каналов (как методом одного центрального штифта, так и способом латеральной холодной конденсации, а также термафилов с пластиковым стержневым носителем) в полноценно приборно-оснащенных кабинетах – в отличие от широко используемого повсеместно метода обрезки с помощью нагреваемой на пламени спиртовки гладилки[3,4] - предусматривает использование специальных приборов, основанных на нагреве вольфрамового электрода с аккумуляторным (перезаряжаемым) источником питания. Существующие массово выпускаемые промышленностью приборы ввиду малой мощности, достаточно быстрой деградации аккумуляторов с естественным ограничением циклов зарядки и разрядки и отсутствия подсветки операционного поля в условиях слабой освещенности, не всегда позволяют провести полноценную одномоментную резекцию и конденсацию гуттаперчи, выступающую из корневых каналов после обтурации, в том числе и на пластиковом носителе (термафилы).

Цель исследования. Повышение клинической эффективности проведения этапа супраустьевой резекции гуттаперчи путем разработки устройства с сетевым источником питания и подсветкой операционного поля.

Результаты исследования. В этой связи разработано устройство [1], имеющее трансформаторный блок питания (1), снабженный подсвечиваемой клавишей включения в сеть и индикаторным светодиодом , а также разъемом (2)для подключения через штекер (3) соответствующего активного наконечника, представляющего собой ,в свою очередь, полипропиленовую (диэлектрическую) трубку (4), которая снабжена прерывателем питания в виде микрокнопки (5) и керамической термостойкой керамической контактной накладкой на торце (6), имеющей гнезда (7) для подключения высокотемпературной вольфрамовой дуги (8), а также яркие светодиоды белого свечения (9) в количестве 4 штук (2 шт на торце керамической термостойкой накладки по бокам высокотемпературной дуги на расстоянии 4 мм в имеющихся нишах и 2 в нижней части пластиковой трубки (4), расположенные под углом 45 градусов к продольной оси держателя (4).Светодиоды подсветки запараллеленны с контактами нагревательного элемента и соответственно, включаются одновременно с таковым, обеспечивая достаточное, для проведения соответствующей процедуры резекции, освещение операционного поля, расположенного в глубине полости зуба в области устьев корневых каналов и , как правило, очень слабоосвещенное. Мощность нагрева дуги достаточна для полноценной обрезки гуттаперчевых штифтов без опасности их элиминации (извлечения) из запломбированных каналов, иногда встречающейся при использовании штатных промышленных приборов, в частности Gutta Cat, Gutta Cutter и др.,что позволяет с высокой эффективностью провести эту процедуру на завершающих этапах эндодонтического лечения. Устройство просто в изготовлении, эргономично, высокоэффективно, предусматривает использование широко доступных компонентов при своем изготовлении.

Рис.1 Рис.2



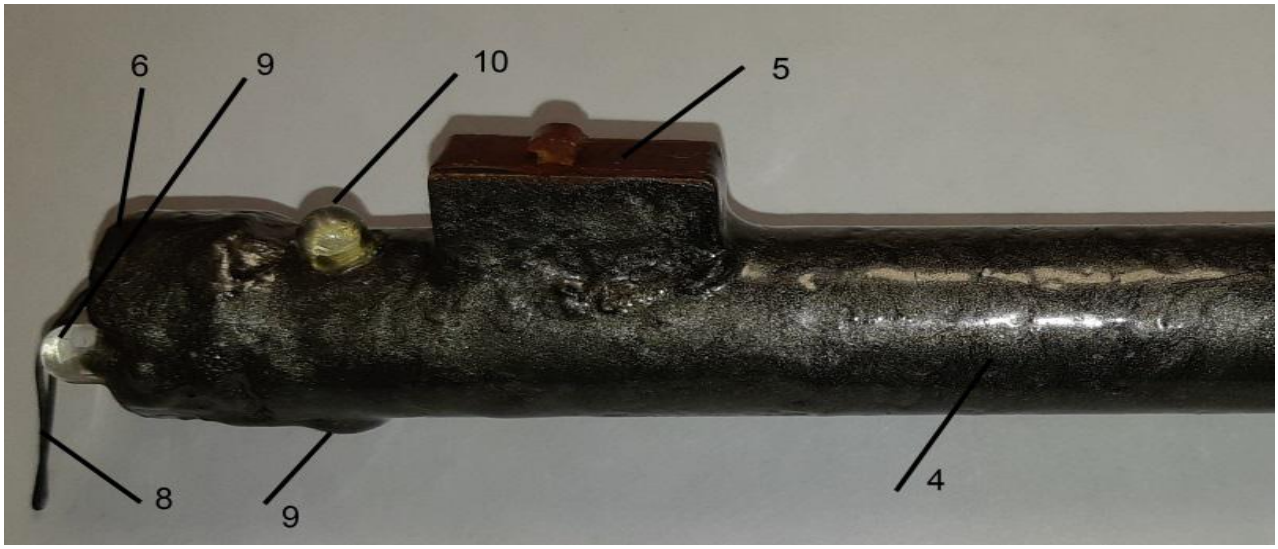


Рис.3

Выводы. В практике терапии пульпо-периодонтальной патологии безусловное использование гуттаперчевых штифтов на завершающих этапах в качестве филлерной (первично-твердой) составляющей корневых наполнителей является необходимым условием , а зачастую и обязательным требованием стоматологических ассоциаций в большинстве развитых стран. В этой связи, повышение эффективности их применения представляется важной задачей клинической эндодонтии. Предлагаемое устройство позволяет в короткие сроки, с учетом достаточной мощности нагрева дуги, сопровождаемого, к тому же, ярким освещением рабочего поля с помощью светодиодов белого спектра свечения, значительно сократить время, повысить качество и эргономику проведения

этапа резекции излишков гуттаперчевых штифтов после пломбирования корневых каналов , что позволяет рекомендовать его использование в повсеместной практике врачей-стоматологов, предполагающей применение методов эндодонтической обтурации силер-филлерными композициями (как методом центрального штифта, так и латеральной холодной конденсации, а также термафилами).

Список литературы.

1. Кажлаев Ю.Н., Фаталиева А.З. Терморезектор гуттаперчевых штифтов с подсветкой// Удостоверение на рационализаторское предложение №19-541, выданное ДГМУ.

2. Лукиных Л.М., Лившиц Ю.Н. Верхушечный периодонтит/ Учебное пособие.-Н. Новгород, из-во НГМА, 1999.-92 с.

3. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: Учебн. пособие.-М., МЕДпресс-информ, 2008.- 960 с.

4. Хоменко Л.А., Биденко Н.В. Практическая эндодонтия.-Киев.: Книга плюс, 2002.- 216 с.

ПАРНО-ЛИНЕЙНОЕ ШИНИРОВАНИЕ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШТИФТОВО-КОМПОЗИТНОЙ КОНСТРУКЦИИ

Кажлаев Ю.Н.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность. В комплексном лечении заболеваний пародонта, встречаемость которых весьма высока и составляет в отдельных возрастных группах от 80 до 95% [12,13] , нашли применение постоянные стоматологические фиксирующие шины разной конструкции, изготовленые из соответствующих материалов [1, 2,3, 4]. Этот этап лечения, включающий мероприятия по стабилизации зубного ряда при помощи различных видов шинирующих конструкций, имеет, согласно многочисленным клинико-экспериментальным исследованиям, существенное значение в комплексной терапии заболеваний пародонта, сопровождающихся подвижностью зубов [5,9]. . При этом преследуются цели распределения нагрузочных усилий на зубо-альвеолярную систему на длительный период функционирования конструкции [3, 5]. В свою очередь, значительный срок эксплуатации шины может быть обусловлен высокими физико-механическими и химическими характеристиками материала изготовления. Для устранения существующих недостатков идет поиск альтернативных методов шинирования и их усовершенствование с использованием современных технологий и материалов [2,4, 5,6,11] с целью достижения высокой долговременной прочности в условиях существующей дисфункциональной перегрузки [2,4, 9] . Для изготовления шин в качестве основных компонентов используются современные композиционные материалы, как правило с различными вариантами армирования [6,11,14,15].

Поиск оптимальных вариантов армирования композитных линейных шин, применяемых при парной иммобилизации в комплексной терапии пародонтита,

в том числе локализованной формы, несмотря на значительный опыт исследований , остается актуальной проблемой современной стоматологии, предусматривающей комплексный подход к выбору материала и способа изготовления соответствующих иммобилизационных конструкций.

Целью настоящего исследование явилось повышение эффективности комплексного лечения заболеваний пародонта путем усовершенствования методики и комбинации материалов для парно-линейного шинирования зубов при их подвижности путем улучшения характеристик за счет стекловолоконно-штифтового армирования композита..

Результаты исследования В этой связи несомненный интерес представляет предложенная композитная шина с органично включенным армирующим элементом в виде отрезка стекловолоконного штифта[10]. Благодаря модулю эластичности стекловолоконного штифта, схожим с дентином зуба, функциональная нагрузка при термо-механических воздействиях на шину распределяется равномерно, как в монолитной структуре. Единство штифта с твердыми тканями зуба (сходный с дентином модуль эластичности), высокие прочностные характеристики, использование той же органической матрицы , что и у светополимеризующихся композитов, при их изготовлении, обеспечивают создание монолитной стекловолоконно-композитной шинирующей конструкции, улучшая равномерность принимаемой жевательной нагрузки. Немаловажным является механизм фиксации армирующего конструкционного элемента в композитной массе- металлические штифты основаны на достаточно грубом , без надежного сцепления, механическом сцеплении, а стекловолоконные- на микромеханической и химической адгезии с однородным материалом (схожая органическая матрица стекловолоконного штифта и композиционного материала).

Методика изготовления и фиксации. Предварительно проводят профессиональную гигиену полости рта и ,при необходимости, местную противовоспалительную терапию. При шинировании в области передних зубов с оральной (небной или язычной) поверхности или задней группы зубов (на жевательной поверхности), алмазным турбинным бором делают паз округлой или цилиндрической формы в участках коронки зуба на глубину, безопасную с позиций сохранения безопасного расстояния до полости зуба, в зависимости от диаметра применяемого штифта с учетом его последующего полного погружения в композит, и длиной 2-3 мм.

Подгоняют отрезок стекловолоконного штифта диаметром 1-1,2 мм путем отсечения необходимого размера алмазным турбинным бором или алмазным диском в зависимости от индивидуальных анатомо-топографических особенностей (групповой принадлежности зубов, длины образованных полостей и пр.). Наносят травильный состав (гель или жидкость) на 30 секунд на эмаль и 15 секунд на дентин в соответствии с принципами тотального травления, смывают травильный материал водой в течении 30секунд и высушивают подготовленные поверхности до степени увлажненного искрящегося дентина , матовости и белесоватости эмали, в том числе, и в участках прилегания к полости на 1-2 мм в соответствие с существующими общепринятыми рекомендациями.

После нанесения праймер-бондинговой системы в соответствие с инструкцией производителя с последующим высушиванием струей воздуха, производят засвечивание светополимеризационной лампой. Вносят в образованные полости смежных зубов слой жидкотекучего гелиокомпозита, в который погружают предварительно подготовленный отрезок штифта (травление кислотой или обработка пескоструйным способом - Air Flow, нанесение адгезива, светополимеризация) , светополимеризуют с помощью гелиолампы в течение времени, рекомендованного производителем для данной разновидности и цветовой гаммы

композита . Последующее восстановление дефекта проводят с использованием послойного внесения композита с удалением излишков материала путем сошлифовывания и окончательного полирования с помощью алмазных боров различной зернистости, шлифовальных гибких дисков и резиновых абразивных головок . Таким образом проводят попарную линейную иммобилизацию смежных зубов различной протяженности в зависимости от требуемых клинических задач (рис.1).

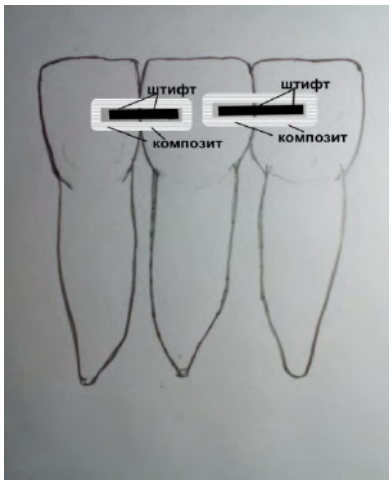


Рис.1

Выводы. Таким образом, использование стекловолоконных технологий, связанных с применением для армирования композита как ленточных , так и жестких (штифтовых) конструкций в современной клинике представляется актуальным направлением, направленным на поиск наиболее функциональных способов в иммобилизационной составляющей комплексного лечения болезней зубов и пародонта, в частности, сопровождающихся подвижностью зубов.

В этой связи предлагаемая конструкция в виду своей доступности, легкости в изготовлении, высокой клинической эффективности , надежной иммобилизации при вертикальной и горизонтальной жевательных нагрузках, а также эстетичности , с учетом применения сходных по химико-физическим характери-

стикам компонентов шины (стекловолоконный штифт-композит), образующим единое функциональное целое на химическом уровне (сходная органическая матрица) , может служить вариантом оптимального выбора парного шинирования при подвижности зубов различного генеза для повышения эффективности комплексного лечения заболеваний пародонта, сопровождающихся патологической подвижностью зубов

Список литературы

1.Акулович А. В., Орехова Л.Ю. Современные методики шинирования подвижных зубов в комплексном лечении пародонта. //Новое в стоматологии, 1999. – № 4. – С. 25–31.

2. Акулович А.В. Адгезивные системы в пародонтологии // Пародонтологня. – 2009. – № 2. – С. 26-33

3..Белоклицкая Г. Ф., Лузина О.В. Шинирование подвижных зубов и восстановление включенных дефектов зубныхрядов в комплексном лечении генерализованного пародонтита . //Совр. стоматология, 2004. – № 2. – С.64–65.

4. Бронников О.Н. Клинико-функциональная сравнительная оценка методов шинирования у больных хроническим генерализованным пародонтитом: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2005. – 23 с.

5. Гулуев Р. С. Оценка эффективности применения адгезивноволоконных материалов для временного шинирования в комплексном лечении хронических пародонтитов: автореф. дисс. … канд. мед. наук. Нижний новгород, 2013. 23 с.

6. Дворникова Т. С. Волоконное армирование в повседневной клинической практике. Часть 1. Пародонтальное шинирование // Институт стоматологии. 2009. № 3. С.1-3.

7. Жолудев С.Е., Гольдштейн Е.В., Шустов Е.Л. Избирательное пришлифовывание и шинирование зубов как звено в комплексном лечении пародонтита // Ин-т стоматологии, 2004. –№1. – С. 80-81.

8. Жолудев С.Е., Делец А.В. Обоснование применения различных шинирующих конструкций при атрофических процессах в тканях пародонта // Проблемы стоматологии. 2013. – № 4. С. 16-22

9. Жулев Е.Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта. – Н.Новгород: Изд-воНГМА, 2003. – 278 с.

10. Кажлаев Ю.Н., Фаталиева А.З. Способ парно-линейной иммобилизации подвижных зубов с использованием стекловолоконной шины /Удостоверение на рационализаторское предложение №17-1507, выданное ГБОУ ДГМА МЗ РФ.

11. Леоненко П.В. , Крищук М.Г., Ещенко В.А. Биомеханический анализ винирных конструкций зубных шин на экспериментальных трехмерных моделях генерализованного пародонтита // Сборник научных трудов сотрудников НМАПО им. П.Л.Шупика. – К., 2013. - № 22 кн.3. – С. 49 - 59.

12. Ряховский А.Н., Логинова Н.К., Котенко С.А. Влияние механической нагрузки на ткани пародонта // Стоматология,2010. – №3. – С. 72-75.

13. Л.Б. Фролова Новые технологии в комплексном лечении тяжелых форм пародонтита // Стоматология для всех. - 2010. - №1. - С.38-39.

14. Schulz A., Hilgers R.D, Niedermeier W. The effect of splinting of teeth in combination with reconstructive periodontal surgeryin humans. // Clin Oral Investig. – 2000. – №4 (2). – P. 98-105.

15. Valyi P., Gorso I., Kocsis A. et al. Direct application of fiberreinforced composaites in splinting in a case of periodontitis.II. // Fogorv. Sz. – 2003. – Vol. 96, №1. – P. 29-32.

КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИНГИВИТА АКВАКОМПЛЕКСОМ ГЛИЦЕРОСОЛЬВАТА ТИТАНА

Еловикова Т.М.[1], Кощеев А.С.[2]

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России[1], Екатеринбург

ФГБОУ ВО УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина[2], Екатеринбург

Актуальность. Высокая распространенность хронического простого маргинального гингивита (ХПМГ) и его диагностика как начальной стадии воспаления пародонта – важная проблема стоматологии [2-5,8]. Необходимость поиска адекватных средств и методов лечения ХПМГ актуальна [2-5,8,10]. Аквакомплекс глицеросольвата титана (АКГСТ) имеет высокие свойства к транслокации в глубокие структуры тканей и обладает обширным спектром воздействия на ткани организма: противовоспалительным, антисептическим, анальгезирующим, нетоксичен [1,3,7,9,10]. АКГСТ – гидрофильный гель, содержит наночастицы титана, не накапливает жидкость в тканях и усиливает их оксигенацию; применяется в стоматологии, ревматологии, хирургии, урологии, дерматологии, онкологии и др. [1,3,7,9,10]. Целесообразно исследование десневой жидкости (ДЖ) как физиологической среды организма человека, формирующаяся в важнейшем образовании пародонта – десневой борозде [2-6,10].

Цель работы – выявить кристаллографические характеристики ДЖ при лечении больных с ХПМГ с включением в комплексную терапию гелевого препарата АКГСТ.

Материалы и методы. В исследование включено 36 пациентов с ХПМГ (24 женщины, 12 мужчины), средний возраст которых составил 22,75 лет. Пациенты распределены на три группы по 12 чел, сопоставимые по полу, возрасту,

клиническим симптомам ХПМГ: две основных и группу сравнения. Первую группу составили пациенты, которым проводили лечение ХПМГ с применением АКГСТ. Вторую группу – пациенты, которым проводили лечение ХПМГ с использованием АКГСТ с хлоргексидином биглюконатом (ХГБ, в концентрации 0,1%). Группа сравнения (15 чел) сформирована из пациентов, которым применяли 0,1% раствор ХГБ. Клиническое обследование пациентов состояло из расспроса, осмотра полости рта, оценки интенсивности кариозного процесса (КПУз), гигиены (ИГ Green-Vermillion), воспаления десны (РМА), СОПР [2-6,8]. Для исследования кристаллографических характеристик ДЖ применяли метод поляризационной микроскопии, который позволяет изучать препараты с неоднородными оптическими свойствами (анизотропные объекты, патент № 2109287) [2-6]. Оптические текстуры, исследовались и фотографировались на поляризационном микроскопе МБИ-15 при увеличении х 200 раз в скрещенном положении поляризаторов. Определяли взаимное расположение, размер, форму и количество типичных двулучепреломляющих текстур, светящиеся белым светом на темном фоне, а также площадь, занимаемая текстурой; наличие разрушения вследствие [2-6]. Выявленные особенности фиксируются в соответствии с кодировкой для ДЖ [2,5,6]. Статистическая обработка результатов проведена на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Данные представлены в виде средних арифметических величин и стандартной ошибки среднего (M±m). Для установления достоверности различий использовалось t-распределение Стьюдента; различия достоверны при $p < 0,05$ [3-7].

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов исследования показал: Среднее значение индекса КПУз у обследованных составило 4,5±1,25, что свидетельствует о средней интенсивности кариозного процесса. Во всех группах исходные значения ИГ составили 1,90±0,20единиц, индекса –

РМА 61,05%±3,5%. На фоне проведенного лечения у пациентов всех трех групп выявлено улучшение исследуемых показателей: ИГ снизился до 0,01±0,0единиц. Динамика изменений индекса РМА и показатель эффективности терапии демонстрируют улучшение – снижение значений РМА по группам - до 7,01%±2,25%; 4,59%±1,25% и 21,574±3,75%, соответственно. Эффективность терапии ХПМГ: в первой и второй группах – хороший эффект составил 87,9% и 92,8%, в третьей группе – 27,10%, удовлетворительный по группам – 12,1%, 7,2 % и 72,90 %, соответственно (рис.1; рис.2). Кристаллографические характеристики ДЖ: у пациентов всех групп до лечения диагностированы текстуры: сферолиты (СФ - 18%), точечные сферолиты (ТСФ - 20%), дендриты (ДЕ - 12%), зародыши дендритов (ЗДЕ - 14), дендритные бороздки (ДЕБ - 15%), жидкокристаллические линии (ЖКЛ - 15%), область анизотропии (ОА) и атипичные формы (АФ), веерная текстура (ВТ) в незначительном количестве (до 2%; рис.1). После лечения в первой группе – ЖКЛ - 30%, отсутствие текстур (ОТ - 60%), ТСФ - 8%, ОА - 2% – преобладание «нормальных» оптических форм – «физиологических» текстур. Во второй группе после лечения: ЖКЛ - 30%, ОТ - 62%, ТСФ - 6%, ОА - 2% – аналогичные результаты. В третьей группе (группа сравнения) после лечения: СФ - 12%, ТСФ - 15%, ДЕ - 12%, ЗДЕ - 10, ДЕБ - 10%, ЖКЛ - 20%, ОТ - 13%, ОА - 2% – это также коррелирует с состоянием десны, «патологические» текстур не выявлено; «пограничные» текстуры определены в 59% (рис.1; рис.2).

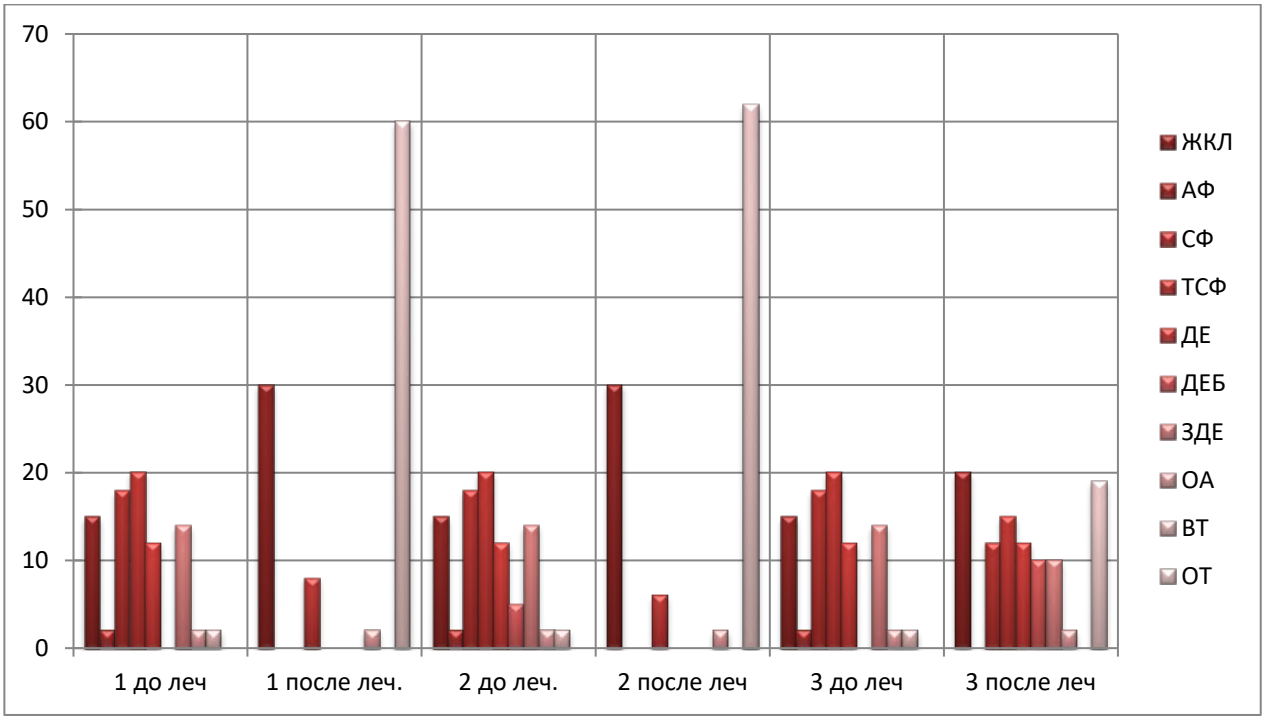
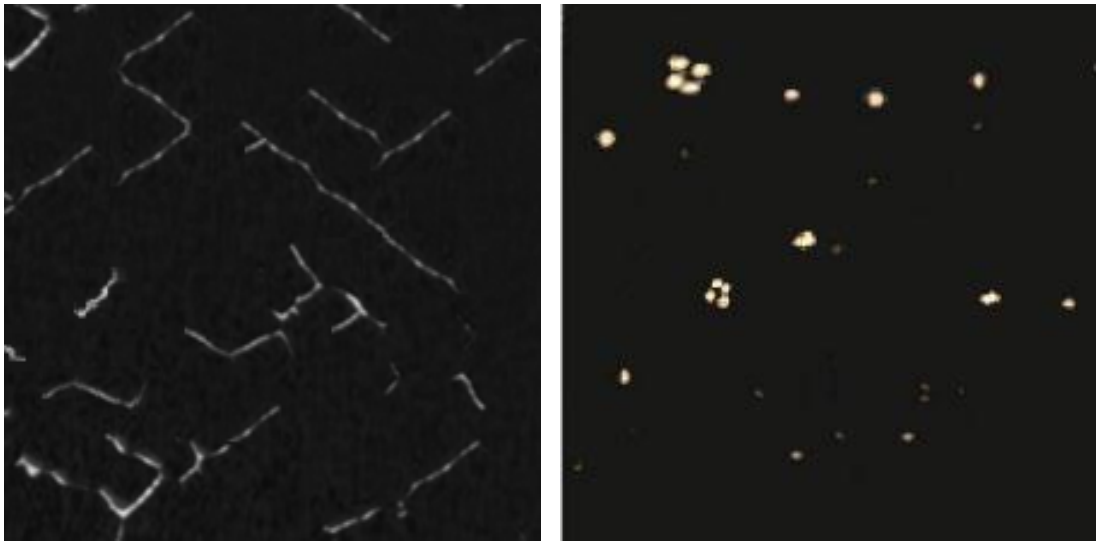


Рис.1. Кристаллографические характеристики ДЖ в трех группах пациентов до и после лечения



а б

Рис.2. Фотографии текстур ДЖ пациентов в поляризованном свете до и после лечения: а - ЖКЛ; б - СФ.

Побочных эффектов при лечении пациентов трех группах не выявлено, переносимость препаратов хорошая, за исключением горького привкуса ХГБ в третьей группе.

Выводы.

1. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии АКГСТ, что коррелирует с характерным текстурообразованием ДЖ и формированием картины адаптационных процессов, происходящих в десне.
2. Применение АКГСТ и комбинации АКГСТ с ХГБ у пациентов первой и второй групп показало выраженный эффект, что подтверждено динамикой изменений индексов и кристаллографической картиной ДЖ ($p \leq 0,05$).
3. Показатель эффективности лечения пациентов первой и второй групп препаратами АКГСТ и АКГСТ с ХГБ оценен как хороший, а в группе сравнения – удовлетворительный, что соответствует харакеристикам ДЖ: наличием «физиологических» текстур в первых двух группах и «пограничных» текстур – в третьей группе ($p \leq 0,05$).

Список литературы

1. Багишев Р.А., Кривигина Е.В., Жигаев Г.Ф. Фармакотерапевтическая эффективность препарата «Тизоль» при диверсионном колите /под ред. Г. Ф. Жигаев. — Улан-Удэ: Издательство Бурятского госуниверситета. - 2015. - 84 с.: ил.
2. Еловикова Т.М. Морфо-текстурные особенности десневой жидкости при интактном пародонте // В сб.: Медицина, фармация и общественное здоровье. Сборник статей Второго Евразийского конгресса с междунар. участием, посвященного 85-летию УГМУ. - 2015.- С. 38-40.
3. Еловикова Т. М., Ермишина Е. Ю., Саблина С. Н., Григорьев С. С., Кощеев А. С. Клинико-лабораторное исследование физико-химических

свойств новой зубной пасты с комплексом hyaluron-Ti forte // Проблемы стоматологии. – 2020. - том 16 . - № 4. - С.140-145.
4. Еловикова Т.М., Карасева В.В., Кощеев А.С. Характеристика параметров анизотропного структурообразования в смешанной слюне у пациентов со сложной челюстной патологией и хроническим пародонтитом // Бюллетень медицинской науки. - 2020. - № 4 (20). - С. 16-19.
5. Еловикова Т.М., Карасева В.В., Кощеев А.С., Приходкин А.С. Жидкокристаллический статус смешанной слюны пациентов на фоне постлучевой ксеростомии и пародонтита // В сборнике: Материалы Международного конгресса "Стоматология Большого Урала". - 2020. - С. 39-41.
6. Еловикова Т.М., Ронь Г.И., Уварова Л.В., Кощеев А.С.Кристаллографическое исследование смешанной слюны при гипофункции половых и слюнных желез у женщин // В сборнике: Материалы Международного конгресса "Стоматология Большого Урала". - 2020. - С. 49-51.
7. Карасева В.В., Еловикова Т.М., Кощеев А.С. Оценка стоматологического статуса, контроля индивидуальной гигиены и качества жизни пациентов с дефектами челюстей в сочетании с медикаментозно ассоциированным остеонекрозом // Стоматология. - 2020. -Т. 99. -№ 5. - С. 80-86.
8. Саблина С.Н., Григорьев С.С. Особенности // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2020.- № 2. - С. 118-128.
9. Смирнова Т.С. Оценка мембранной проводимости кальцийсодержащих компонентов новых лечебно-профилактических зубных паст, содержащих аквакомплекс глицеросольвата титана. Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Материалы V Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне, 90-летию УГМУ и 100-летию медицинского образования на Урале.–2020.- С.310-315.

10. Цап Н.А., Рубцов В.В., Огнев С.И. Активные компоненты противоспаечной терапии на основе наночастиц титана // Медицинский альманах. - 2019. - № 5-6 (61). - С. 46-50.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО ПРЕПОДАВАНИЯ АНАТОМИИ В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.

Т.С. Гусейнов, С. Т.Гусейнова, Ш.К. Таймазова, А.И. Ганиева.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Махачкала

Особую значимостьпри дистанционном обучении в условиях пандемии имеет преподавание анатомии человека в медицинских ВУЗах

В дистанционном обучении при использовании ZOOM, WhatsApp, ЭОС несомненно возрастает роль преподавателя, как организатора такого обучения.

Как отмечал великий писатель А.П. Чехов: «Учитель должен быть артист, художник, горячо влюбленный в свое дело». И студенты и преподаватели должны сознательно, творчески и с пониманием возникших трудностей заниматься дистанционно с использованием интернета, телефона, компьютера, учебника, атласа и по возможности препараты анатомического музея.

Учитывая сложившуюся систему при дистанционном обучении, студенты и преподаватели должны широко использовать модульную динамическую учебную среду. На кафедре анатомии человека широко используют электронные и традиционные технологии обучения, (препараты, музейные экспонаты, трупы, рентгеновские снимки, снимки КТ, МРТ, муляжи, таблицы, презентации и. т. д.).

В декабре 2020г. состоялся пленум Научного медицинского общества анатомов, гистологов и эмбриологов России, где основной тематикой были инновационные образовательные технологии при преподавании морфологических дисциплин в условиях пандемии COVID -19. Были отмечены положительные и отрицательные моменты дистанционного обучения на кафедре анатомии, гисто-

логии, цитологии, эмбриологии, антропологии и топографической анатомии с оперативной хирургией.

Развитие медицинской науки, стремление ученых и врачей выяснить этиологию и патогенез заболеваний требует глубоких знаний анатомии человека: строение, развитие и функции отдельных органов и систем целого организма.

Для успешной реализации дистанционного обучения в анатомии необходимо соблюдать дидактические приемы в преподавании, такие как доступность, научная новизна, наглядность, применимость на практике и.т.д. Указанные аспекты способствуют оптимизации учебного процесса и при дистанционном обучении в условиях пандемии. Дистанционное обучение обладает рядом преимуществ:

- время проведения лекций и практических занятий можно планировать произвольно, исходя из времени занятости преподавателя и студентов, т.е. появилась возможность выбирать часы занятий, удобные для всех.
- материалы лекций и практических занятий можно демонстрировать с экрана мультимедийного средства, а также возможна трансляция с мобильных устройств (телефонов);
- использовать другие возможныересурсы цифровой образовательной среды.

Наряду с положительными сторонами можно выделить недостатки в проведении дистанционного обучения:

- дистанционная форма обучения привела к увеличению рабочего времени;
- выросла во много раз учебная нагрузка на преподавателей, в связи с подготовкой новых учебно-методических материалов к лекциям и практическим занятиям (комментарии к презентациям лекций или их озвучивание, подготовка тест - опросов в системе ZOOMи т.д.);
-выяснилось, что у многих студентов нет навыков в самостоятельной организации своей работы без помощи преподавателя;

- для проведения дистанционного обучения нужен мощный интернет – сервис, который позволил бы одновременно подключать большее количество студентов;

- необходимо хорошеетехническое обеспечениекафедры компьютерами, интерактивными досками, проекторами для демонстрации презентаций, так как не все из числа студентов, а также преподавателей кафедры имеют возможность улучшить качество своего устройства или приобрести новое в связи с возросшей на эти устройства нагрузкой.

Одним из недостатков дистанционного обучения на кафедре анатомии является затрудненная демонстрация костного материала, анатомических препаратов внутренних органов и мозга при объяснении новой темы. Приходитсядовольствоваться таблицами, схемами, рисунками и сведениями из интернета. Немаловажным фактом является лишение живого контакта преподавателя со студентами, что отрицательно сказывается на восприятии новых знаний.

В свете вышеперечисленного можно заключить, что на кафедре анатомии, по нашему мнению, полная замена очного обучения дистанционным невозможна, как и на других морфологических кафедрах медицинского вуза. Его можно использовать как дополнительную форму в образовании или в смешанном формате обучения в качестве онлайн – составляющей.

Литература:

1. Гусейнов Т.С. Мысли об анатомии //Махачкала, типография «Султанбекова», 2002 – 63С.
2. Зайченко Т.Н. Основы дистанционного обучения //СПб, изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2004 – 167С.
3. Лобко П.И., Мельман Е.П., Денисов С.Д., Пивченко С. Вегетативная нервная система//Минск, «Высшая школа»,1988 – 271С.

4. Полат Е. Педагогические технологии дистанционного обучения//М.: Академия, 2006.
5. Сапин М.Р.(ред) Анатомия человека//Медицина 2018,т.1,2,3

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Азизов К.А., Гусенов С.Г., Алиев А.А.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала

Ортопедическое лечение гнатических форм аномалии и деформаций челюстно-лицевой области, после завершения активного роста челюстей, часто не позволяет получить желаемый функциональный и эстетический результат. Компромиссное аппаратурное лечение, нормализуя формы и размеры зубных рядов, не устраняет лицевые признаки аномалии. Лучшие результаты дает комбинированное лечение.

В течение 8 лет под нашим наблюдением и лечением находилось 36 пациентов (25 девушек и 11 юношей) в возрасте от 14 до 31 лет, перенесших различные костно-реконструктивные операции в челюстно-лицевой области. Продолжительность наблюдения за пациентами составила от 6 месяцев до 10 лет. Всем больным на этапах реабилитации проводилось комплексное исследование с применением клинических, антропометрических, рентгенологических, функциональных методов.

В зависимости от вида морфофункциональных нарушений, характера и объема реабилитационных мероприятий все больные были распределены в 3 группы. В 1-ю группу вошло 8 пациентов, перенесших оперативное вмешательство на верхней челюсти. Во 2-ю группу (23 пациента) включены больные, у которых выполнена реконструкция нижней челюсти. Третья группа состояла из 5 больных, которые нуждались в оперативном лечении на обеих челюстях.

После комплексного обследования определяли объем лечебно-профилактических мероприятий и последовательность их выполнения, согласовывали тактику лечения с челюстно-лицевым хирургом на совместной кон-

сультации. Реабилитация больных, нуждающихся в проведении реконструктивной операции, включала ряд периодов.

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия в период до операции преследовали цель нормализовать форму и размеры зубных дуг так, чтобы при перемещении нижней челюсти в конструктивный прикус появились фиссурно-бугорковые контакты между зубами-антагонистами в боковых отделах и правильный режуще-бугорковый контакт в области резцов; осевой наклон верхних и нижних резцов; артикуляцию языка в покое и во время функции, функцию дыхания.

Предоперационное ортопедическое лечение выполняли с использованием современной несъёмной техники отечественного и зарубежного производства. Основные этапы предоперационного ортопедического лечения — фиксация аппарата, выравнивание зубных дуг или сегментов дуг так, чтобы сделать их совместимыми и установление правильного переднезаднего и вертикального положения резцов. Необходимо, чтобы в ходе операции положение зубов не препятствовало перемещению челюстей в спланированное до операции соотношение и установление конструктивного прикуса. В процессе предоперационного лечения у 5 пациентов для устранения сужения верхней челюсти был использован метод ускоренного нёбного расширения. При лечении нижнечелюстной макрогнатии сдерживали рост нижней челюсти, проводя удаление зачатков нижних третьих моляров, секторальную глоссэктомию при макроглоссии. Решение о необходимости удаления зачатков третьих моляров принималось с учетом потенциала роста челюсти, необходимости укорочения зубного ряда при нормализации осевого наклона резцов, степени скученности, состояния тканей пародонта. Зачатки нижних третьих моляров удаляли не менее чем за 6 месяцев до проведения реконструктивной операции. Такой срок был необходим для полного восстановления структуры костной ткани в области будущей

остеотомии, что облегчало выполнение оперативного вмешательства и уменьшало риск послеоперационных осложнений. В процессе ортопедического лечения больному неоднократно изготавливали гипсовые модели челюстей, по которым контролировали эффективность лечения.

После проведения окончательной ортопедической коррекции фиксировали стабилизирующие стальные ортодонтические дуги не менее чем на 6 недель до операции, так, чтобы они были пассивными. Дугу фиксировали металлическими лигатурами, которые использовались для межчелюстной фиксации. Основной этап хирургического лечения проводился после завершения - периода активного роста костей лицевого скелета.

Перед непосредственным выполнением оперативного вмешательства проводили заключительное обследование. На кальке с профильной телерентгенограммы проводили моделирование операции, величину и направление перемещения фрагментов челюстей. На гипсовых моделях челюстей, загипсованных в артикулятор, совместно с хирургом планировали окончательные окклюзионные взаимоотношения зубных рядов. При планировании оперативного вмешательства на обеих челюстях изготавливали каппу, позволяющую правильно сопоставить зубные ряды после остеотомии верхней и нижней челюсти в процессе реконструктивной операции. Компьютерное моделирование изменений анфаса и профиля лица в процессе оперативного вмешательства позволяло оценить эстетические изменения лица, согласовать полученные изменения с пациентом. После завершения ортопедической подготовки выполнялось оперативное вмешательство.

В послеоперационном периоде проводился комплекс мероприятий, целью и задачами которых были: профилактика инфекционно-аллергических осложнений; нормализация и стимуляция процессов заживления мягких и костных

тканей; профилактика функциональной перегрузки пародонта, жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава.

Для более раннего восстановления биоэлектрической активности жевательных мышц в комплекс реабилитационных мероприятий включали низкочастотную электростимуляцию под контролем электромиографии.

Послеоперационное ортопедическое лечение было направлено на создание миодинамического равновесия в челюстно-лицевой области, устранение причин, приводящих к рецидиву в послеоперационном периоде, стабилизацию, а при необходимости коррекцию положения нижней челюсти, полученной в результате оперативного вмешательства; достижение фиссурно-бугоровых контактов, нормализацию движений нижней челюсти, функций зубочелюстной системы при новом соотношении челюстей.

Избирательная пришлифовка бугров зубов позволяла обеспечить гармоничные и плавные движения нижней челюсти, равномерно распределить жевательную нагрузку на все зубы.

После выполнения поставленных задач систему удаляли из полости рта и изготавливали ретенционные аппараты. Обычно для этой цели изготавливали несъемный ретейнер из круглой плетеной стальной проволоки, фиксируемый с лингвальной поверхности нижних резцов от 3.3 до 4.3 зуба при помощи светоотверждаемого материала. На верхний зубной ряд изготавливали съемный ретейнер.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что комбинированное лечение аномалий и деформаций позволяет наиболее полно устранить морфофункциональные и эстетические нарушения в челюстно-лицевой области. Применение современной несъёмной техники позволило повысить эффективность ортопедического лечения, сократить его сроки, отка-

заться от изготовления ретенционно-удерживающих аппаратов для иммобилизации нижней челюсти в раннем послеоперационном периоде.

Литература

1. Гусенов С.Г., Аталаев М.М. Комбинированное лечение скелетной формы прогнатии // Сборник научных трудов, посвященный 85-летию со дня рождения профессора А.О. Махачева. Махачкала, 2012: 90—91.
2. Гусенов С.Г., Гусейнов Г.Р. Комплексное лечение при аномальном положении отдельных зубов // Сборник научных трудов республиканской научно-практической конференции “Актуальные проблемы хирургии”, посвященной 30-летию кафедры хирургии ФПК и ППС ДГМА. Махачкала, 2015: 191—192.
3. Расулов И.М., Гусенов С.Г. Взаимосвязь патологии прикуса и состояния зубочелюстной системы среди подростков сельских школ республики Дагестан // Сборник научных трудов, посвященный 85-летию со дня рождения профессора А.О. Махачева. Махачкала, 2012, 152—155.

ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Гусенов С.Г., Азизов К.А., Кишев М.М.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала

В настоящее время комплексное лечение больных с пародонтитом включает консервативные, хирургические и ортопедические методы. Ортопедические мероприятия направлены на достижение артикуляционного равновесия, шинирование зубов, восстановление жевательной эффективности, что в значительной мере определяет успех лечения.

Несмотря на многообразие методов ортопедического лечения и большой выбор шинирующих конструкций, пока не разработаны аргументированные показания к выбору того или иного их вида.

Задачей настоящего исследования явилось сравнение состояния тканей пародонта у больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести в процессе комплексного лечения с применением различных шинирующих конструкций.

Для проведения сравнительной оценки методов шинирования проведено лечение 31 больного с генерализованной формой пародонтита средней и тяжелой степени в возрасте от 35 до 60 лет в течение трёх лет.

В зависимости от типа шинирования зубных рядов все больные были распределены на 3 группы: 1-я группа — цельнолитые шинирующие бюгельные протезы, 2-я группа — адгезивные шины из стекловолокна, 3-я группа — вантовые шины. Шинирование проводили больным с сохранёнными зубными рядами и малыми дефектами зубного ряда (отсутствием 1-2 зубов). Шинировали все зубы зубного ряда («стабилизация по дуге»).

Состояние тканей пародонта изучали на основании динамики следующих индексов: пародонтального (ПИ), гингивального индекса (ГИ), индекса гигиенического состояния тканей пародонта (ИГС). ПИ, ГИ и ИГС оценивали через 6 месяцев, кроме того, ГИ и ИГС оценивали через 1 месяц после окончания лечения. Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью стандартных программ вариационной статистики. Для оценки достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента для независимых измерений и t-критерий для парных измерений.

Во всех группах шинирования после лечения было достигнуто значительное уменьшение воспаления в тканях пародонта, улучшение гигиенического состояния полости рта.

Если до лечения ПИ у всех больных был одинаков, то после лечения самые низкие значения, указывающие на малую интенсивность воспаления, отмечены у пациентов 3-й группы, что достоверно ниже, чем у пациентов 1-й ($p<0,001$) и 2-й групп ($p<0,01$), при этом значения ПИ во 2-й группе достоверно были ниже, чем в 1-й группе ($p<0,01$).

Тенденция снижения ПИ в группах свидетельствовала о более быстрой редукции воспалительного процесса в результате лечения у пациентов 3-й группы.

Через 1 месяц после лечения ГИ достоверно снизился в почти одинаковой степени (примерно на 45%) во всех 3 группах ($p<0,001$), т.е. показатель воспаления достоверно уменьшился у всех обследованных почти в 2 раза. Высокая степень чувствительности к изменениям степени воспаления позволила отметить тонкие различия в динамике течения воспаления через 6 месяцев после шинирования.

В 1-й группе ГИ достоверно увеличился ($p<0,01$) по сравнению с уровнем «1 месяц после лечения», что свидетельствует о рецидиве воспалительного про-

цесса. В то же время значение ГИ достоверно ниже ($p<0,001$) по сравнению с исходным уровнем. У больных 2-й группы этот показатель не изменился ($p>0,05$), а у пациентов 3-й группы динамика ГИ указывала на дальнейшее уменьшение воспаления ($p <0,001$).

Через 6 месяцев после лечения снижение ГИ по сравнению с исходным уровнем в 1-й группе на 31,64%, во 2-й группе — на 44,55%, а в 3-й группе — на 67,82% свидетельствовало о более высокой эффективности лечения, ее стойком лечебном эффекте, выраженности этого эффекта и положительных отдаленных результатах лечения у больных 3-й группы.

Сравнительная динамика показателя ИГС на протяжении 6 месяцев практически соответствовала таковой ГИ в те же сроки, что указывает на тесную связь воспалительного процесса с гигиеническим состоянием полости рта.

Через 1 месяц после лечения ИГС снизился у всех больных по сравнению с исходным уровнем на 70-80%, причем у больных 2-й и 3-й групп это снижение было более выраженным ($p<0,01$) по сравнению с показателями у больных 1-й группы.

Через 6 месяцев после лечения показатель ИГС достоверно увеличился у всех обследованных. Однако ухудшение гигиенического состояния было менее выражено у больных 3-й группы, чем у пациентов двух других групп. После лечения эта группа характеризовалась самым низким по сравнению с другими группами значениями ИГС, что достоверно ниже ($p<0,01$), чем у больных 2-й и 3-й групп. После лечения достоверного различия ИГС у пациентов 1-й и 2-й групп не выявлено ($p>0,05$).

Сравнительный анализ изменения показателей клинических индексов у больных исследуемых групп, которым проводили комплексное лечение, включая различные виды шинирования, показал достоверное преимущество вантового шинирования перед традиционными видами шинирования.

Литература

1. Аталаев М.М., Гусенов С.Г., Абакаров Т.А. - Фагоцитарная реакция крови при гнойно-воспалительных процессах в полости рта. - CATHEDRA 2020, №71. – С.14 – 16
2. Гусенов С.Г. Клинико-иммунологическая оценка эффективности комплексного лечения генерализованного пародонтита с применением мирамистина и ликопида: автореф. дис. канд. мед. наук / С.Г. Гусенов. — М., 2003.-24 с.
3. Гусенов С.Г. Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита с применением мирамистина и ликопида. Методические рекомендации / С.Г. Гусенов, К.М. Расулов, З.А. Капланова.– Махачкала, 2002. – 32 с.
4. Гусенов, С.Г. Эффективность мирамистина в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита / С.Г. Гусенов, З.М. Гамзатова //Актуальные проблемы патофизиологии. СПб, 2001. - С. 87-88.
5. Исмоилов А.А. Регенеративно-реставрационная терапия воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта с использованием остеопластических материалов: автореф. дис. канд. мед. наук / А.А. Исмоилов. — М., 2007.-27с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНОСТИ ДВУХМЕРНОГО И ТРЕХМЕРНОГО ЛУЧЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ.

Афанасьева О.Ю., Алимова А.Д., Михайленко П.А., Цокарев Д.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Волгоград

Актуальность. Одним из главных диагностических критериев для постановки предварительного диагноза, К04.8 Корневая киста, и дальнейшего гистологического, в повседневной стоматологической практике является рентгенологический метод исследования. Основной методикой остается двухмерная дентальная рентгенография, однако во многих случаях она является не достаточно информативной, в сравнении с молодой конусно-лучевой компьютерной томографией (КЛКТ). КЛКТ дает возможность высокоинформативного исследования челюстно-лицевой области и является наиболее рациональным методом рентгенологического обследования стоматологического пациента при планировании операции цистэктомии, резекции верхушки корня. Данный вид исследования позволяет избежать ошибок и рисков во время операции, так, что врач готов к перфорациям верхнечелюстной пазухи и полостей носа.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ информативности двухмерного и трехмерного рентгенологических исследований при диагностики радикулярных кист.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели было проведено изучение данных за 2020 год, полученных при двухмерном и трехмерном рентгенологическом исследовании челюстно-лицевой области 28 пациентов, проходивших обследование на наличие радикулярных кист

челюстей в ГАУЗ «Стоматологической поликлинике № 9» г. Волгоград и ГАУЗ «Стоматологической поликлинике» г. Волжский. Было рассмотрено 56 рентгенологических изображений, из них 28 двухмерных – ортопантомограммы (ОПТГ) и прицельные внутриротовые рентгенограммы, 28 трехмерных, полученных с помощью конусно-лучевого компьютерного томогрофа (ORTHOPHOS). При анализе полученных изображений, было проведено сравнение двухмерных и трехмерных снимков у 28 пациентов, имеющих радикулярные кисты. Распределения по гендерным особенностям не было. Все исследования проводились с использованием (ORTHOPHOS). С помощью компьютерной программы SIDEXIS, которая дает возможности трехмерного измерения.

Результаты и их обсуждение. В результате проведённого исследования были выявлены следующие результаты. Основным способом рентгенологического исследования является ОПТГ, однако он позволяет получить в основном плоскостное изображение зубочелюстной системы. При этом не всегда возможно оценить положение дна верхнечелюстных пазух по отношению к радикулярной кисте, количество корней зубов, захваченных в патологический процесс, истинные размеры кисты. На ОПТГ размеры челюстей больше реальных, причем степень увеличения зависит от типа используемого аппарата и соблюдения условий съемки. Таким образом, внутриротовая рентгенография и ОПТГ не позволяют получить достаточную информацию о топографо-анатомических особенностях строения зубочелюстной системы. При проведённом двухмерном исследовании 28 пациентам были выявлены в 100% случаях периапикальные деструктивные процессы, для более детального изучения патологического процесса этим же пациентам была произведена конусно-лучевая компьютерная томография. После сравнительного анализа полученных двухмерных и трёхмерных

изображений было выявлено четыре несоответствующих параметра, ключевых при планировании тактики лечения данной патологии, в частности оперативного вмешательства.

Во-первых, в 8 (28,6%) случаях из 28 на конусно-лучевой компьютерной томографии было выявлено сообщение радикулярной кисты с верхнечелюстной пазухой, носовой полостью, чего не было обнаружено на ортопантомограмме и прицельной внутриротовой рентгенограмме.

Во-вторых, в 10 (35,7%) случаях из 28 при сравнении двухмерных и трехмерных изображений было обнаружено несоответствие количества корней зубов, входящих в патологический очаг. Так, на предоставленной ортопантомограмме прослеживается связь только корней одного зуба (2.5 зуб) с периапикальным очагом. При изучении конусно-лучевой томограммы данного же пациента, установлена связь корней двух зубов (2.5 и 2.6 зубы) с периапикальным очагом. В этом случае радикулярная киста связана с корнями 2.5 зуба и с медиально-щечным корнем 2.6 зуба.

В-третьих, в 4 (14,3%) случаях из 28 на трехмерном изображении было определено слияние рядом расположенных периапикальных очагов от разных причинных зубов. При этом на ортопантомограмме данные патологические очаги выглядели как две разные корневые кисты.

И в-четвертых, в 6 (21,4%) случаях из 28 было обнаружено несоответствие размеров кисты при сопоставлении двухмерных и трехмерных изображений. Ортопантомограмма не дает получить истинные размеры образований, а лишь только может указать нам на наличие какого-либо патологического очага.

Конусно-лучевая компьютерная томография позволяет с точностью до миллиметра определить размеры любого объекта, обнаруженного в челюстно-лицевой области.

Выводы. Технология конусно-лучевой компьютерной томографии, в отличие от традиционных методов рентгенологического исследования, дает врачу возможность не только обозревать нужную зону в трех различных плоскостях, но и позволяет оценить особенности расположения корней зубов, прилежащих к патологическому очагу, в том числе интактных, что позволяет выбрать более рациональную тактику лечения.

Проведенное исследование свидетельствует о необходимости расширения показаний к применению методики КЛКТ и возможности повышения эффективности, качества и оптимизации обследования, дальнейшего лечения амбулаторных стоматологических пациентов, а так позволяет избежать ошибок в планировании хирургического вмешательства.

Список литературы.

1. Аржанцев А. П. Рентгенодиагностика пародонтальных костных воспалительных процессов / А. П. Аржанцев, М. И. Тамасханова // Стоматология. - 2012. - № 3. - С. 80-85. - Библиогр.: с. 84-85 (87 назв.).
2. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Учебник / под ред. В.В. Афанасьева – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016 - 400с.
3. Бадалян В.А., Рабухина Н.А., Григорьянц Л.А. // Стоматология. – 2000. – № 2. – С. 12–16.
4. Базикян Э.А.Одонтогенные кисты челюстей // Учебное пособие – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 80 с.
5. Бризено Б. Надежность апикальных рентгеновских снимков при диагностике повреждений нижнечелюстной кости // Клинич. стоматология. 2000. № 1. С. 9-13.
6. Васильев А.Ю. Лучевая диагностика в стоматологии // Национальное руководство – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288

7. Васильев А.Ю. Цифровые рентгеновские технологии в оценке структуры костной ткани [Текст] / А. Ю. Васильев [и др.] // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2012. - № 5. - С. 22-25. - Библиогр.: с. 25 (9 назв.).
8. Васильев, А. Ю. Лучевая диагностика повреждений челюстно-лицевой области [Текст]: руководство / А. Ю. Васильев, Д. А. Лежнев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 80 с
9. Дробышев А. Ю. Челюстно-лицевая хирургия / под ред. А. Ю. Дробышева, О. О. Янушевича - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 880 с.
10. Кулакова А.А., Робустова Т.Г., Неробеева А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия // Национальное руководство – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 928 с.

КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА

Митяева Т.С. [1], Скрипкина Г.И. [2], Гарифуллина А.Ж. [2], Романова Ю.Г.[2]

[1] Общество с ограниченной ответственностью «Детская стоматология 20/32», 121352, г. Москва, Россия

[2] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 644099, г. Омск, Россия

Актуальность.

На сегодняшний день высокая заболеваемость кариесом зубов в детском возрасте остается актуальной проблемой современной профилактической стоматологии [1-4].

За последние годы появилось много работ, посвященных первичной профилактике стоматологических заболеваний на основе прогнозирования риска развития кариеса зубов у детей [5-11]. Все это делает проблему прогнозирования кариеса зубов, направленную на совершенствование методов индивидуальной профилактики в детском возрасте, актуальной и требующей дальнейшего изучения.

Для индивидуального эффективного подхода к профилактике кариозного процесса в детском возрасте большое значение имеет раннее прогнозирование на доклиническом этапе его развития в зависимости от возраста ребенка и этапа созревания тканей зуба [11-15].

Для выявления «групп риска» с целью прогнозирования кариозного процесса у детей необходимы исследования «нормальных» значений клинических

и лабораторных показателей в физиологических условиях. Применяя современную статистическую обработку данных, такую, как кластерный анализ, которая позволяет на основе сбора данных анализировать информацию о выборке объектов, а затем упорядочивает объекты в статистически однородные группы, появляется возможность выделять «группы риска» развития заболевания на доклиническом этапе развития кариеса зубов и является основой для создания программ ЭВМ, которые позволят решить проблему прогнозирования кариеса зубов на доклиническом этапе его развития [2, 11-14].

Цель исследования – установить предикторные параметры минерального обмена полости рта в период сменного прикуса на основе результатов кластерного анализа.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели проведено комплексное клинико-лабораторное обследование обменных процессов в полости рта у 60 кариесрезистентных детей в период сменного прикуса: от 7 до 12 лет. Статистический анализ проводили с использованием программы STATISTICA 8.0. [11,13-17].

Результаты и их обсуждение. После проведенного комплексного клинико-лабораторного и математического исследования получены 19 клинико-лабораторных показателей состояния полости рта у кариесрезистентных детей в период сменного прикуса.

С помощью факторного разведывательного анализа всех пациентов (n=60) по всем переменным (n=19) выявлены скрытые факторы, отвечающие за наличие линейных статистических корреляций между ними. Определена структура взаимосвязей переменных (классификация переменных) и существенно сокращено их число для последующего анализа данных. Фактор 1 включал 6 независимых переменных (pH-слюны, Ca, P, ПР, ИГР-У и PMA) с высоким уровнем корреляционных связей между собой и был существенно более значимым для

объяснения дисперсий, чем фактор 2. Данные факторного анализа подтверждены также и с помощью метода для множественного сравнения под названием «Интерактивные деревья».

Установленные сильные взаимосвязи между отдельными клинико-лабораторными показателями-предикторами созвучны с ранее проведёнными исследованиями, которые доказали прогностическую ценность данных показателей гомеостаза полости рта у детей в период сменного прикуса [2, 11, 16-18].

Таким образом, по данным факторного анализа, фактор, лежащий вдоль оси X (фактор 1), может объяснить большую часть дисперсии объекта. Этот фактор содержит шесть переменных (pH-слюны, Ca, P, ПР, ИГР-У и PMA). Набор установленных переменных подтвержден и с помощью метода деревьев классификации, что позволяет анализировать переменные в качестве предикторов классификации типа МКС, как интегрального показателя уровня минерального обмена в полости рта.

В результате множественного сравнения типов МКС между собой (ANOVA Краскела-Уоллиса) получены графики переменных: pH ротовой жидкости, индекса гигиены ИГР-У, индекса PMA, произведения растворимости, общего фосфора и общего кальция, для которых отвергнута нулевая гипотеза (ANOVA, $p<0,05$). По всем остальным переменным $p>0,05$.

Полученные графики демонстрируют, что переменные-предикторы отличались между группами как по центральным тенденциям (медиана), так и по разбросам (интерквартильный размах и Max-Min). Таким образом, и результаты дисперсионного анализа свидетельствуют о том, что только эти переменные можно рассматривать как вероятные предикторы классификации пациентов по типу МКС.

По данным кластерного анализа и ММШ, можно наглядно увидеть различия внутренних связей между изученными независимыми переменными в трех

сравниваемых группах. Различия в составе кластеров также выявлены на первом уровне/шаге анализа типов МКС по методу К средних. На первой итерации (цикле, шале кластерного анализа) выявлено пять кластеров, в каждом из пяти кластеров находятся переменные со схожим влиянием, свойственного для типа МКС 1, 2 и 3.

Поскольку типы МКС отражают уровень минерального обмена в полости рта, а I и II типы МКС преобладают у кариесрезистентных лиц и говорят о высоком уровне минерализации в полости рта [19], то для дальнейшего математического анализа кариесрезистентных и кариесвосприимчивых групп пациентов мы решили объединить группу с I и II типом МКС в одну.

В результаты ROC-анализа I и II типа МКС (объединенная) и тип III получены очень высокие значения AUC (близкие к 1) и соответствующие им значения чувствительности и специфичности при разделении пациентов с факторами чувствительности/резистентности к кариесу (Табл. 1). Определены пороги отсечения для каждой переменной. Данные показателей при превышении или более низком значении будут свидетельствовать в пользу риска развития кариеса.

Табл. 1. **Результаты ROC-анализа**

Переменные и пороги отсечения	Чувствительность (%)	Специфичность (%)
Ca **>0,048**	100 (85,2–100,0)	100 (90,5–100,0)
P **>0,157**	100 (85,2–100,0)	100 (90,5–100,0)
ПР **>3,85**	100 (85,2–100,0)	100 (90,5–100,0)
pH слюны **<=7,28**	100 (85,2–100,0)	100 (90,5–100,0)
ИГР-У **>0,48**	100 (85,2–100,0)	100 (90,5–100,0)
PMA **>4,2**	100 (85,2–100,0)	100 (90,5–100,0)

В результате логистической регрессии получено несколько моделей риска развития кариеса в период сменного прикуса: 1) каждый предиктор – отдельная

модель, 2) сумма Р, ИГР-У и ПР 3) все предикторы в одной модели (Са, Р, ПР, рН-слюны, ИГР-У и РМА) (табл. 2). Однако, последняя модель классифицирует 100% пациентов и резистентных, и склонных к кариесу.

Табл. 2. **Модель с предикторами Са, Р, ПР, рН-слюны, ИГР-У и РМА**

Типы МКС	Прогнозируемая группа		%
	0	1	
II	37	0	100,0
III	0	23	100,0
Процент случаев корректной классификации			100,0

Выводы: Установлен оптимальный набор предикторов для построения моделей классификации пациентов с разным типом МКС, что является предпосылкой для возможности прогнозирования риска развития кариеса у детей в период сменного прикуса. Полученные данные нормы предикторных показателей минерального обмена в полости рта можно использовать для планирования индивидуальных первичных профилактических мероприятий у детей в период активного формирования твёрдых тканей зубов и для создания программ для ЭВМ, направленных на доклиническую диагностику субклинического течения кариозного процесса с выходом на прогнозирование.

Список литературы

1. Дистель В. А., Скрипкина Г. И. Кариес. Проблема разрешима. — Statuspraesens. Педиатрия и неонатология. 2018; 1 (46): 30-34.
2. Екимов Е. В. Клинико—лабораторные особенности течения и консервативного лечения начального кариеса зубов у детей при различной активности кариозного процесса: Дисс. … канд. мед. наук. Пермь. 2017: 197.
3. Екимов Е. В., Скрипкина Г. И. Заболеваемость начальным кариесом зубов у детей г. Омска с учетом степени активности патологического процесса. Институт стоматологии. 2017; 2 (75): 22-23.

4. Маслак Е. Е., Фоменко И. В. Развитие службы детской стоматологии в волгоградской области (памяти Литовкиной Л. С.). Стоматология детского возраста и профилактика. 2020; 2 (74): 154-155.
5. Аликберов М. Х. Оптимизация профилактики кариеса зубов у военнослужащих в экстремальных условиях. Автореф. … канд. мед. наук. Нижний Новгород. 2019: 147.
6. Бывальцева С. Ю. Прогнозирование и профилактика кариеса постоянных зубов у детей: Автореф. … канд. мед. наук. Иркутск. 2007: 23.
7. Каменских Д. В. Клинико-экспериментальное обоснование патогенетической терапии раннего детского кариеса: Дисс. … канд. мед. наук. Пермь. 2018: 153
8. Иощенко Е. С. Прогнозирование и индивидуальная профилактика кариеса зубов у детей: Автореф. … канд. мед. наук. Екатеринбург. 2010: 23.
9. Ли Вэй. Повышение эффективности профилактики кариеса временных зубов путем регуляции процессов созревания эмали: Автореф. … канд. мед. наук. Москва. 2019: 25.
10. Размахнина Е. М. Клинические и молекулярно-генетические особенности прогнозирования и оценки эффективности профилактики кариеса: Автореф. … канд. мед. наук. Екатеринбург. 2018: 23.
11. Скрипкина Г. И. Донозологическая диагностика и прогнозирование кариозного процесса у детей (клинико-лабораторное исследование, математическое моделирование): Дисс. … д-ра мед. Наук. Омск. 2012: 443.
12. Лукашевич И. К., Вардугина О. К., Горбунова И. Л. Обоснование выбора средств профилактики кариеса у беременных с учетом частоты полиморфизма гена каллекреина-4. Современная стоматология. 2018; 2 (39): 39-40.
13. Скрипкина Г. И., Екимов Е. В., Митяева Т. С. Системный подход к проблеме прогнозирования кариеса зубов. Стоматология детского возраста, профилактика и ортодонтия. 2019; 3(15): 121-126.

14. Окушко В. Р. Проблема кариеса в координатах биологии человека и экономики. Клиническая стоматология. 2012; 3(63): 30-36
15. Atara A.G., Man jusha R., Shukla V.J., Vaghela D.B., Rooparalia B. Clinical evaluation of Krimidanta Pratishedha (anticaries) activity of Triphaladi Gandusha in high risk dental caries patients. Ayu. 2014; 35(1): 4245.
16. Бельская Л. В., Голованова О. А., Шукайло Е. С. Кристаллизация биологических жидкостей — перспективы использования при диагностике. — Бутлеровские сообщения. — 2010; 15 (23): 52-56.
17. Еловикова Т. М., Григорьев С. С. Слюна как биологическая жидкость и ее роль в здоровье полости рта: Учебное пособие, 2018: 136.
18. Леус П. А. Индикаторы стоматологического здоровья, на что они указывают? Современная стоматология. 2015; 1(60): 4–7.
19. Скрипкина Г. И., Екимов Е. В., Никитин Ю. Б., Коршунов А. П., Бернецян Т. Л. Количественная оценка уровня минерализующего потенциала ротовой жидкости у детей. Проблемы стоматологии. 2020; 16 (1): 127-132.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Гамидова З.Ш., Ордашев Х.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом усовершенствования врачей

ФБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность.

Поражение иммунной системы, приводящая к состоянию, под названием "синдром приобретенного иммунодефицита", характерно ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекции - это длительное тяжелое заболевание с поражением клеток иммунной системы человека, против которого пока не разработаны эффективные методы лечения.

В связи с ростом количества больных с ВИЧ-инфекцией встает вопрос о выполнении экстренных и плановых операций при ряде заболеваний челюстно-лицевой области.

Оказание хирургической помощи при сопутствующей ВИЧ-инфекции становится очень актуальным.

Цель исследования:

Изучить клиническое течение хирургической инфекции у больных с различными стадиями ВИЧ-инфекции, улучшение результатов лечения у ВИЧ-инфицированных больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний.

Материал и методы:

По статистическим данным челюстно-лицевого отделения Республиканской клинической больницы, ВИЧ-инфицированные больные составляли в 2019

г. 1% из общего числа больных с гнойными заболеваниями, в 2020 г. - 2,3% больных. И в настоящее время поступление этого контингента больных не имеет тенденции к снижению Наш клинический опыт показывает, что для больных с гнойными заболеваниями челюстно-лицевой области, страдающих ВИЧ-инфекцией, ассоциированной с хроническим вирусным гепатитом «В» и «С», характерна нетипичная клиническая картина заболевания и увеличение продолжительности сроков госпитализации.

В клинике челюстно-лицевой хирургии РКБ, за период 2019 – 2020 гг., проходили лечение 11 больных мужчин в возрасте от 18 до 40 лет зараженные ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом с дезоморфиновым остеомиелитом. Осложненной флегмоной на фоне уже развившейся ВИЧ-инфекции, который был установлен за год и более до поступления в клинику. Двоим ВИЧ-инфицированным больным в возрасте 18 и 20 лет, поступившим в отделение по поводу двусторонних переломов нижней челюсти, было проведено двучелюстное проволочное шинирование шинами Тигерштедта с репозицией отломков. Заживление костной раны протекало длительно и нередко с развитием травматического остеомиелита, несмотря на интенсивную медикаментозную терапию. Пациенты зачастую скрывают или не знают, что они инфицированы ВИЧ – инфекцией и при лабораторном исследовании выявляется наличие ВИЧ- инфекции и вирусного гепатита.

У мужчин в возрасте 35-40 лет на фоне ВИЧ-инфекции, развился острый разлитой остеомиелит нижней челюсти, который сопровождался разлитой флегмоной дна полости рта. Этим больным было проведено вскрытие флегмоны с последующим проведением курса комплексной медикаментозной терапии. Заживление раны носило затяжной характер, раны зияли, регенерация протекала вяло и длительно.

Другое наблюдение. Больной в возрасте 30 лет поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на тупые ноющие боли в области тела нижней челюсти в переднем отделе, нарушение чувствительности нижней губы, гноетечение из свищевых ходов в области альвеолярного отростка, диагноз-обострение хронического остеомиелита. Со слов больного, ВИЧ-инфекцию у себя выявил недавно при прохождении профосмотра.

Выводы:

Проанализированы особенности клинической картины острых хирургических заболеваний у больных, поступивших в челюстно-лицевой стационар с сопутствующим ВИЧ-инфекцией. Установлено, что выраженность клинических проявлений, зависит от стадии ВИЧ-инфекции. Выявлены особенности течения послеоперационного периода у больных. Отмечено, что сопутствующая инфекция отягощает течение послеоперационного периода.

Литература:

1. Кулик И.В. , Миргородская И.В. – ВИЧ-инфекция. Проявление в полости рта. //Институт стоматология – 2001 №2 с. 36-40;
2. Руководство по исследованиям проявлений ВИЧ – инфекций, локализованных в полости рта. ВОЗ 1995 с.30;
3. Робустова Т.Г. – Хирургическая стоматология учебник – М.: Медицина 2003 г., с.504;
4. Супиев Т.К. – Гонйно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М.: издетельство «МЕДпресс», 2001 г. с.160.

СПОСОБ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ

Яхёева Г.С., Усмонов Ф.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время основными видами ортопедических конструкций, предлагаемых для замещения односторонних концевых дефектов, являются малые седловидные протезы, частичные съемные пластиночные и дуговые протезы [1–4]. Малые седловидные протезы, как правило, наиболее легко переносятся пациентами с психологической точки зрения благодаря небольшим размерам и короткому периоду адаптации. Однако данный вид протезирования ограничен в применении значительным количеством противопоказаний и не всегда может быть использован (низкие клинические коронки, перегрузка пародонта опорных зубов и т.д.).

Цель исследования. Описать на примере клинического случая способ протезирования концевых дефектов при частичной адентии.

Материалы и методы. Разработанное нами замковое крепление [5] в отличие от известных может быть адаптировано для любой высоты клинических коронок. Фиксация протеза не зависит от высоты коронковой части зуба и выраженности ее экватора. Щадящее препарирование опорных зубов позволяет сошлифовывать минимальное количество твердых тканей.

Комбинация фиксирующих элементов замкового крепления обусловливает достаточную для обеспечения высокой жевательной эффективности фиксацию и пространственную стабилизацию протеза, но при этом не полностью, а лишь частично ограничивает его лабильность во время жевательной функции, как это свойственно жестким замковым креплениям и телескопическим системам.

Данная ограниченная лабильность определяет снижение нагрузки на пародонт опорных зубов за счет перераспределения части жевательного давления на слизистую оболочку альвеолярного отростка. Сравнение воздействия на пародонт опорных зубов предлагаемого замкового крепления с воздействием кламмерной фиксации позволяет утверждать, что оно значительно ниже у нашего крепления, поскольку обеспечивает распределение жевательной нагрузки вдоль продольной оси опорного зуба, что является физиологичным и значительно снижает риск появления травматической окклюзии, подвижности и возникновения перемещения опорных зубов.

Предлагаемое замковое крепление может быть рекомендовано для использования при протезировании концевых изъянов зубных рядов как на верхней, так и на нижней челюсти, при отсутствии показаний к применению кламмерных, замковых, телескопических систем крепления или когда их техническое изготовление невозможно ввиду недостатка места для размещения стандартных фиксирующих элементов, особенно при наличии низких клинических коронок. Снижение нагрузки на пародонт опорных зубов предполагает возможность расширения показаний к применению малых седловидных протезов с данным замковым креплением у пациентов с заболеванием пародонта, осложненным частичной потерей зубов.

Результаты и обсуждение. Эффективность использования малого седловидного протеза с разработанным замковым креплением покажем на конкретном клиническом примере. Пациент А., 52 лет, обратился в клинику с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, промежутки между зубами, неудовлетворительный эстетический вид. На основании клинического и рентгенологического обследования был поставлен диагноз: «хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, осложненный частичной потерей зубов верхней челюсти (3-й класс 1-й подкласс по Kennedy) и нижней

челюсти (2-й класс по Kennedy). Деформация зубных рядов. Комбинированная травматическая окклюзия» Для шинирования и замещения дефектов зубного ряда верхней челюсти, а также улучшения эстетического вида были изготовлены металлокерамические мостовидные протезы.

Протезирование концевого дефекта зубного ряда нижней челюсти представляло определенные трудности. Проведение ортопедического лечения концевого дефекта нижней челюсти искусственными коронками с опорой на имплантаты, что позволило бы более полно удовлетворить функциональные и косметические требования, не устроило пациента в связи с высокой стоимостью работы. Предложенные пациенту варианты протезирования дуговым или пластиночным протезом были им отвергнуты ввиду психологического неприятия использования съемных протезов большой протяженности для замещения такого незначительного, на взгляд пациента, дефекта.

Следует отметить, что подобное отношение пациентов к замещению односторонних концевых дефектов является достаточно распространенным: зачастую они отказываются от дуговых протезов и просят подобрать конструкцию, «соразмерную» протяженности дефекта. Как правило, в подобных ситуациях применение малого седловидного протеза оказывается наиболее приемлемым. В результате пациенту было предложено протезирование малым седловидным протезом нашей конструкции с опорой на зубы 4.4, 4.5 с использованием предлагаемого нами крепления. Это вполне устроило пациента, было получено его информированное согласие. Зубы 4.4, 4.5 были подготовлены под металлокерамические коронки классическим способом. Снят двойной оттиск с помощью силиконового оттискного материала с подготовленных зубов нижней челюсти и вспомогательный оттиск посредством альгинатного оттискного материала — с зубного ряда верхней челюсти. Изготовлены гипсовые модели. На отлитой из высокопрочного сорта гипса комбинированной модели нижней че-

люсти выполняется восковая репродукция каркаса. В изготовленной восковой композиции фрезеруется межкоронковый интерлок закрытого типа, вертикальный паз матричной части и ложе для плеча распределения смещения. Данные элементы конструкции предназначены для улучшения фиксации и пространственной стабилизации протеза. После того как восковая композиция полностью подготовлена, по ней отливается металлический каркас и припасовывается на гипсовой рабочей модели. В клинике проведен осмотр металлической конструкции на гипсовой модели, оценено качество наружной поверхности, точность припасовки к гипсовой культе опорного зуба и положение конструкции по отношению к антагонистам и рядом стоящим зубам. Затем каркас был припасован в полости рта после его предварительной медикаментозной обработки. Припасовку проводили с помощью корригирующей массы силиконового оттискного материала. Определен цвет будущей керамической облицовки. Припасованный в полости рта каркас вновь на гипсовой модели передан в лабораторию для нанесения керамического покрытия и проведения вакуумного обжига. Рабочая модель с конструкцией переданы в клинику для проверки в полости рта. Здесь обращается внимание на восстановление анатомической формы коронок и их отношение как с рядом стоящими зубами, так и с зубами антагонистами. После проверки качества конструкции в полости рта она вновь передается в лабораторию для глазурования керамического покрытия. Проводится финишная обработка конструкции. Следующим лабораторным этапом является фрезерование полусферического углубления в верхней трети вертикального паза матричной части, расположенного в дистальной области искусственной коронки, ограничивающей изъян. Коронки передаются в клинику для изготовления съемной части протеза. Для предотвращения смещения коронок при проведении следующего клинического этапа их фиксируют на корригирующую пасту силиконового оттискного материала и снимают альгинатный от-

тиск вместе с искусственными коронками. По оттиску отливается гипсовая модель с последующим дублированием. Далее получают огнеупорную модель и проводят моделирование каркаса съемной части конструкции, включающего в себя патричную часть крепления, комплементарную ранее отфрезерованной в опорных коронках матричной части.

Отмоделированный каркас отливают из металла, припасовывают на модели и проводят его окончательную шлифовку и полировку. Лабораторным силиконовым материалом снимают оттиск с седловидной части протеза, установленной на модели. Седловидную часть протеза снимают с модели, воск удаляют с помощью пароструйного аппарата. Искусственные зубы размещают и закрепляют в оттиске, на них создаются ретенционные пункты для более прочного соединения с пластмассой. На модели изолируют воском возможные поднутрения в области протезного ложа, после чего ее покрывают изоляционным лаком. Металлический каркас четко позиционируют на модель. В оттиске (контрформе) вырезают отверстие для заливки пластмассы. Оттиск устанавливают на модель, по краям закрепляют воском во избежание смещения. В отверстие заливают пластмассу до заполнения контрформы. Каркас съемной части конструкции обработан и припасован на модели.

Изготовление пластмассового базиса. Модель со слепком помещают в полимеризатор, где пластмасса полимеризуется согласно инструкции. Описанная методика позволяет добиться более точного воспроизведения формы и размеров восковой композиции в пластмассе благодаря нивелированию вероятности завышения толщины слоя пластмассы (что может произойти при использовании кюветы) и смещения базиса протеза в процессе работы. Проводят шлифовку, полировку протеза и готовую конструкцию на гипсовой модели передают в клинику. На заключительном этапе в клинике проверяют изготовленный протез в полости рта. При необходимости проводится коррекция окклюзионных кон-

тактов в центральной, передней и боковой окклюзиях, проверяется прилегание базиса к слизистой оболочке и оценивается фиксация съемной части протеза. Далее осуществляют наложение и фиксацию несъемной и съемной частей конструкции в полости рта Искусственные коронки фиксируют на стеклоиномерный цемент под контролем съемной части конструкции. Для предотвращения соединения матричной и патричной частей конструкции посредством стеклоиномерного цемента целесообразно между ними поместить изолирующий материал. Для лучшего удаления стеклоиномерного цемента его удаляют в резиноподобной консистенции. Осмотр пациента был проведен на следующий день.

Даны рекомендации о правилах пользования и ухода.

Выводы. Предложенный способ лечения концевых дефектов зубных рядов при частичной адентии является наиболее оптимальным решением данной проблемы. Результат показал высокую эффективность метода. Дальнейшее наблюдение за пациентом и контрольные осмотры позволят оценить динамику изменений протезного ложа и тканей и выявить возможные недостатки метода.

Список литературы.

1. Куликов, ГВ Повышение эффективности диагностики нарушений окклюзии у пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом, при различной степени выраженности частичной вторичной адентии с применением метода компьютерной окклюзиографии // Стоматология для всех. 2019 (2):30-33.

2. Луцкая И. К., Зиновенко О. Г., Запашник Т. А., Шевелева Т. Л. Оценка нуждаемости взрослого населения в протезировании зубных рядов с одиночными дефектами// Медицинские новости. 2014;7:77-78.

3. Максюков С. Ю., Беликова Е. С., Иванов А. С. Анализ осложнений, недостатков и дефектов повторного протезирования бюгельными и съемными

пластиночными протезами.// Кубанский научный медицинский вестник 2013; 6 (141): 130–134).

4. Трунин Д. А., Садыков М. И., Нестеров А. М., Постников М. А., Нестеров Г. М., Чистякова М. С. Проблема ортопедического лечения больных с концевыми дефектами зубного ряда// Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018;13(2):441-446.

5. Утюж А.С., Адмакин О.И., Лушков Р.М. Особенности фиксации протезов на имплантатах у больных с концевыми дефектами зубных рядов. Воспалительные осложнения при цементной фиксации протезов. // Успехи современной науки. 2016. Т. 6. № 10. С. 60-65.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Патрушева М.С., Варгина С.А., Хван А. А., Харгелюнова Д.Б.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»,400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) — это хроническое воспалительное заболевание, поражающее кожу и слизистую оболочку полости рта, поражает 1-2% населения, возникает после 30 лет и поражает женщин больше, чем мужчин в соотношении 1,4: 1. Заболевание отличается выраженным ухудшением общего состояния больных, трудно поддающимся лечению типичных, атипичных форм и озлокачествлением. В настоящее время нарастает количество пациентов с данным заболеванием.

Цель: определить эффективность комплексного лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая на примере клинического случая.

Материалы и методы. Дизайн исследования: исследование клинического случая соответствовало этическим стандартам ответственного комитета по экспериментам человека (институциональным и национальным) и Хельсинкской декларации. В ходе исследования использовались препараты, используемые для комплексного лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая - медикаментозное лечение: стероидные препараты местного и системного действия, антигистаминные препараты, витамины, седативные препараты; немедикаментозное лечение: физиотерапевтические методы (лазерная терапия, ТЭС-терапия). Исследование проводилось на кафедре Терапевтической стоматологии. Пациент К., участвовавший в исследовании, подписал добровольное информированное согласие. В документации были учтены ФИО больного, возраст, пол, адрес, предварительный и окончательный диагноз и проводимое комплексное лечение.

Результаты исследования и их обсуждения. Больной К., 1982 г. р., житель г. Волгограда, менеджер. Заболел в 2015 году, когда впервые появились мелкие папулы сероватого цвета, сливающиеся между собой на слизистой щеки по линии смыкания зубов. Был поставлен диагноз: Красный плоский лишай, типичная форма и проведено медикаментозное лечение. В результате лечения наступило улучшение состояния.

Май 2019 вновь стали беспокоить плоские розовато-красного цвета высыпания полигональной формы диаметром 2-5 мм. на сгибательных поверхностях запястий и по всей поверхности туловища(рис№1), в полости рта появились множественные эрозии неправильных очертаний, покрытые фиброзным налетом на поверхности папул по линии смыкания зубов.(рис.№2) После обследования больной был направлен на кафедру терапевтической стоматологии, где на основе анамнеза, диагностики, диф.диагностики был поставлен диагноз: Красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма. И было проведено комплексное лечение(табл.№1.)

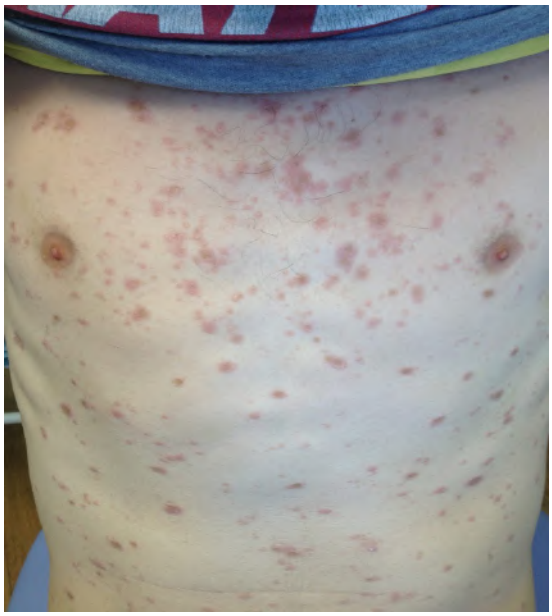


Рисунок №1

Рисунок№2

Общее лечение	Местное лечение
Преднизолон: 1 неделя: по 4 табл. после завтрака через день; 2 неделя: по 3 табл. после завтрака через день; 3 неделя: по 2 табл. после завтрака через день; 4 неделя: по 1 табл. после завтрака через день. Никотиновая кислота: по 0,05 г 2	Санация полости рта с устранением всех травмирующих факторов Отвар ромашки и шалфея: полоскания 3–4 раза в день в течение 2-х недель. Лидокаин – 2%-й раствор в физ.растворе в виде ванночек перед едой в течение 5 минут. Мази «Солкосерил» и «Целесто-

раза в день после приема пищи в течение 2-х недель. Диазолин: по 1 драже 2 раза в день в течение 10 дней. Смесь настоек валерианы, корвалола, пиона, боярышника, пустырника по 1 чайной ложке с водой на ночь. Масляный раствор витамина А по 10 капель на куочек хлеба 3 раза в день в течение 2 месяцев. ТЭС-терапия 1 раз в день №10 Облучение гелий-неоновым лазером по 2 мин. №8	дерм» 0,1%-е 1:1 по 15 минут на элементы поражения 3 раза в день. Аппликации масляного раствора витамина А. Инъекции Дипроспана с лидокаином под элементы поражения 1 раз в неделю до 5 инъекций. Рациональное протезирование. Диспансеризация.

Таблица №1

В результате проведенного лечения наступило улучшение состояния пациента. Больной находится на диспансерном учёте.

Заключение. На основании полученной положительной динамики в ходе лечения, сделан вывод о том, что комплексный подход в терапии данной патологии позволяет ускорить процесс эпителизации элементов поражения и увеличить сроки ремиссии.

Список использованной литературы.

1. Алик Е. Л. Совершенствование лечения различных форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с учетом психофизиологического статуса больных: дис. … канд. мед. наук. – М., 2012. – 234 с.
2. Антипова О. А., Михальченко В. Ф., Яковлев А. Т. // Нелекарственная медицина. – 2009. – № 1. – С. 11–12.
3. Арунов Т. И. Влияние электрохимических факторов гальваноза на течение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2010. – 22 с.
4. Баркова С.В. Эффективность применения транскраниальной электростимуляции в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой полости рта: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Волгоград, 2007. – 23 с
5. Васенев Е. Е. Транскраниальная электростимуляция в комплексном лечении стоматологии: автореф. дис. … канд. мед. наук. – Волгоград, 2007. – 24 с.
6. Иванова И.Н., Мансуров Р.А. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем // Вестн. дерматол. и венерол. – 2003. – № 5. – С. 28–31.
7. Королева Н.В. Колонизация и факторы персистенции микроорганизмов при красном плоском лишае слизистой полости рта: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Волгоград, 2001. – 25 с.
8. Македонова Ю.А. Оптимизация патогенетической терапии больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. … докт. мед. наук. – Волгоград, 2018. – 52 с
9. Михальченко А.В., Медведева Е.А., Михальченко Д.В. Особенности структуры заболеваний слизистой полости рта у жителей Волгограда и Волгоградской области // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 1. – С. 3–7.
10. Русинов В.И. Качество жизни и социальная адаптация больных красным плоским лишаем в процессе этапного лечения: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Волгоград, 2009. – 27 с.

11. Фирсова И.В., Поройский С.В., Македонова Ю.А., Питерская Н.В., Михальченко В.Ф. Эффективность PRP-терапии при эрозивно-язвенной форме у больных красным плоским лишаем слизистой полости рта // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2016. – № 1 (57). – С. 105–108.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ

Табульда С.Н., Певнева В.А., Джумаханова А.Ж.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Актуальность. Кариес зубов - одно из наиболее распространенных заболеваний на планете. Во всем мире у 60-90% школьников и почти у 100% взрослых людей имеется данная патология. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, даже в экономически благополучных странах пораженность кариесом достигает 95-98%, а тенденция к росту заболеваемости лишь прогрессирует [1,6].

Лечение кариеса зубов включает в себя выполнение двух значимых этапов — препарирование и пломбирование кариозной полости. Эти этапы взаимосвязаны и взаимозависимы друг от друга, качественное препарирование кариозной полости влияет на качество прилегания (адгезии) к стенкам полости пломбировочных материалов [2,3]. Каждый материал обладает определенным комплексом эстетических (прозрачность, опаковость, соответствие цвету, блеск) и механических свойств (пластичность, плотность, прилипаемость к инструменту, полируемость) [4,5].Оптимальный выбор материала и методики работы с ним в зависимости от клинической ситуации будет способствовать повышению долговечности реставраций и предупреждению развития осложнений.

Цель исследования является изучение выбора реставрационных материалов и частоты их использования в стоматологических поликлиниках города Волгограда.

Материалы и методы. Нами были изучены 150 медицинских карт стоматологического больного (форма № 043/у) с отдельными случаями лечения ка-

риеса, а также проведено анкетирование врачей с целью определения оценки эстетических и механических свойств используемых пломбировочных материалов.

Сбор статистических данных осуществлялся в Краснооктябрьском районе г. Волгоград на базе «Стоматологической поликлиники ВолгГМУ».

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный нализ изучения медицинских карт стоматологического больного выявил, что врачи в большинстве случаев использовали следующие пломбировочные материалы: Evicrol (двухкомпонентный макронаполненный композит химического отверждения), Gradia Direct (светоотверждаемый реставрационный гибридный композит), Estelite Σ Quick (светоотверждаемый композиционный материал светового отверждения), Spectrum (рентгеноконтрастный композиционный материал светового отверждения), Filtek Z550 (наногибридный композитный материал светового отверждения). Пломбировочный материал Evicrol применялся врачами при лечении по ОМС, что составило 31 случай (20,66 %). Частота применения реставрационных материалов представлена в таблице и рисунках (таб. 1, рис. 1,2). Gradia Direct в 6 случаях (4%). Estelite Σ Quick в 68 случаях, что составляет 45,33 %. Spectrum - 25 случаев, что составляет 16,66%. Filtek Z550 - 20 случаев, что составляет 13,33 %.

Частота применения реставрационных материалов

Таблица 1.

№	Название материала	Частота применения	Частота применения (%)
1	Evicrol	31	20,66
2	Gradia Direct	6	4
3	Estelite Σ Quick	68	45,33
4	Spectrum	25	16,66

5	Filtek Z550	20	13,33

Рисунок 1. Частота применения реставрационных материалов.

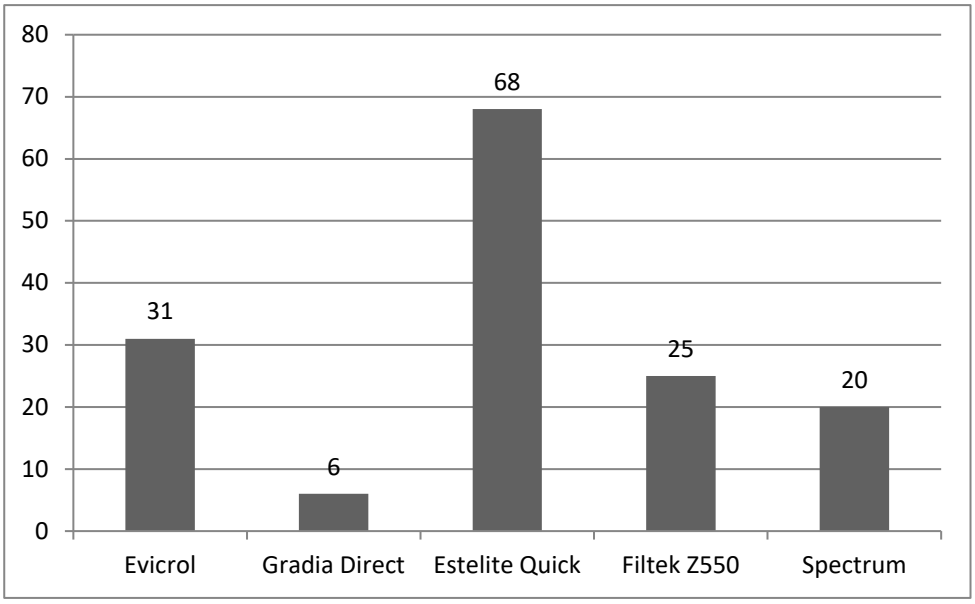
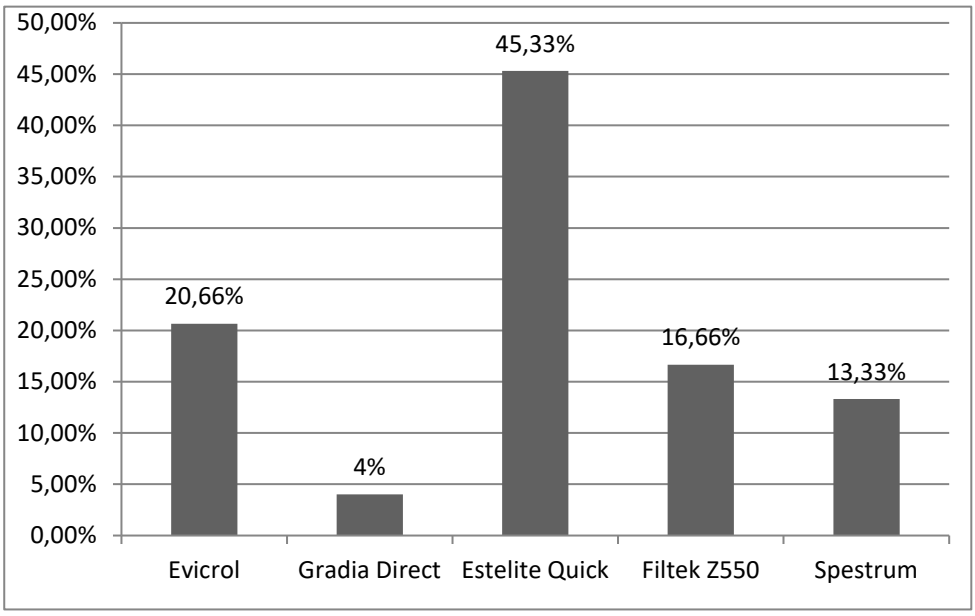


Рисунок 2. Частота применения реставрационных материалов (%).



Названия торговых марок пломбировочных материалов

Было проведено анкетирование врачей с целью определения оценки эстетических (прозрачность, опаковость, соответствие цвету, блеск) и механических свойств (пластичность, плотность, прилипаемость к инструменту, полируемость) используемым пломбировочным материалам.

Анализ результатов показал, что 71,4% стоматологов-терапевтов предпочитают использовать при реставрации фронтальной группы зубов пломбировочный материал Estelite Quick и 28,6% врачей предпочитают Gradia Direct. При реставрации боковой группы зубов 57,1% врачей отдают предпочтение пломбировочному материалу Filtek Z550, по 17,9% Gradia Direct и Spectrum и всего 7,1% Estelite Quick.

Прозрачность, соответствующая прозрачности эмали 1 место Estelite Quick (71,6% ответов «отлично» и 14,2% «хорошо»), 2 место Gradia Direct (85,7% ответов «хорошо»), на 3м месте - Filtek Z550 (по 14,2% ответов «отлично» и «хорошо»).

Материалом, который по мнению врачей наиболее соответствует цвету зубов, чаще называют Estelite Quick (57,3% ответов «отлично» и 14,2% ответов «хорошо»). Второе место занимает Gradia Direct (28,5% ответов «отлично» и 57,3% ответов «хорошо») и третье место - Filtek Z550 (28,5% ответов «отлично» и 43,0% ответов «хорошо»).

Материалом, обладающим лучшим блеском, признан также Estelite Quick (71,5 % ответов «отлично»). Второе место занимают Gradia Direct и Filtek Z550 (по 14,2% ответов «отлично» и 28,5% ответов «хорошо» соответственно).

Наиболее пластичным реставрационным материалом является Estelite Quick (71,5 % ответов «отлично» и 28,5 % ответов «хорошо»). На втором месте Gradia Direct (50% ответов «отлично» и 50 % ответов «хорошо») и на третьем месте – Spectrum (57,3% ответов «отлично»).

Самым плотным материалом признан Filtek Z550 (71,4% ответов «хорошо» и 28,6 % ответов «отлично»). Второе место занимает Estelite Quick (42,8% ответов «отлично» и 14,4 % ответов «хорошо»), третье место – Gradia Direct (14,4% ответов «отлично» и 42,8 % ответов «хорошо»).

Материалом, который хорошо полируется, является Estelite Quick (57,3% ответов «отлично» и 28,5% ответов «хорошо»), на втором месте Gradia Direct (28,5% ответов «отлично» и 57,3 % ответов «хорошо»). И на третьем месте - Filtek Z550 (14,2% ответов «отлично» и 28,5 % ответов «хорошо»).

Наиболее универсальным пломбировочным материалом большинство стоматологов считает Filtek Z550, что составляет 57,1%, а 28,5% врачей считает универсальным материалом Gradia Direct и 14,2% предпочитает Estelite Quick.

Выводы. Таким образом, материал Evicrol химического отверждения используется врачами только при лечении пациентов по ОМС. Наиболее часто используемым реставрационным материалом, согласно данным исследования, является материал Estelite Σ Quick - светоотверждаемый, рентгеноконтрастный композиционный материал с субмикронным наполнителем, предназначенный для использования при реставрации передних и боковых зубов. Подходит для кариозных полостей всех классов. На третьем месте – Filtek Z550- наногибридный композитный материал светового отверждения, наногибридная формула обеспечивает материалу отличные прочностные характеристики и высокую износоустойчивость.

Различные материалы, в силу различия манипуляционных характеристик и предпочтений врача, требуют применения различных технических приемов и методик в процессе пломбирования.

Список литературы:

1. К вопросу о совершенствовании системы экспертизы качества стомато-

логического лечения// Колесова Т.В., Деревянченко С.П., Денисенко Л.Н., Наумова В.Н. Colloquium-journal. 2019. № 24-3 (48). С. 34-35.

2."Терапевтическая стоматология" Боровский Е.В. Москва, 2011г стр. 840. ISBN 978-5-8948-1726-2

3. Арутюнов Г.Р., Фалчари Р.О., Васькив Д.В., Деревянченко С.П. Критерии выбора фотоотверждаемых герметиков //Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 1. С. 91-93.

4."Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие" Николаев А.И., Цепов Л.М. - 9-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2016.- 928 с.: ISBN 978-5-98322-642-8

5.« Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2015. – 888 с. – (Серия «Национальные руководства»). ISBN978-5-9704-3476-5

6. Белявская А.А., Деревянченко С.П. Влияние газированных напитков на пломбировочные материалы и твердые ткани зуба // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2015. Т. 17. № 4. С. 333-334.

ОЦЕНКА ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Усманова И.Н., Аль Кофиш М. А. М[1]., Бдаир З.Р[2]., Бикбулатова Е.Ф[2]., Шафиева А.Ф[2].

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

[1]Университет города Аден, Стоматологический факультет, г. Аден, Республика Йемен,

[2]Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан, Чишминская центральная районная больница, Чишмы

Актуальность

Значительная распространённость воспалительных заболеваний пародонта у разных возрастных группах населения составляет в среднем более 90%, что и определяет ее медико-социальную значимость[2,3,4,5,6].

Ведущая роль в формировании воспалительного процесса в тканях пародонта отводится наличию микробиологического фактора риска – микробного состава над и поддесневого зубного налета. При этом к основным факторам риска развития заболеваний пародонта являются кариесогенные и пародонтопатогенные виды микроорганизмов: Streptococcus mutans, S.sobrinus, S.sanguis, S.uberis, Lactobacillus acidophyllus, Veionella parvulla, Rothia dentacariosa, Porphyromonas gingivalis и P.endodentalis, Tannerella forsythia, Treponema denticola, Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Fusobacterium nucleatum.Actinomyces viscosus, Phoprionibacterium aches, Praevotella intermedia [1,7,8].

Особенностью течения хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта является то, что ранние клинические проявления заболевания малозаметны пациентом и чаще всего протекают бессимптомно. Исходя из этого,

важным в ранней диагностике воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста является определение причинного фактора.

Целью исследования явилась оценка микробного состава над и поддесневого зубного налета как фактора риска развития воспалительных заболеваний пародонта у лиц молодого возраста.

Материал и методы исследования

Проведено клиническое стоматологическое обследование 175 пациентов в возрасте от 20 до 44 лет (94 мужчин и 81 женщина): 20-24 лет – 35 (20%) человек, из них мужчин – 15 (42,86%), женщин 20 (57,14%), 25-34 лет – 52 (29,71%), соответственно лиц мужского и женского пола составило – 32 (61,5%) и 20 (38,46%) человек, среди возрастной группы 35-44 лет – 88 человек (50,29%) распределение по полу составило соответственно 47 (53,4%) и 41 (46,6%). Обследование проводилось по методике, предусматривающей опрос, сбор анамнеза жизни и заболевания, внешний осмотр и осмотр полости рта. В диагностике воспалительных заболеваний пародонта, оценке их тяжести и распространенности использовали STEPS-подход (рекомендации ВОЗ, 2013).

Микробиологическое исследование проводилось на базе клинико-диагностической лаборатории кафедры микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (зав. кафедрой д.м.н., профессор Туйгунов М.М.) и включало микроскопическое и культуральное исследования биотопов полости рта (зубной налет, десневая и ротовая жидкость, содержимое зубодесневого кармана) для выявления условно патогенных и пародонтопатогенных микроорганизмов и последующей идентификации.

Выделение патогенных и условно-патогенных бактерий использовали 5% кровяной и шоколадный агары, стрептококковый бульон, трипсозо-соевый агар.

Методом ПЦР с использованием коммерческих наборов «ДНК-экспресс» (ООО «Научно-производственной фирмы (НПФ) «Литех», Россия) проводили содержание и качественный анализ пародонтопатогенов – Porphyromonas gingivalis, P. endodentalis, Treponema denticola, Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Fusobacterium nucleatum, Tannerella forsythia.

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 7,0 и электронных таблиц Excel 2007. Достоверными считали данные, для которых вероятность ошибки (p) была меньше 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного комплексного стоматологического обследования пациентов в 98,4% случаев диагностированы выраженные клинические проявления воспалительных заболеваний пародонта вне зависимости от возраста.

В возрастной группе 20-24 лет легкая степень воспаления нами определена у 30,6±0,05%, средняя степень - 27,1±0,05%, тяжелая -42,3±0,05, в группе 25-34 лет соответственно – 18,1±0,02%, 32,6±0,35%, 49,2±0,55%, группе лиц 35-44 лет соответственно 4,4± 0,25%, 41,4±0,40%, 54,2±0,45% ($p<0,05$).

Вне зависимости от клинического состояния тканей пародонта в исследуемых биотопах полости рта (зубной налет, десневая и ротовая жидкость и содержимое пародонтального кармана) обнаружены условно-патогенные и пародонтопатогенные микроорганизмы.

Практически у всех обследованных лиц вне зависимости от групповой принадлежности обнаруживались - лактобактерии (Lactobacillus acidophilus, L. fermentum, L. brevis, L. casei), дрожжеподобные грибы рода Candida (C. albicans) отмечались 79% случаев.

В исследуемых биотопах полости рта с высокой частотой также встречались Streptococcus spp. (Str. mitis, Str. sangius) в среднем в 91,4%, Neisseria spp. у 65% обследованных лиц.

В результате проведенного анализа различных биотопов полости рта (проб зубного налета, десневой жидкости и содержимого пародонтального кармана) с использованием качественного варианта тест-системы ПЦР у лиц молодого возраста вне зависимости от клинического состояния тканей пародонта выявлены положительные образцы специфических фрагментов ДНК пародонтопатогенов.

Наиболее распространенным и часто встречающимся во всех возрастных группах во всех исследуемых биотопах был P. gingivalis: в ротовой жидкости в среднем в 22,9%, в десневой жидкости в 48,6%, а в содержимом пародонтального кармана в 71,4% случаев.

Также в указанных биотопах обнаруживался Fusobacterium nucleatum у 34,28% и 54,3% обследованных лиц, Aggregatibacter actinomycetemcomitans соответственно у 14,29% и 45,7% лиц ($p < 0,05$), с некоторым превалированием их в содержимом пародонтального кармана и в десневой жидкости.

Вывод:

Таким образом, в исследуемых биотопах независимо от клинического состояния тканей пародонта микробиологическими методами выявлены факторы риска развития и утяжеления воспалительных заболеваний пародонта в виде условно-патогенных и пародонтопатогенных микроорганизмов.

Обзор литературы

1. Анализ микробного состава биотопов полости рта у лиц молодого возраста в зависимости от стоматологического статуса / Герасимова Л.П., Усманова И.Н., Аль-Кофиш М.А.М. [и др.] // Пародонтология. 2017. Т. 22. № 3 (84). С. 73-78.

2. Влияние заболеваний пародонта на стоматологическое здоровье населения. Профилактика и лечение заболеваний пародонта / Курбанов О.Р., Хасаева М.И., Алиева А.О., Омаров Ш.З. [и др.] // Вестник Медицинского стоматологического института. - 2019. - № 4 (51). - С. 33-39.

3. Изучение заболеваемости пародонта и ее значение для планирования лечебно-профилактической помощи. / Курбанов О.Р., Алиева А.О., Хасаева М.И. [и др.] Актуальные вопросы стоматологии. Сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. - 2019. - С. 186-189.

4. Курбанов О.Р. Заболеваемость и оценка стоматологической помощи по основным показателям распространенности кариеса и пародонтита / Курбанов О.Р., Абакаров С.И., Гранин В.М. // Российский стоматологический журнал. - 2006. - № 6. - С. 45-46.

5. Курбанов О.Р. Изучение особенностей обращаемости населения за лечебно-профилактической помощью в государственные и коммерческие стоматологические структуры / Курбанов О.Р., Гусейнов С.Т., Эфендиев М.Н. // Фундаментальные исследования. - 2008. - № 3. - С. 128-132.

6. Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста (обзор литературы) / Орехова Л. Ю., Кудрявцева Т. В., Чеминава Н. Р. [и др.] // Пародонтология. 2014. №2 (71). С. 3-5.

7. Роль условно-патогенной и патогенной микрофлоры полости рта в развитии воспалительных заболеваний пародонта и слизистой полости рта (обзор литературы) Усманова И. Н., Туйгунов М. М., Герасимова Л. П. [и др.] // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура». Челябинск. 2015. Т. 15. №2. С. 37-44.

8. Способ ранней диагностики заболеваний ротовой полости у лиц молодого возраста по микроэлементному составу и концентрации лактобакте-

рий в нестимулированной ротовой жидкости /Усманова И.Н., Герасимова Л.П. [и др.]. // патент на изобретение RUS 2460076 30.03.2011

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Усманова И. Н[1]., Плеханова Ф. М[2]

[1]ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа

[2]ГБУЗ Республики Башкортостан Туймазинская центральная районная Больница, Туймазы

Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта во всем мире (98%), усиление интенсивности их течения и тяжести последствий для организма обуславливают необходимость поиска новых методов их диагностики.

К сожалению, по данным эпидемиологических обследований ВОЗ в 47 странах мира, Россия относится к числу наиболее неблагоприятных стран. Интактный пародонт диагностируется только 12% населения России, у 53% людей отмечены начальные воспалительные явления, а у 12% - поражения средней и тяжелой степени [2,3,4,5,6].

В многочисленных исследованиях доказано, что во время развития хронического воспаления в тканях пародонта значительно снижается местная резистентность ротовой жидкости в ответ на изменение уровня гигиены полости [1,6,7].

Известно, что показатели местной защиты достаточно разнообразны и включают в себя как иммунный, так и микробный компонент, именуемый колонизационной резистентностью. Среди факторов местного иммунитета поло-

сти рта значительная роль отводится секреторному иммуноглобулину А, лизоциму и другим биохимическим маркерам ротовой жидкости.

Целью исследования - оценка состояния резистентности ротовой жидкости у лиц молодого возраста с хроническими заболеваниями пародонта.

Материал и методы.

Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 660 лиц молодого возраста. Критерием включения в исследование был возраст от 15 до 23 лет, отсутствие острых общесоматических заболеваний.

В результате клинического стоматологического обследования сформированы две клинические группы: I группа - 48 (7,27%) пациентов с клинически интактным пародонтом (КИП), II группа – 612 (92,73%) пациентов с хроническим гингивитом (ХГ).

Оценку гигиенического состояния полости рта проводили по индексу OHI-S (индекс Грин-Вермильона, 1964).

Для количественного определения SIg A в ротовой жидкости использовали твердофазный метод иммуноанализа и коммерческий набор «SIg A – ИФА – БЕСТ - стрип» (ЗАО «Вектор-Бест», г. Новосибирск).

Активность лизоцима смешанной слюны изучали спектрофотометрическим методом О. В. Бухарина (1975) с живой культурой Micrococcus lysodeyticus.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 7,0 и электронных таблиц Excel 2007. Для сравнения данных использовали t критерий Стьюдента. Уровень достоверной значимости составлял $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение.

На момент клинического стоматологического осмотра только 40,5±2,55% лиц молодого возраста вне зависимости от пола и возраста не предъявляли ни-

каких жалоб, у 59,5±2,75% обследуемого контингента были жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, наличие зубных отложений и неприятный запах изо рта, и на периодически появляющееся чувство дискомфорта в деснах.

У 7,27% обследованных лиц среднее значение индекса гигиены составил 1,09±0,08 за счет компонента мягкого зубного налета. Уровень гигиены полости рта у 92,73% обследованных оценен как неудовлетворительный и составил в среднем 2,42±0,33 ($p<0,05$). Компонент зубного налета у этих лиц составил 0,82±0,08, компонент зубного камня – 1,60±0,14 ($p<0,05$).

Уровень гигиены полости рта оценен в возрастной группе лиц 15-17 лет как неудовлетворительный, а в группах 18-20 и 21-23 как плохой. Имеется корреляционная связь между уровнем гигиены и возрастом ($r=+0,192$).

При клинически интактном пародонте в 65,58% случаев средние значения неспецифических факторов местного иммунитета полости рта находятся в пределах нормальных значений, что свидетельствует об адекватной реакции организма и в частности иммунной системы.

В группе лиц молодого возраста с ранними проявлениями воспаления в 65,58% случаев, хроническим генерализованным катаральным гингивитом в 100% случаев при исследовании проб ротовой жидкости получены следующие данные: концентрация SIg A составила среднем 0,43±0,017 г/л, лизоцима -3,7± 1,95 мкг/мл. ($p<0,05$).

В группе лиц с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести в 100% случаев при исследовании проб ротовой жидкости нами получены показатели местного иммунитета - SIg A - 0,7 ± 0,02 г/л, лизоцим - 7,01±0,84 мкг/мл. ($p<0,05$).

Нами установлено, что для лиц молодого возраста было характерно высоко статистически значимые ($p<0,05$) различия показателя сбалансированности локальных факторов местного иммунитета с показателями контрольной группы

(клинически интактный пародонт). При этом, согласно принятым критериям оценки интерпретации коэффициента у пациентов с хроническим гингивитом и пародонтитом имело место неблагоприятное состояние местного иммунитета.

Наиболее высокое значение локальных факторов местного иммунитета отмечается при хроническом генерализованном пародонтите, что может свидетельствовать об истощении адаптационных механизмов неспецифической защиты слизистой оболочки рта. Выявленное нами наибольшее значение концентрации sIgA и лизоцима, в зависимости от степени тяжести воспалительного процесса может свидетельствовать о гиперэргической реактивности местного иммунитета и при нарастании тяжести патологических изменений происходит срыв адаптационных возможностей организма.

Выводы.

Таким образом, на фоне нарушения гигиенического состояния полости рта происходит изменение состояния локальных факторов защиты полости рта (показателей уровня SIgA, лизоцима), что является одним из ранних маркеров в диагностике хронического воспаления в тканях пародонта у лиц молодого возраста.

Список литературы

1. Альбицкая Ю.Н. Особенности биохимических изменений в ротовой жидкости при кариесе и гингивите у молодых людей в зависимости от возраста и сезонности : дис. ... канд. мед. наук. – Ростов н/Д, 2005. – С. 105-107. - URL: http://dx.doi.org/10.17686/sced_rusnauka_2016-1801.

2. Влияние заболеваний пародонта на стоматологическое здоровье населения. Профилактика и лечение заболеваний пародонта / Курбанов О.Р., Хасаева М.И., Алиева А.О. [и др.]// Вестник Медицинского стоматологического института. - 2019. - № 4 (51). - С. 33-39.

3. Изучение заболеваемости пародонта и ее значение для планирования лечебно-профилактической помощи. Курбанов О.Р., Алиева А.О., Хасаева М.И. [и др.]. / Актуальные вопросы стоматологии. Сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. - 2019. - С. 186-189.

4. Курбанов О.Р. Изучение особенностей обращаемости населения за лечебно-профилактической помощью в государственные и коммерческие стоматологические структуры. / Курбанов О.Р., Гусейнов С.Т., Эфендиев М.Н. // Фундаментальные исследования. - 2008. - № 3. - С. 128-132.

5. Курбанов О.Р. Заболеваемость и оценка стоматологической помощи по основным показателям распространенности кариеса и пародонтита / Курбанов О.Р., Абакаров С.И., Гранин В.М. // Российский стоматологический журнал. - 2006. - № 6. - С. 45-46.

6. Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста (обзор литературы) / Орехова Л. Ю., Кудрявцева Т. В., Чеминава Н. Р[и др.] // Пародонтология. - 2014. №2 (71). С. 3-5.7.

7. Способ дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний пародонта по состоянию локальных факторов неспецифической защиты полости рта/ Усманова И.Н., Бакиров А.Б., Герасимова Л.П. и соавт. // Патент на изобретение RU 2390775 C1, 27.05.2010. Заявка № 2009108566/15 от 10.03.2009.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЕЙКОПЛАКИИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Михалев Д. Е., Байдик О. Д.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Томск, Россия.

Актуальность. Согласно классификации ВОЗ (2007) лейкоплакия слизистой оболочки полости рта (СОПР) относится к потенциально злокачественным заболеваниям (ПЗЗ) и представляет собой гиперкератоз, сопровождающийся воспалением стромы и возникающий, как правило, в ответ на хронические экзогенные и эндогенные раздражения. Данное заболевание является наиболее склонным к малигнизации предраковым заболеванием СОПР и красной каймы губ, риск малигнизации составляет 15,6–39,2% [1].

Экстенсивные показатели заболеваемости лейкоплакией в Российской Федерации, по данным официальной статистики, составляют 2,1% верифицированных случаев [2]. К преимущественной локализации лейкоплакии полости рта относят поражение слизистой оболочки щек (25%), языка (10%), губы (5–10%), твердого нёба (10–20%), дна полости рта (10–25%) и десны (20%) [3]. Данное заболевание, как правило, остается без внимания специалистов, т.к. врачи-онкологи занимаются диагностикой и лечением непосредственно рака, а врачи-стоматологи имеют низкую осведомленность о предраковых заболеваниях СОПР.

Цель исследования: ретроспективный анализ распространенности, качества диагностики, факторов риска лейкоплакии в структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта в Томской области.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2019 г. изучено и проанализировано 1038 медицинских карт стоматологических больных, медицинских карт амбулаторных больных и историй болезней пациентов, обратившихся за лечеб-

но-консультативной помощью по поводу заболеваний СОПР в первичную амбулаторно-поликлиническую сеть и в онкологическую клинику Томского национального исследовательского медицинского центра.

Результаты и их обсуждение. При ретроспективном анализе возрастно-полового состава отмечено, что женщин с диагнозом «лейкоплакия полости рта» было значительно больше, чем мужчин (66,6% против 33,4% соответственно). Возраст больных варьировал от 27 до 88 лет, средний возраст составил 59,8± (59,5 ± – у женщин, 60,5 ±– у мужчин). Из них жителями Томска были 54 (53,1%), Томской области 45 (46,9%) пациента.

В общей структуре заболеваний СОПР преобладали стоматиты и родственные поражения (52,2%), кандидозный стоматит (24,1%). Далее по частоте встречаемости отмечены лейкоплакия (9,6%), злокачественные новообразование полости рта (9,5%), и красный плоский лишай (КПЛ) (4,6%).

Несмотря на то, что лейкоплакия выявлялась почти у каждого десятого пациента с патологией СОПР, данная нозология относится к заболеваниям с высоким риском малигнизации.

Для определение морфологической картины лейкоплакии использовалась классификация А.Л. Машкиллейсона (1970). Простая (плоская) лейкоплакия встречалась в 55,5% случаев, веррукозная – в 24,3%, эрозивно-язвенная – в 16,2%, лейкоплакия Таппейнера – в 4%. Очаги лейкоплакии преимущественно располагались на языке 40 (40.2%), на альвеолярном отростке и десне 20 (20.7%), дне полости рта 23 (23.2%). Реже лейкоплакия встречалась на небе 11 (11%) и щеках 5 (4.9%). Основными жалобами пациентов была боль, усиливающуюся от действия всех видов раздражителей, чувство дискомфорта и ощущение «нароста» слизистой СОПР. Злокачественные новообразования полости рта (ЗНО ПР) главным образом встречались на языке у 42 человек (42.9%), дне полости рта - у 25 человек (25.5%), альвеолярном отростке и десне – у 11 человек

(11.2%), реже на небе – у 14 человек (14.3%) и щеках – у 6 человек (6.1%). Стоит отметить тот факт, что процент распределения по локализации лейкоплакии и ЗНО ПР совпадает, что косвенным образом может указывать на наличие связи между данными патологиями. Несмотря на достаточно удобную для осмотра локализацию лейкоплакии СОПР, большинство больных обращаются за лечением с плоскоклеточным раком СОПР на III-IV стадии [4].

При анализе предраковых заболеваний в течении 2014-2019 гг. наблюдается увеличение случаев лейкоплакии СОПР: в 2014г. – 9 случаев, в 2015г. – 10 случаев, в 2016г. – 14 случаев, в 2017г. – 23 случая, в 2018г. – 11 случаев и в 2019г. – 32случая. Следует отметить, что количество ЗНО ПР остается относительно постоянным. В то же время врачам следует сохранять онкологическую настороженность, так как средний период малигнизации лейкоплакии СОПР составляет 5 лет и в будущем возможен рост ЗНО ПР. Большинство случаев данного заболевания было отмечено в возрастной группе 45-64 лет. В группах 18-34 лет и 35-34лет лейкоплакия встречалась редко - 6 и 8 случаев соответственно. Данная тенденция распространения по возрастным группам прослеживается у ЗНО ПР.

Продолжительность заболевания до обращения в медицинское учреждение со слов пациентов с лейкоплакией СОПР составила от 1 месяца до 3 лет, средняя продолжительность заболевания – ± 14 месяцев. Таким образом, наиболее распространенным фактором риска при лейкоплакии является курение - 56% пациентов с данным диагнозом. Очаги лейкоплакии полости рта достаточно длительное время не вызывают жалоб у пациентов.

Среди сопутствующих заболеваний чаще всего встречалась патология ЖКТ (53%) гастродуоденит, холецистит, панкреатит и эндокринной систем (30%) сахарный диабет II типа (СД) и аутоиммуный тиреодит. В 15.3% случаев имела место быть сочетанная патология ЖКТ, сердечно-сосудистой и эндокринной

систем. Несомненно, заслуживает внимания тот факт, что в 7,2% у пациентов с лейкоплакией выявлялись злокачественные поражения, локализованные за пределами челюстно-лицевой области.

По данным E Brouns и др. от 16% до 62% плоскоклеточного рака полости рта связаны с уже существующей лейкоплакией [5]. Выявление плоскоклеточного рака в половине случаев гиподиагностики актуализируют необходимость формирования более качественного подхода к диагностике лейкоплакии СОПР. Настораживает увеличение случаев лейкоплакии СОПР за исследуемый период времени, поэтому врачам следует сохранять онкологическую настороженность, так как данная нозология относит потенциально злокачественным заболеваниям с высоким риском малигнизации и в будущем возможен рост ЗНО ПР.

Выводы. Увеличение доли лейкоплакии в структуре заболевание СОПР, высокий онкогенный потенциал, выявление множества факторов риска детерминируют необходимость формирования онкологической настороженности в профессиональной среде врачей и внедрению в практику современных методов ранней диагностики данного заболевания.

Список литературы

1. Гилева О.С., Либик Т.В., Позднякова А.А., Сатюкова Л.Я. Предраковые заболевания в структуре патологии слизистой оболочки полости рта. *Вестник стоматологии*. 2012;(2):3–9.
2. Рабинович О.Ф., Абрамова Е.С., Тогонидзе А.А. Клиника, диагностика и лечение различных форм лейкоплакии. *Стоматология*. 2014;93(5):75–81.
3. Межевикина Г.С., Глухова Е.А. Современные методы диагностики предраковых и раковых изменений слизистой оболочки рта. Наука молодых. 2018. Т. 6, №4. С. 600-606. doi:10.23888/HMJ201864600-606
4. Brouns E., Baart J.A., Bloemena E, Karagozoglu H., van der Waal I. The relevance of uniform reporting in oral leukoplakia: Definition, certainty factor and staging

based on experience with 275 patients. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*. 2012:18756–18756

5. Mortazavi, H., Baharvand, M., & Mehdipour, M. (2014). Oral potentially malignant disorders: an overview of more than 20 entities. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects.* 8(1), 6–14. https://doi.org/10.5681/joddd.2014.002.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Спевак Е.М., Христофорандо Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ставрополь.

Актуальность. Распространенность хронических воспалительных заболеваний челюстей в структуре патологии челюстно-лицевых стационаров имеет тенденцию к увеличению за последние годы[3]. Несмотря на очевидное развитие стоматологии, появление новых инвазивных и эстетических процедур, проблемы профилактики стоматологических заболеваний, а также низкой социальной ответственности некоторых слоев населения по поводу состояния своего здоровья остаются актуальными, а количество предъявляемых пациентами требований к качеству жизни и качеству лечения увеличивается с каждым годом[1].

Посттравматический остеомиелит является одним из наиболее трудных для лечения заболеваний в челюстно-лицевой хирургии ввиду его хронического характера, опасности возникновения гнойно-воспалительных осложнений и больших по протяженности дефектов челюстных костей[2]. Все вышеперечисленное определило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Оценить половозрастные и социальные признаки пациентов с посттравматическим остеомиелитом челюстей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ стационарных карт отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя за 2015-2017 годы, в исследование включены все пациенты с посттравматическим остеомиелитом (основная группа) и одонтогенным остеомиелитом (группа сравнения). Анализировались пол, возраст пациентов, уровень образо-

вания, социальный статус, наличие документов (паспорт и страховой полис), наличие гемоконтактных инфекций (гепатит В, С или ВИЧ).

Статистическая обработка полученных результатов включала расчет экстенсивных показателей, вычисление средней арифметической величины (M) и стандартной ошибки среднего m (M± m), U- критерия Манна-Уитни для сравнения признаков, имеющих ненормальное распределение, с применением стандартного специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows v. 6.0».

Результаты и их обсуждение. За 2015-2017гг. было пролечено 80 пациентов с посттравматическим (основная группа) и 58 пациентов с одонтогенным остеомиелитом (группа сравнения). Анализируемые характеристики исследуемых групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

Половозрастные и социальные признаки пациентов исследуемых групп

Группа / Признак		Основная группа	Группа сравнения	Значение p
Пол	*женский (абс./%)*	9 (11,25%)	34 (58,62%)	**p<0,05**
	мужской (абс./%)	71 (88,75%)	24 (41,38%)	**p<0,05**
Возраст (лет)		35,86±1,65	45,46±2,84	**p<0,05**
Уровень образования	*высшее (абс./%)*	9 (11,25%)	33 (56,9%)	**p<0,05**
	среднее специальное (абс./%)	29 (36,25%)	20 (34,48%)	p>0,05
	среднее (абс./%)	42 (52,5%)	5 (8,62%)	**p<0,05**
Социальный статус	*работает (абс./%)*	6 (7,5%)	32 (55,17%)	**p<0,05**
	не работает (абс./%)	62 (77,5%)	17 (29,31%)	**p<0,05**
	студент (абс./%)	12 (15%)	9 (15,52%)	p>0,05

Без документов (абс./%)	21 (26,25%)	2 (3,45%)	**p<0,05**
Наличие гемоконтактной инфекции (абс./%)	10 (12,5%)	3 (4,17%)	**p<0,05**
Всего (абс./%)	80 (100%)	58 (100%)	-

Примечание - анализ U-критерия проводился с учетом абсолютных значений в группах исследования за каждый учетный год

При анализе таблицы обращает на себя внимание достоверное (p<0,05) преобладание мужчин среди пациентов основной группы (88,75%) и женщин – в группе сравнения (58,62%), при этом соотношение между мужчинами и женщинами в основной группе составило приблизительно 1:8, а в группе сравнения – 1:1,5. Установлено, что средний возраст обследуемых пациентов в основной группе был в среднем на 10 лет младше, чем в группе сравнения – 35,86±1,65 и 45,46±2,84 лет соответственно. При оценке уровня образования выявлено симметричное достоверное (p<0,05) преобладание пациентов с высшим образованием среди пациентов группы сравнения (56,9%) и пациентов со средним образованием (52,5%) среди обследованных основной группы. По количеству лиц со средним специальным образованием исследуемые группы достоверно не различались (p>0,05). По социальному статусу также выявлено достоверное (p<0,05) различие: среди пациентов с посттравматическим остеомиелитом официально работающими были только 6 человек (7,5%) по сравнению с 32 работающими пациентами (55,17%) из группы сравнения. При этом по количеству студентов исследуемые группы достоверно не различались (p>0,05). Обращает на себя внимание также достоверно (p<0,05) большее среди пациентов основной группы число лиц, поступивших на лечении без документов (паспорт и полис) - 21 человек (26,25%), по сравнению с 2 пациентами (3,45%) группы сравнения. Подобному контингенту лиц помощь оказывалась по срочным показаниям. И также весьма тревожным фактом являлось значительное число инфици-

рованных пациентов – 10 человек (12,5%) из основной группы, что было достоверно ($p<0,05$) больше, чем в группе сравнения (3 человека, 4,17%).

Выводы. Посттравматический остеомиелит является одним из наиболее часто встречаемых воспалительных заболеваний челюстей. Однако распространенность данной патологии была значительно ниже если бы не объективные социальные факторы. Как показало проведенное исследование, контингент пациентов с посттравматическим остеомиелитом челюстей в значительной мере представлен лицами, ведущими асоциальный образ жизни, не имеющими высшего образования, постоянного места работа, удостоверяющих личность документов. Все вышеперечисленное не может не накладывать свой отпечаток на картину, которая обнаруживается у таких пациентов в полости рта. Особую обеспокоенность вызывает факт преобладания среди пациентов с посттравматическим остеомиелитом челюстей лиц молодого трудоспособного возраста.

Таким образом, социальный аспект в практике челюстно-лицевого хирурга и стоматолога имеет немаловажное значение как на этапе постановки диагноза, так и при определении основных путей решения проблемы посттравматического остеомиелита челюстей.

Список литературы.

1. Рабинович, С.А. Оценка формирования болевых установок в стоматологии с помощью шкалы катастрофизации боли / С.А. Рабинович, Ю.Л. Васильев // Рос. журн. боли. - 2017. - №2 (53). – С. 26-30.

2. Фомичев, Е.В. Верификация клинических проявлений хронической эндогенной интоксикации у пациентов с травматическим остеомиелитом нижней челюсти [Текст] / Е.В. Фомичев, М.В. Кирпичников, Е.Н. Ярыгина, В.В. Подольский // Волгоградский научно-медицинский журнал. - 2017. - № 4 (56). - С. 40-42.

3. Фомичев, Е.В. Современные особенности клинических проявлений одонтогенного и травматического остеомиелита нижней челюсти [Текст] / Е.В. Фомичев, М.В. Кирпичников, Е.Н. Ярыгина, В.В. Подольский, Е.В. Ефимова, Т.В. Морозова // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2013. - № 1 (45). - С. 7-11

ИРРИГАЦИОННЫЕ РАСТВОРЫ: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Афанасьева О.Ю., Ярмова Э.Н., Донцова Д.И.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Анализ осложнений эндодонтического лечения привел к пересмотру отдельных его этапов. Сложность внутренней морфологии зуба, а также внутриканальная биопленка заставляют искать новые эффективные методы медикаментозной обработки корневых каналов. И в связи с этим проблема качественной ирригации корневых каналов играет ведущую роль в успешном эндодонтическом лечении. Качественное препарирование и формирование корневого канала подготавливает его к дезинфекции. Ирригационные растворы, благодаря вымыванию, облегчают выведение патогенной микрофлоры, остатков тканей и дентинных опилок из корневого канала, препятствуют уплотнению твердых и мягких тканей в области верхушки корня и проталкиванию инфицированного содержимого в периапикальную область. Растворяют органическую или неорганическую ткань в корневом канале. Проявляют бактерицидный и фунгицидный эффект при их непосредственном контакте с микроорганизмами [4,5].

Цель исследования: провести сравнительный анализ свойств ирригантов корневых каналов, наиболее часто используемых в стоматологической практике.

Материалы и методы. На основании данных литературных источников, статей, инструкций к применению, клинических рекомендаций (протоколов лечения) мы провели анализ наиболее применяемых в стоматологической практике ирригантов, изучили их преимущества и недостатки.

Результаты и их обсуждения.

Название препарата	Перекись водорода	Гипохлорит натрия	Хлоргексидина биглюконат	Йодинол
Механизм действия	Атомарный кислород способствует механической очистке канала	Газообразный хлор разрушает органические остатки, обеззараживает содержимое каналов за счет бактерицидного, дезодорирующего и отбеливающего действия	Бактерицидное действие на грамположительные и грамотрицательные бактерии, дрожжевые грибы, липофильные вирусы, золотистый стафилококк, пародонтопатогенные микроорганизм	Бактерицидное и фунгицидное действие
Концентрация	3%	1- 5,25%	0,2 -2%	1%
Преимущества	Бактерицидное и кровоостанавливающее действие	Растворяет органическое содержимое корневых каналов, обладает эффективностью уничтожения сложной био-	Эффективен в отношении микроорганизмов биопленки, не нарушает полимеризацию композитных материалов, обладает пролон-	Обеспечивает пролонгированное действие за счет постепенного выделения йода, ускоряет регенерацию

		пленки и широким спектром антибактериального действия	гированным антимикробным действием.	тканей пародонта, служит индикатором чистоты корневого канала (обесцвечивается при соприкосновении с детритом и гноем)
Недостатки	Не обладает протеолитическим действием. При выведении за апекс, вызывает постоперационные боли.	Не удаляет смазанный слой. При выведении за апикальное отверстие возникает болевой симптом, отек и некроз околозубных тканей. Несовместим с некоторыми веществами. При длитель-	Не растворяет органические ткани. Не совместим с некоторыми веществами. В редких случаях может вызывать раздражение тканей и аллергические реакции.	Не растворяет органические остатки

		ном хранении снижается его активность.		

Согласно литературным данным проведенного бактериологического исследования, уровень антимикробной активности гипохлорита натрия выше, чем у хлоргексидина биглюконата [1].

Ряд авторов считает, что сочетание перекиси водорода с NaOCl дает хорошее пенообразование, увеличиваются дезинфицирующие свойства препаратов, усиливается отбеливающий эффект, но не удаляется смазанный слой, другие авторы утверждают, что при этом ингибируется антимикробная активность гипохлорита натрия и при проникновении в периодонт вызывают сильные болевые ощущения [3].

Взаимодействие растворов хлоргексидина биглюконата с NaOCl приводит к образованию нерастворимых соединений, состоящих из парахлоранилинов, и окрашиванию тканей зуба [2].

Сочетание ирригантов NaOCl и ЭДТА обеспечивает тщательную дезинфекцию инфицированных корневых каналов и улучшает адгезию пломбировочных материалов к стенкам каналов [6].

Выводы. Проанализировав данные литературных источников о смазанном слое и значении ирригантов по его удалению, мы пришли к выводу, что следует отказаться от большинства традиционно применяемых ирригационных растворов в стоматологической практике, сведя эту группу к комбинации двух растворов — 3% гипохлорита натрия и 15% раствор ЭДТА — средство для расширения корневого канала.

Однако на сегодняшний день проблемы успешного эндодонтического лечения только частично решены и еще не полностью поняты учеными и клиницистами.

Хотя в эндодонтии и достигнут большой прогресс, большинство «дверей» остается еще закрытыми и перед исследователями стоит много нереализованных концепций, которые предстоит решить по мере развития научной мысли.

Список литературы:

1. Дмитриева Н. А., Кречина Е. К., Ярыгина Л. Б., Ефремова Н. В. Сравнительное изучение антимикробной активности препаратов, использующихся для антисептической обработки корневых каналов зубов. Стоматология. 2013;92(5):9-11.

2. Зверьков, А.В. Хлоргексидин: прошлое, настоящее и будущее одного из основных антисептиков / А. В. Зверьков, А. П. Зузова // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2013. – Т. 15. – №. 4. – С. 279-285

3. Перова, М.Д. Гипохлорит натрия и его использование в стоматологии / М.Д. Перова, Э.А. Петросян, Г.В. Банченко // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 84-87.

4. Рабинович, И.М. Ирригация корневого канала - составляющая успеха эндодонтического лечения / И.М. Рабинович, Д.С. Абакарова, М.В. Снегирев // Стоматология.−2011.−Т. 90. № 3.−С. 80-83.

5. Румянцев, В.А. Биопленка в эндодонтии часть I. Свойства и методы изучения (обзор литературы) / В.А. Румянцев, Е.Г. Родионова, А.В. Некрасов, Ф.Б. Черджиева, М.С. Куприянова // Эндодонтия today. – 2018. – № 1. – С. 17 – 21.

6. Юдина Н.А. Современные стандарты эндодонтического лечения. Часть 2. Ирригация и обтурация корневых каналов // Современная стоматология. – 2012.–Т55,№2.–С.12-13.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ГЕРПЕНОКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Джанбулатов М.А., Магомалиева Л.М., Даниев Н.М., Джанбулатова К.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность. Одной из самых распространенных инфекций является герпетическая инфекция. В настоящее время на основании современных методов диагностики четко выявлена этиологическая роль вируса простого герпеса (ВПГ). Вирус остается в организме человека и активизируется под влиянием экзогенных и эндогенных факторов. На слизистой полости рта чаще встречается острый герпетический стоматит и хронический рецидивирующий герпес (7).

В России недавно был создан новый комплекс химических веществ, получивших название «Герпенокс». Это средство предназначено для местного применения, что предотвращает его значительное накопление в крови. При этом «Герпенокс» обладает высокой эффективностью в отношении лабиального герпеса, что обусловлено его комплексным действием – противовирусным, иммуномодулирующим, симптоматическим и профилактическим (2,3,4,5,6). Главный активный компонент препарата подавляет размножение ВПГ. Применение Герпенокса в значительной степени сокращает сроки течения всех стадий лабиального герпеса вне зависимости от времени начала терапии. Но наиболее сильный эффект Герпенокс, как и любой противогерпетический препарат, оказывает при применении с момента проявления первых продромальных симптомов.

Целью исследования являлась оценка эффективности Герпенокс-геля при лечении острого и рецидивирующего герпетического стоматита.

Материалы и методы. Под наблюдением находились пациенты в возрасте от 16 до 55 лет страдающие герпетическим стоматитом (мужчин - 37, женщин - 36). Длительность заболевания у них составила от 7 до 15 лет, частота рецидивов от 2 до 3-4 раз в год, у 1/3 пациентов перманентное течение. У 15 пациентов (1-я группа) применяли аппликации мазью «Зовиракс». Для сравнения: у 12 пациентов (2-группа) проведено лечение 0,25% оксалиновой мазью; у 21 пациента (3-группа) - мазью «Ацикловир» (аппликации 5 раз в день); у 25 пациентов (4-группа) был использован Герпенокс в виде аппликаций 3-4 раза в день.

Результаты и их обсуждения. Полученные данные представлены в таблице 1. Как следует из таблицы специфические противовирусные препараты в сравнении с симптоматическими средствами терапии рецидивирующего герпетического стоматита (РГС) обеспечивают более быстрый регресс патологического процесса, сокращаются сроки выздоровления.

Средние сроки выздоровления пациентов с острым герпетическим стоматитом (ОГС) в зависимости от применяемых противовирусных препаратов

Табл. 1

Группа пациентов	**Средние сроки выздоровления (дни)**		
	Легкая форма ОГС	Средняя форма ОГС	Тяжелая форма ОГС
1 группа (Зовиракс)	4,2±0,5	5,5±0,3	6,2±0,2
2 группа (Оксалиновая мазь)	5,8±0,2	6,3±0,7	6,9±0,4
3 группа (Ацикловир)	4,3±0,4	4,7±0,5	5,3±0,3
4 группа (Герпенокс)	3,2±0,8	3,1±0,9	3,9±0,3

Сравнительная характеристика местного действия противовирусных препаратов показывает, что в зависимости от степени тяжести клинических проявв-

лений и применяемых средств, сроки эпителизации различны. Наиболее длительные сроки эпителизации при легкой форме наблюдаются у пациентов 2-й группы, достоверных различий между 1-й и 3-й группами не выявлены, наиболее отчетливая разница - между 2-й и 4-й группами (на 2,6). Анализ данных средней формы тяжести отчетливо выявляет аналогичные ситуации и так же наиболее выражены между 2-й и 4-й группами (на 3,2). При тяжелой форме выявляется значительная разница между 2-й и 4-й группами (на 3,0).

Особенно эффективно действовал Герпенокс у 7 пациентов этой группы, леченных в начальном периоде заболевания (когда появилась болезненность, единичные элементы поражения в виде небольших эрозий). После 3-го посещения процесс обострения прекращался. Клинический анализ течения заболевания у пациентов 4-й группы показал, что выздоровление наступало через 1-3 суток. Исчезала болезненность, уменьшались гиперемия и отечность слизистой оболочки в области очагов поражения. Аналогичные данные получены при использовании 5% мази ацикловир в ранние сроки обращения пациента. При развившейся фазе заболевания (период образования афт), сроки выздоровления увеличились до 3-5 дней. Заслуживает внимания тот факт, что наиболее эффективным является Герпенокс в виде аппликаций при тяжелых формах ОГС.

Полученные данные свидетельствуют, что наиболее слабым эффектом по данным клинических проявлений обладает 0,25% оксалиновая мазь, местное применение ацикловира и зовиракса оказывают идентичное влияние на процессы регенерации афт, тем самым сокращая сроки заживления. Наиболее эффективным является применение Герпенокс-геля в виде аппликации в течение 3-4 дней.

Таким образом, применение Герпенокса удлиняет межрецидивный период, уменьшает интенсивность клинических проявлений, снижает частоту рецидивов, способствует пролонгированию лечебного эффекта.

Выводы. Данные исследования свидетельствуют о преимуществе местного применения геля Герпенокс, ее высокой эффективности, выражающейся в достоверном сокращении сроков эпителизации элементов поражения.

Список литературы

1. Дроботко Л.Н. и др., «Клиника, диагностика и лечение острого герпетического стоматита у детей» Ж. «Лечащий врач» №8 М.2000 с.22-24

2. Елизарова В.Н., Дроботко Л.Н. «Клинико- иммунологическое обоснование применение Имудона в терапии острого герпетического стоматита.»Тезисы.МОРАГ,2000 М., с.151

3. Еленская Ю.Р. «Герпетическая инфекция полости рта» Вестник ВГМУ 2007 Том 6 №1

4. Журнал «Today.Журнал о профилактике стоматологических заболеваний» Апрель2014 с.6-11

5. Луцкая. Н. К. «Заболевания слизистой оболочки полости рта» - М.: Медицинская литература. 2006. - С. 143-151.

6. Семенова Т.Б. «Простой герпес» Ж. «Лечащий врач»№7 М.2003

7. Рабинович О. Ф., Разживина М. В. «Рецидивирующий герпетический стоматит». - М.ГЭОТАР-Медиа, 2005. С. 64.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИАЛУДЕНТ ГЕЛЯ С МЕТРОНИДАЗОЛОМ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Джанбулатов М.А., Алибекова М.А., Даниев Н.М., Джанбулатова А.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность. Проблема поиска новейших методов местного лечения пародонтита, является актуальной проблемой стоматологии. Эффективность местной противовоспалительной терапии заболеваний пародонта зависит от продолжительности и интенсивности воздействия противомикробного препарата на очаг поражения. Использование медикаментозных веществ в виде аппликации, не всегда дает возможность добиться достаточного эффекта. С целью пролонгирования лечебного эффекта могут быть использованы лечебные повязки. В патогенезе заболеваний пародонта, значение придается изучению метаболизма его соединительнотканных структур, в частности коллагеновых волокон (1, 2). Поэтому, вполне оправданным является поиск препаратов, действие которых, направлено на нормализацию обменных процессов коллагена. С этой целью был использован Гиалудент гель с метронидазолом и хлоргексидином. Гиалудент гель – лечебное и профилактическое средство при воспалительных заболеваниях пародонта, улучшает микроциркуляцию в тканях, устраняет кровоточивость десен, восстанавливает ткани пародонта (3, 4). Гиалуроновая кислота (ГК), которая входит в состав Гиалудент геля, является гидрофильным полимером и характеризуется высокой сорбционной способностью к молекулам воды. В присутствии воды ГК образует упругие и в то же время эластичные (мягкие) гели, связывая при этом до 10 000-кратный объем жидкости.

Гель Гиалудент содержит метронидазол и хлоргексидин. Совместно с гиалуроновой кислотой метронидазол и хлоргексидин, оказывают наиболее эффективное противомикробное действие. Механизм действия, заключается в связывании с гиалуроновой кислотой большого количества метронидазола и хлоргексидина, и транспортировки их в ткани с последующим пролонгированным высвобождением действующих веществ (5, 6). Метронидазол – производное 5-нитроимидазола, оказывает противопротозойное и антибактериальное действие.

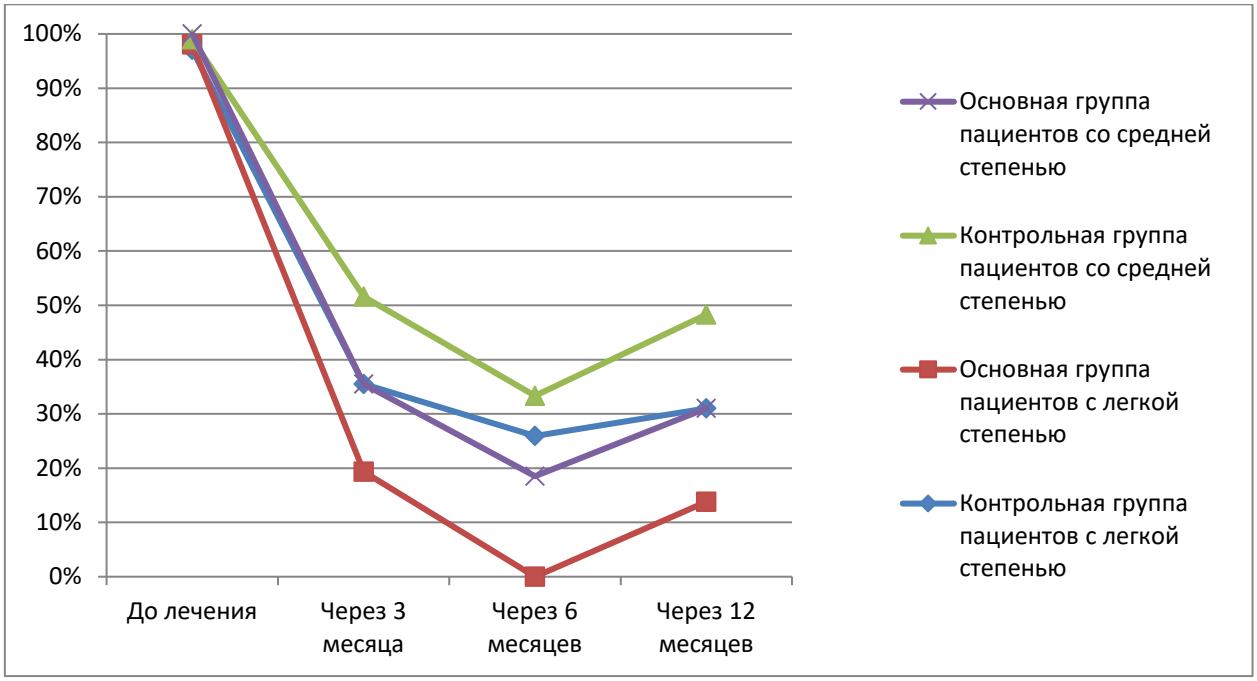
Материалы и методы. Под наблюдением находились 87 пациентов (56-женщин и 31-мужчин) в возрасте от 20 до 45 лет, с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести. Пациентам проводилось клиническое обследование, включающее определение индекса гигиены, папиллярно – маргинального индекса (PMA), пародонтального индекса (PI), глубины пародонтальных карманов, кровоточивости десен и подвижности зубов. В зависимости от местного пародонтологического лечения пациенты были разделены на основную и контрольную группы. Базовое лечение у пациентов обеих групп было одинаково и включало: профессиональную гигиену, избирательное пришлифовывание, медикаментозное лечение, кюретаж и открытый кюретаж по показаниям. Пациентам основной группы проводилось базовое лечение с дополнительным местным применением Гиалудент геля, а в контрольной группе без его использования.

Результаты и их обсуждения. Как видно из данных таблицы 1 кровоточивость десен отмечалась у всех пациентов (100%). Через 3 месяца после лечения, у пациентов с легкой степенью пародонтита в основной группе, кровоточивость уменьшилась на 81,3%, в контрольной группе - на 66,5%. У пациентов со средней степенью пародонтита в основной группе, кровоточивость снизилась на 64,8%, а в контрольной группе – на 52,2%. Спустя 6 месяцев, отмечалась такая

же положительная динамика: у пациентов с легкой степенью пародонтита основной группы, кровоточивость десен не отмечалась почти у 100% пациентов, у пациентов контрольной группы, показатель снизился на 74,8% по сравнению с исходными показателями до начала лечения. У пациентов со средней тяжестью пародонтита основной группы, показатель кровоточивости уменьшился на 81,7%, а в контрольной группе - на 66,4%. В последующие сроки отмечен рост частоты этого показателя. Рассматривая кровоточивость десен, как один из важных и часто встречающихся симптомов пародонтита, можно сделать вывод, что у пациентов легкой степени заболевания при комплексной терапии наибольший эффект отмечен спустя 6-12 месяцев после лечения.

Процент уменьшения кровоточивости десен у пациентов в разные сроки

Табл.1



Комплексное лечение пациентов с пародонтитом с применением хирургических методов (кюретаж, открытый кюретаж) и дополнительная терапия гелем Гиалудент позволили получить хорошие и удовлетворительные результаты лечения у 77% пациентов через 3 месяца после окончания лечения, что подтвер-

ждено достоверным снижением папиллярно-маргинально-альвеолярного и пародонтального индексов. В результате обследования, было выявлено неудовлетворительное состояние гигиены полости рта у 26% пациентов пародонтитом средней степени. Гигиеническое состояние полости рта у пациентов пародонтитом оценивали с помощью индексов гигиены по Федорову-Володкиной. Из таблицы 2 видно, что у пациентов легкой и средней степени тяжести за год наблюдения, разница индекса гигиены между контрольной и основной группой незначительна (на 0,8).

Значения индексов РМА через 3 месяца после лечения у пациентов пародонтитом легкой степени снизились в 2 раза в обеих группах. У пациентов основной группы со средней степенью тяжести пародонтита показатель снизился почти в 3 раза, в контрольной - в 2 раза по сравнению с исходными значениями. Через 6 месяцев наблюдения, у пациентов основной группы с легкой и средней степенью тяжести пародонтита, показатель индекса РМА снизился в 8 раз, в контрольной группе - в 3,9 и 3,5 раза при легкой и средней степени соответственно, по сравнению с показателями до лечения. Спустя 12 месяцев, в основной группе пациентов с легкой степенью пародонтита, значения индекса снизились в 7,4 раза, а в контрольной – в 3,6. При средней степени тяжести индекс РМА уменьшился в 2,5 и в 1,8 раза в основной и контрольной группах соответственно. Так, показатели пародонтального индекса через 3 месяца у пациентов пародонтитом легкой степенью тяжести снизился в 2,4 и в 2,8 раза в контрольной и основной группах соответственно. Значения при средней степени тяжести уменьшились в 1,5 раза в контрольной группе, в основной в 2 раза, в дальнейшем после лечения аналогичная тенденция с последующим неуклонным снижением через полгода и год после окончания лечения.

Динамика индексной системы в контрольной и основной группах

Табл.2

Перечень индексов / Степень тяжести		Сроки исследования							
		До лечения		Через 3 мес.		Через 6 мес.		Через 12 мес.	
		К	О	К	О	К	О	К	О
ГИ	Легкая степень	3,24 ±0,7	3,36 ±0,6	1,80 ±0,9	1,09 ±0,05	1,36 ±0,11	1,03 ±0,8	1,85 ±0,12	1,02 ±0,6
	Средняя степень	4,03 ±0,9	4,22 ±0,8	2,12 ±0,13	1,32 ±0,06	2,22 ±0,17	1,53 ±0,11	2,56 ±0,15	1,71 ±0,9
РМА	Легкая степень	54,45 ±1,98	55,17 ±1,84	28,85 ±1,79	27,06 ±1,12	14,28 ±1,87	6,69 ±0,96	15,31 ±0,78	7,43 ±0,66
	Средняя степень	61,11 ±2,21	60,12 ±2,12	31,49 ±2,12	21,14 ±1,46	17,31 ±3,68	7,42 ±3,34	34,88 ±2,04	24,32 ±3,39
PI	Легкая степень	2,65 ±0,8	2,68 ±0,84	1,11 ±0,15	0,97 ±0,12	0,94 ±0,11	0,72 ±0,09	1,22 ±0,10	0,91 ±0,07
	Средняя степень	3,06 ±0,10	3,08 ±0,12	1,98 ±0,24	1,57 ±0,19	1,59 ±0,9	1,51 ±0,19	2,11 ±0,2	2,05 ±0,31

Таким образом, полученные данные показывают, что применение повязки на основе Гиалудент геля эффективно при легкой и средней степени тяжести пародонтита.

Выводы. Полученные результаты клинического исследования позволяют прийти к заключению, что у пациентов с пародонтитом легкой и средней степени, для стабилизации клинической картины достаточно комплексного лечения с применением Гиалудент геля. Использование препаратов на основе гиалуроновой кислоты, метронидазола и хлоргексидина эффективны для ускоре-

ния регенерации тканей пародонта, снижению воспалительных явлений и достижения стойкой клинической ремиссии.

Список литературы.

1. Азнабаев М. Т., Имаева А. Р., Башкатов С. А., Габдрахманова А. Ф. «Противовоспалительная активность гиалуроновой кислоты» Эксп. Клин. Фармакол. 2003. №5. С. 28-29.

2. Волков В. Г. «Гиалуроновая кислота и основные направления ее применения в медицине» Вестник новых медицинских технологий. 2001. Т. 8. №1. С. 67-70.

3. Морра М., Кассинелли К., Бенедетти Л., Каллегаро Л. Патент РФ №2173563. «Способ нанесения на поверхность предметов покрытия на основе гиалуроновой кислоты, ее производных и полусинтетических полимеров».

4. Орехова Л. Ю., Лобода Е. С., Яманидзе Н. А.«Применение гиалуроновой кислоты в комплексном лечении заболеваний пародонта» Пародонтология. 2018. №1 (86). С. 58-63.

5. Орехова Л. Ю., Косова Е. В., Лукавенко А. А., Чмиленко Я. В., Лобода Е. С., Яманидзе Н. А. «Результаты клинических исследований по оценке эффективности лечебно-профилактических программ с зубными пастами и стоматологическими гелями у пациентов с заболеваниями пародонта» Пародонтология. 2017. №1 (82). С. 27-30.

6. Орехова Л. Ю., Атрушкевич В. Г., Михальченко Д. В., Горбачева И. А. Лапина Н. В. «Стоматологическое здоровье и полиморбидность: анализ современных подходов к лечению стоматологических заболеваний» Пародонтология. 2017. №3 (83). С. 15-17.

7. Понеделькина И. Ю., Лукина Е. С., Финоков В. Н. Кислые «Глюкозаминоглюканы и их химическая модификация» Биоорг. хим. 2008. Т. 34. №1. С. 5-28.

8. Сигаева Н. Н., Колесов С. В., Назаров П. В., Вильданова Р. Р., «Химическая модификация гиалуроновой кислоты и ее применение в медицине» Вестник башкирского университета. 2012. Т. 17 (3). С. 1220-1241.

9. Федорищев И. А. Гиалуроновая кислота: монография. Книга 1. – Тула: ТулГУ, 2011. – 237 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ РЕБЕНКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Гулиев Р.А., Чубова Л.С., Осыко А.Н.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград

Актуальность.

Повышенная тревожность и чувство страха у детей - очень частое явление. Дети могут бояться неизвестности, чужие прикосновения, боль и ранее непроверенных ощущений. Чаще всего эта проблема возникает в практике детского стоматолога. Некоторые манипуляции в ротовой полости могут сопровождаться неприятными, часто болезненными ощущениями. Осмотр и лечение у стоматолога вызывают стресс и страх у большинства детей дошкольного и младшего школьного возраста [1].

Детскому стоматологу необходимо знать психофизиологические особенности детей, определять уровень тревожности, формировать индивидуальный психологический подход к каждому ребенку.

Особой группой являются внушаемые страхи, источник их - взрослые. В большинстве случаев внушаемые страхи у детей формируют родители [2]. Чаще всего родители могут запугивать своего ребенка стоматологом, в качестве наказания. В некоторых семьях это практикуется для того, чтобы поддерживать поведение ребенка на приемлемом уровне, что приводит к негативному отношению к детским стоматологам и стоматологии в целом. Маленькому ребенку пока непонятно, чем может грозить то или иное действие, но он уже распознает сигнал тревоги и, естественно, у него есть реакция страха как регулятор поведения.

К внушаемым страхам могут относиться те страхи, которые возникают у излишне тревожных родителей. Разговор с ребенком о своем негативном опыте

на приеме у врача-стоматолога может откладываться в детской психике против их воли.

Детскому стоматологу необходимо знать основы и особенности взаимодействия родителя и ребенка, когда родитель может помочь в процессе лечения, а когда его присутствие может негативно повлиять на поведение ребенка.

Цель исследования.

Определить эмоциональное состояние ребенка перед стоматологическим приемом, узнать оценку взаимодействия родителей и детей, а также выявить подход к ребенку с повышенным эмоциональным состоянием для выполнения лечебных манипуляций в полости рта.

Материалы и методы.

В данном исследовании приняло участие 25 детей и 25 сопровождающих их родителей, которые обратились в ГАУЗ "Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2" г. Волгоград.

Перед лечением для определения эмоционального состояния ребенка был проведен тест «Паровозик». Методика «Паровозик» используется для определения степени позитивного или негативного психического состояния, применяется индивидуально для каждого ребенка от 2,5 лет. Используемый материал: белый паровоз и восемь разноцветных вагонов. Ребенку необходимо держать на виду все вагоны. В зависимости от положения, на которое ребенок ставит вагоны, дается определенный балл и, как следствие, вычисляется их количество. В результате сопоставления полученных данных определяется эмоциональное состояние ребенка, которое может оцениваться как положительное, отрицательное психическое состояние низкой степени, отрицательное психическое состояние средней степени и отрицательное психическое состояние высокой степени. Тест проводился с ребенком перед входом в кабинет врача-стоматолога в зоне ожидания. Оценка поведения

родителей проводилась путем опроса сопровождающих лиц по методике И.М.Марковской.

Опрос по И.М.Марковской: в данном опросе было предложено 60 утверждений, с которыми родители могли согласиться в той или иной степени, а также не соглашаться вовсе. Оценка степени согласия с утверждениями проводилась по 5-бальной системе. Подсчет баллов производился после первого приема.

Результаты.

После проведенного исследования психологический тест «Паровозик» выявил, что эмоциональное состояние 7 детей оценивается как отрицательное низкой степени, у 9 детей - как отрицательное средней степени, у 3 детей - как отрицательное высокой степени и у 6 детей - как положительное.

После подсчета баллов по анкете И.М.Марковской было выявлено, что у 15 родителей отмечается высокая тревожность за своего ребенка.

Обсуждение.

Благодаря тесту «Паровозик» перед входом в стоматологический кабинет можно было определить эмоциональное состояние ребенка и если оно оценивалось в отрицательную сторону, то с детьми проводилась длительная беседа. Данная беседа была предназначена для того, чтобы ребенок немного расслабился и начал доверять врачу-стоматологу. В данной беседе выяснялись интересы ребенка, что его тревожит в данный момент, а также была осуществлена небольшая демонстрация основных стоматологических инструментов, которые будут использоваться в дальнейших манипуляциях. Такая беседа успокаивала каждого ребенка, и появлялось доверие к врачу-стоматологу. Перед каждой манипуляцией ребенку проговаривалось, что сейчас будет делать врач.

С помощью анкеты И.М. Марковской была выявлена высокая тревожность за

своего ребенка у 15 родителей. Их дети имели негативное психическое состояние перед стоматологическим приемом. Во время беседы в стоматологическом кабинете, родители могли, приводить в пример свой негативный опыт в прошлом и это сказывалось на ребенке. Перед каждой манипуляцией ребенок со страхом наблюдал за каждым движением врача. Во время беседы с ребенком, сопровождающий родитель мог перебивать врача, стараясь поддержать разговор и успокоить своего ребенка.

Исследования показали, что тревожным родителям необходим психологический разговор и демонстрация терапевтических манипуляций. Таким родителям нежелательно находиться в кабинете во время лечения их ребенка.

Родителей с высокой тревожностью врач-стоматолог отправляет к медицинскому психологу, который есть в штате сотрудников ГАУЗ "Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2" г. Волгоград. Медицинский психолог проводит разъяснительную беседу с тревожными родителями, а также их детьми, которые имеют отрицательное эмоциональное состояние.

Выводы. Поведение родителей, которое приводит к возникновению негативного эмоционального состояния у детей, не способствует построению эффективной коммуникации между врачом и ребенком. Тем самым снижается возможность проведения лечебных манипуляций. Таким родителям нежелательно находиться в кабинете во время лечения их ребенка.

На каждом приеме детский стоматолог должен: проявлять искренний интерес к личности ребенка, выбрать стиль общения в соответствии с возрастом ребенка и его готовностью к сотрудничеству, стремиться установить дружелюбный и естественный стиль общения, использовать для общения вербальные и невербальные средства. Также во время стоматологического приема необходимо соблюдать позитивный подход и использовать позитивную лексику при ознакомлении ребенка с планом лечения.

Список литературы

1. Осокина А.С., Осыко А.Н. Поведение детей на стоматологическом приеме в зависимости от лечебных манипуляций и тревожности родителей // Стоматология – наука и практика, перспективы развития: материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 40-летию кафедры стоматологии детского возраста ВолгГМУ. – Волгоград, 2018. – С. 244 – 245.

2. Виноградова А.В., Колесникова Л.Р., Винокурова Т.С. Оценка эффективности психологической подготовки детей к стоматологическому вмешательству // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2018. – №3. – С. 103 – 107.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОТБЕЛИВАНИИ ВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Гаража И.С., Гаража С. Н., Гришилова Е.Н., Шилова С.Г., Кражан И.А.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" МЗ РФ, Ставрополь

Актуальность. Уменьшение или устранение дисколорита зубов (ДЗ) путем отбеливания популярно и востребовано в практике эстетической стоматологии. Проведение отбеливания зубов (ОЗ) малоинвазивно и неопасно, если выполняется с соблюдением обоснованного поазаниями алгоритма. Но даже в этом случае не исключен риск возникновения осложнения в виде гиперестезии зубов при воздействии температурных и химических факторов [1,2,5]. Это осложнение чаще наблюдается после аппаратного ОЗ или при использовании средств с высокой концентрацией пероксида водорода [1,2,4]. Механизм гиперчувствительности зубов связан со снижением резистентности эмали [1,3,5]. Опубликованы данные о повреждающем действия перекиси водорода на пульпу зуба [4].

Цель исследования. Анализ и профилактика осложнений при отбеливании витальных зубов.

Материалы и методы. Проведено ОЗ с сохраненной пульпой у 130 пациентов в возрасте от 19 до 49 лет, из них 88 женщин (67,7%) и 42 мужчины (32,3%) с применением системы Opalescence Boost PF (офисное отбеливание – 40% перекись водорода без фотоактивирования) в первой группе (70 человек) или геля Opalescence PF (домашнее отбеливание - 15-% перекись водорода) во второй группе (60 человек). Отбеливание гелем Opalescence PF проводили с использованием силиконовых капп изготовленных индивидуально и предусматривающих наличия участков депонирования отбеливающего агента. В пер-

вой группе при офисном ОЗ длительность процедуры в одном сеансе составляла 20 минут, количество сеансов – от одного до трех в зависимости от интенсивности ДЗ. Во второй группе при домашнем ОЗ длительность процесса отбеливания составляла от семи до четырнадцати дней для зубных рядов верхней и нижней челюстей при использовании капп ночью по семь или восемь часов. Перед процедурой ОЗ проводили профессиональную гигиену при помощи ультразвукового скейлера (Piezon Master-400, EMS). Для защиты десны от воздействия отбеливающего геля применяли светоотверждаемый коффердам Opal Dam (Ultradent).

Оценку уровня ДЗ и результатов ОЗ проводили с помощью шкалы расцветки VITA и отражали в индивидуальной карте и фотопротоколе. Характер и выраженность осложнений после проведения ОЗ учитывали по совокупности жалоб и анамнестических данных.

Результаты исследований. После домашнего и офисного ОЗ произошло осветление зубов на два, три тона по шкале «Vita» – с А2 до В1, с А3,5-А2 до А1- В1. Установлено, что лучший эффект отбеливания достигается у зубов желто-коричневых тонов; зубы серых тонов поддается отбеливанию в меньшей степени. При исследовании через шесть месяцев установлено, что у всех пациентов сохранился тон и цвет зубов, полученный после отбеливания, независимо от этиологии ДЗ и метода ОЗ. Приоритетным выявленным в ходе работы осложнением при офисном и домашнем отбеливании была гиперестезия зубов в процессе процедуры и после ее завершения.

Во время проведения ОЗ 108 человек (83,1%) из обеих группах не испытывало никакого дискомфорта или болезненных ощущений. После отбеливания на гиперестезию зубов жаловались в первой группе 13 (18,6%) пациентов, во второй группе – 9 (15,0%). Это можно объяснить низким болевым поро-

гом или наличием полости зуба большого объема при широких дентинных трубочках, поскольку повышенная чувствительность была у пациентов в возрасте до 30 лет. При домашнем ОЗ осложнение в виде гиперестезии возникает несколько чаще, чем при офисном ОЗ, но разница между результатами в группах статистически недостоверна. Для терапии гиперестезии проводили однократные аппликации пастой Colgate^{R} Sensitive Pro- Relief^{TM} с PRO-ARGIN^{TM} технологией. Гиперестезия была эффективно купирована у всех пациентов.

У шести (11,7%) пациентов второй группы при проведения домашнего ОЗ в области десневых сосочков и маргинальной десны выявлялись белесоватые участки, которые возникали в результате микроподтекания отбеливающего геля через придесневой край силиконовой каппы. Причиной этого был избыток геля, наносимого пациентом в каппу. В таких случаях на повреждённые участки десны проводили аппликации с гелем "Солкосерил". Это купировало патологический процесс в течение одного - двух дней.

Выводы. Осложнение при домашнем и офисном отбеливании зубов в виде гиперестезии возникают, соответственно, у 11,0% - 18,6% пациентов, Лечение гиперестезии эффективно при сочетании пасты Colgate^{R} Sensitive Pro-Relief^{TM} с PRO-ARGIN^{TM} технологией. Острый очаговый катаральный гингивит может у 11,7% пациентов осложнить домашние отбеливание зубов. Лечение при таком осложнении не превышает двух дней и состоит из аппликаций с гелем "Солкосерил".

Литература:

1. Гаража, С.Н. Метод антисептической обработки препарированных зубов/ С.Н. Гаража, А.Н. Бражникова, А.К. Мхитарян // Dental Forum.- 2020. -№ 4 (79).- С. 15-16.

2. Сравнительная оценка фторсодержащих препаратов при лечении гиперестезии зубов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта/ С.Н. Гаража, С.Г. Шилова, Ф.С.С. Хубаева, Е.Е. Ильина, Е.Н. Гришилова, Т.С.С. Хубаев, Е.Ф. Некрасова // Главный врач Юга России. -2020. -№ 3 (73).-С. 8-10.

3. Влияние комплексного воздействия аргинина и наногидроксиапатита на твёрдые ткани препарированных зубов/ Т.Ш.Коджакова, С.Н. Гаража, Е.Н. Гришилова, М.С. Гришков, Д.В. Мартынов // Российский стоматологический журнал. -2018. -Т. 22. -№ 1.- С. 18-21.

4. Крихели, Н.И. Профессиональное отбеливание витальных зубов с использованием диодного лазера/ Н.И. Крихели, О.А. Фролова // Медицинский алфавит.- 2012. -Т. 3.- № 13.- С. 40-42.

5. Могилевская, А.К. Отбеливание зубов в практике терапевтической стоматологии/ А.К. Могилевская, О.В. Семенова, А.Л. Садовников // Центральный научный вестник.- 2018. -Т. 3. -№ 9 (50).-С. 29-30.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Шилова С.Г., Кражан И.А., Кражан Д.С., Орлов М.Н., Зотова Р.И.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ставрополь

Актуальность. В этиологии воспалительных заболеваний пародонта наряду с местными факторами немаловажное место занимает совокупное воздействие общих и местных причин на фоне измененной реактивности организма.

Взаимосвязь между соматическими заболеваниями и состоянием органов полости рта обусловлена не только патофизиологическими и морфологическими изменениями гемодинамики и метаболизма, но и иммунологическими нарушениями в организме [1,2]. Сахарный диабет (СД) – одна из общесоматических патологий, которая в списке клинических симптомов имеет и «пародонтальный синдром»[1-3].

Одним из наиболее ранних и часто встречающихся проявлений СД в полости рта является ксеростомия, развивающаяся в результате нарушения секреции слюны и, как следствие, приводящая к резкому снижению лизоцима в ней. Кроме того, происходит увеличение концентрации иммуноглобулинов А и G с одновременным снижением концентрации иммуноглобулина М в содержимом пародонтального кармана. Данная картина свидетельствует об очевидном дисбалансе неспецифических (лизоцим) и специфических (иммуноглобулинов) факторов местного иммунитета ротовой полости у пациентов с СД. При резком усилении микробной инвазии полости рта в присутствии продуцируемых мик-

роорганизмами токсинов и ферментов запускаются аутоиммунные процессы (круглоклеточная инфильтрация, повышение числа эозинофилов, плазматических клеток, тучных клеток и макрофагов). Находящиеся в неактивном состоянии клеточные и гуморальные медиаторы и модуляторы воспаления резко активируются, обусловливая цепную реакцию, результатом которой становится прогрессирующая деструкция пародонтальных тканей. Таким образом, соовокупное действие патоморфологических нарушений углеводного обмена на активность гуморального и клеточного иммунитета утяжеляет и приводит к более длительному течению воспалительных процессов в тканях пародонта при сахарном диабете [4-6].

Комплексная терапия воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с СД должна включать этиотропные, патогенетические и симптоматические этапы на фоне корректной сахаропонижающей терапии и диеты, строго рекомендуемых эндокринологом [1-4].

С целью нормализации местного гуморального и клеточного иммунитета в тканях пародонта нами предложено применение циклоферона линимента. Механизм терапевтического действия препарата обеспечивается индукцией раннего α-итерферона с нормализацией цитокинового дисбаланса оппозитных форм иммунного ответа. В результате чего уровень секреторного иммуноглобулина А зубодесневой жидкости пародонтальных карманов приближается к нормальным показателям. Являясь низкомолекулярным индуктором интерферона, циклоферон обладает достаточно широким спектром биологической активности – противовирусным, иммунномодулирующим и противовоспалительным действиями, нивелирующими воспалительные явления и уменьшающими кровоточивость в десне.

Целью настоящего исследования явились разработка и обоснование повышения эффективности лечения хронического генерализованного пародон-

тита средней тяжести у пациентов с сахарным диабетом II типа путем включения в комплекс местных терапевтических мероприятий иммуностимулирующего препарата циклоферона линимент.

Материал и методы. Под клиническим наблюдением находились 40 пациентов с сахарным диабетом II типа (инсулиннезависимый СД) с хроническим генерализованным пародонтитом средней тяжести (ХГПСТ), обоего пола, в возрасте от 30 до 60 лет и давностью общесоматического заболевания от 2 до 20 лет. Заболевание диабетом у всех пациентов было в стадии стойкой компенсации (уровень сахара в крови не превышал 9 ммоль/л). При сборе анамнеза выявлен регулярный прием больными одного или двух сахаропонижающих препаратов.

Комплексная терапия ХГПСТ была согласована с эндокринологами и состояла из ряда последовательных лечебных мероприятий: удаление минерализованных зубных отложений ультразвуковым способом со всех поверхностей зубов с последующим полированием, обучение навыкам индивидуальной гигиены полости рта, купирование воспалительного процесса с помощью антибактериальных препаратов, лечение кариеса и его осложнений, устранение факторов, травмирующих десневой край, рациональное протезирование.

При местном лечении ХГПСТ исследуемый линимент вводился в предварительно обработанные 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата пародонтальные карманы при помощи шприца с тупой иглой с последующим введением в них турунд, пропитанных этим же препаратом, в комбинации с аппликацией их на слизистую оболочку десневого края. Линимент циклоферона наносили на предварительно изолированный от слюны обрабатываемый участок и оставляли до полного его всасывания. Время экспозиции – 20 минут. Курс лечения составлял от 7 до 10 процедур. Клинико-функциональное обследование состояния тканей пародонта изучали на основании динамики индексных пока-

зателей: РМА–папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (Mussler, 1949), ПИ-пародонтальный индекс (A.Russel, 1956), индекс кровоточивости сосочков (PBI), а также показателей пробы Шиллера-Писарева.

Эффективность лечебных мероприятий с применением исследуемого препарата определялась на основании сравнительного анализа результатов клинических методов обследования до лечения, непосредственно и в разные сроки по окончанию лечения.

Результаты исследования. Индексная оценка гигиенического состояния полости рта и состояния тканей пародонта у пациентов с ХГПСТ, больных сахарным диабетом, до лечения соответствовала тяжести воспалительного процесса: ПМА – 47,35±0,25%, ПИ – 6,83±0,43, ИГ – 2,48±0,23, DI-S -1,73±0,21, CI-S – 1,24± 0,45, идекс зубного налета Loe-Silness – 1,83± 0,19.

Улучшения клинической картины заболевания наблюдались уже во 2-ое и 3-е посещения. Объективно отмечалось уменьшение кровоточивости десен при чистке зубов и зондировании десны, исчезновение галитоза, уменьшение гиперемии десны, констатировалась более плотная ее консистенция и восстановление рельефа десневого края.

По окончании курса противовоспалительной терапии наблюдалась положительная динамика изменений показателей пародонтальных индексов: ПМА – 2,17 ±0,82%, ПИ – 4,43± 0,06, ИГ – 1,2±0,03. Снизились и количественные показатели индексной оценки зубного налета: DI-S – 0,32± 0,05, CI-S – 0,13±0,04, индекс налета Loe-Silness – 1,02±0,04.

Полученные результаты значений ИГ, ПИ, ПМА спустя 1 месяц после комплексной терапии ХГПСТ находились в пределах нормы у всех пациентов. Рецидива заболевания и наличия мягких и твёрдых зубных отложений не отмечалось.

Явно выраженная положительная динамика наблюдалась в статистически достоверном уменьшении определяемой зондом глубины пародонтальных карманов – с 4,89±0,03 мм до лечения до 3,23±0,06 мм спустя шесть месяцев после него, - и отсутствии кровоточивости при механическом воздействии.

Рентгенологические данные состояния костной ткани альвеолярных отростков челюстей у пациентов с ХГПСТ, больных сахарным диабетом, указывали на уменьшение очагов остеопороза в ней.

Контрольный осмотр пациентов спустя полгода после проведённой терапии свидетельствовал о достаточно стойкой стабилизации воспалительного процесса в тканях пародонта – 93,84±1,78% пациентов. Количество образовавшегося наддесневого зубного налета сократилось на 40% ($p<0,1$) в сравнении с данными обследования до начала проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Вывод. На основании анализа данных клинико-функционального исследования была установлена достоверно высокая эффективность применения линимента циклоферона в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита средней тяжести у больных сахарным диабетом II типа. Стойкий терапевтический эффект связан с восстановлением баланса неспецифических и специфических факторов местного иммунитета полости рта у больных сахарным диабетом за счет регуляции тканевых обменных процессов. Это позволяет в кратчайшие сроки добиться ликвидации воспалительного процесса в тканях пародонта и факторов, способствующих его дальнейшему прогрессированию.

Литература

1. Повышение эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита средней тяжести у пациентов с сахарным диабетом / Шилова С.Г., Кленкина Е.И., Зеленская А.В., Гришилова Е.Н.. – Сборник научных ра-

бот: Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции сборник научных трудов. Пятигорск. – 2018. – С.266-269.

2. Мотивационные предпосылки обращаемости населения за пародонтологической помощью в стоматологические учреждения/ О.Р. Курбанов, С.Н. Гаража, Ш.З. Омаров, А.О. Алиева, М.И. Хасаева, С.М. Гаджиева, А.Ш. Мунгиева // Вестник Медицинского стоматологического института.- 2018. -№ 2 (45).- С. 13-17.

3. Воспалительные заболевания пародонта и соматическая патология у лиц пожилого и старческого возраста/ О.Р. Курбанов, С.Н. Гаража, А.О. Алиева, Ш.З. Омаров, М.И. Хасаева, С.М. Гаджиева, А.Ш. Мунгиева // Вестник Медицинского стоматологического института.-2018.-№ 2 (45). -С. 4-9.

4. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием иммобилизованных препаратов/ Гаража С.Н., Зеленская А.В., Гришилова Е.Н. и др. //Современные проблемы науки и образования.- 2013.- №3.-С. 140-143.

5. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием иммобилизованного нимесулида/ Гаража С.Н., Зеленская А.В., Гришилова Е.Н. и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа.-2013.- Т.8- №2.- С.79-80.

6. Неинвазивные методы лечения гингивита и пародонтита легкой степени тяжести/ Гаража Н.Н., Ильина Е.Е., Гаража С.Н., Хубаева Ф.С., Гришилова Е.Н., Некрасова Е.Ф., Хубаев Т.С., Хачатуров С.С.// Российский стоматологический журнал.- 2020.- Т. 24.- № 1.-С. 61-64.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНДЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ

Зеленская А.В, Хубаева Ф.С., Кражан И.А, Ильина Е.Е., Ивашова А.В., Некрасова Е.Ф.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" МЗ РФ, Ставрополь

Актуальность. В последние годы появилась явная тенденция роста пародонтологических заболеваний среди населения нашей страны. Воспалительные заболевания в пародонте являются начальным этапом деструктивного процесса, приводящего к потере зубов и нарушению здорового образа жизни, что определяет социальную значимость проблемы. Среди заболеваний пародонта первое место принадлежит хроническому генерализованному пародонтиту. Этим объясняется актуальность проблемы поиска новых средств, методов и способов лечения воспалительных заболеваний пародонта, так как современный их арсенал оказывает временный и нестойкий эффект [1-3].

Учитывая этиологию и патогенез болезней пародонта, нестероидные противовоспалительные препараты широко применяются в терапии воспалительных заболеваний пародонта. Наше внимание привлек один из таких препаратов нового поколения целекоксиб, который обладает выраженным противовоспалительным и обезболивающим действием. Механизм действия препарата заключается в подавлении фермента циклооксигеназы, которая обеспечивает превращение арахидоновой кислоты в простагландины. Особенностью фармакологических свойств целекоксиба является то, что он – представитель селективных ингибиторов ЦОГ-2, которая образуется исключительно в очагах воспаления [4,5].

Цель исследования. Повышение эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита путем включения в комплекс терапевтических мероприятий нестероидного противовоспалительного препарата целекоксиб.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести в возрасте от 20 до 60 лет, которые в зависимости от проводимой терапии были разделены на две группы: первая группа (контрольная) состояла из 20 больных, у которых комплекс лечебных мероприятий осуществлялся по традиционной схеме с местным использованием антимикробных средств (аппликации и турунды в пародонтальные карманы с 0,05% раствором хлоргексидина); вторая группа (основная) состояла из 20 больных, у которых местно в виде турунд в пародонтальные карманы и аппликаций применяли 1% раствор целекоксиба. Продолжительность одной процедуры была 20 минут. Всем пациентам перед началом лечения удаляли зубные отложения ультразвуковым способом. Курс лечения составил 10 процедур.

Пародонтологический статус оценивали по величине показателей папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (ПМА), пародонтального индекса (ПИ), индекса кровоточивости (SBI). Гигиеническое состояние полости рта определяли по величине показателей индекса гигиены Федорова-Володкиной (ГИ). Эффективность лечения пациентов основной и контрольной групп оценивали непосредственно после окончания курса терапии, через шесть месяцев, через один год.

Результаты и их обсуждение. До лечения величина показателей индекса ПМА составила 39,52±1,14%, индекса ПИ - 4,26±0,05, индекса SBI – 83,15±5,66%, ИГ – 3,8±0,04. Непосредственно после окончания курса терапии в группе контроля величина показателей индекса ПМА снизилась до7,85±0,71%, индекса ПИ - до 2,5±0,06, индекса SBI уменьшилась до 24,15±3,50%, ИГ сни-

зилась до 1,3±0,02. В основной группе величина показателей ПМА уменьшилась до 3,01±0,1%, индекса ПИ - до 4,15±0,05, SBI – до 10.27±0.05, ИГ – до 1,1±0,01.

Спустя шесть месяцев величина индексных показателей в контрольной группе изменилась: ПМА - 12,35±1,12%, ПИ – 2,93±0,03, SBI – 60,00±5,20%, ИГ – 1,5±0,05. В основной группе показатели индексов составили: ПМА - 7,52±0,01%, ПИ – 1,21±0,02, SBI – 15,05±0,07%, ИГ – 1,2±0,03.

Через год величины показателей индексов были следующими. В контрольной группе: ПМА - 31,53±2,71%, ПИ – 4,07±0,03, SBI – 80,00±0,16%, ИГ – 1,5±0,06. В основной группе: ПМА - 9,50±1,36%, ПИ – 2,98±0,08, SBI - 50,05±0,04%, ИГ – 1,3±0,05.

Выводы. На основании анализа проведенных клинических исследований нами была установлена высокая терапевтическая эффективность раствора целекоксиба при лечении хронического генерализованного пародонтита. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о целесообразности применения нестероидного противовоспалительного препарата целекоксиба при лечении воспалительных заболеваний пародонта, что позволяет рекомендовать его в пародонтологическую практику.

Список литературы

1. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием иммобилизованных препаратов/ Гаража С.Н., Зеленская А.В., Гришилова Е.Н. и др. //Современные проблемы науки и образования.- 2013.- №3.-С. 140-143.

2. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием иммобилизованного нимесулида/ Гаража С.Н., Зеленская А.В., Гришилова Е.Н. и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа.-2013.- Т.8- №2.- С.79-80.

3. Неинвазивные методы лечения гингивита и пародонтита легкой степени тяжести/ Гаража Н.Н., Ильина Е.Е., Гаража С.Н., Хубаева Ф.С., Гри-

шилова Е.Н., Некрасова Е.Ф., Хубаев Т.С., Хачатуров С.С.// Российский стоматологический журнал.- 2020.- Т. 24.- № 1.-С. 61-64. 1

4. Сравнительная оценка фторсодержащих препаратов при лечении гиперестезии зубов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта/ Гаража С.Н., Шилова С.Г., Хубаева Ф.С.С., Ильина Е.Е., Гришилова Е.Н., Хубаев Т.С.С., Некрасова Е.Ф.// Главный врач Юга России. 2020. № 3 (73). С. 8-10.

5. Непосредственные результаты применения антиоксидантного препарата этилметилгидроксипиридин сукцинат в комплексном лечении хронического генерализованного катарального гингивита/ Гаража С.Н., Ивашова А.В., Зеленская А.В., Хубаев Т.С.С., Гришилова Е.Н. // В сборнике: Актуальные вопросы клинической стоматологии.- Ставрополь.- 2019.-С. 68-74.

ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРЕПАРАТОМ С АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ

Гаража С.Н., Ивашова А.В, Зеленская А.В., Гришилова Е.Н, Гаража И.С.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" МЗ РФ, Ставрополь

Актуальность. Одними из самых распространенных заболеваний зубочелюстной системы являются воспалительные заболевания пародонта. Несмотря на повышение уровня жизни в настоящее время уже 90% населения в той или иной степени имеют это заболевание. Ранние признаки воспалительных заболеваний пародонта проявляются уже от 20 лет, что способствует потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсибилизации и других расстройств [1-3].

Не последнюю роль в возникновении воспалительных заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит) играет бактериальный зубной налет. Антимикробная терапия достаточно широко распространена в настоящее время, но нерегулярное использование, бесконтрольное применение антибиотиков вызывают привыкание. Это ведет к возникновению рецидивов, неподдающихся коррекции традиционной терапией, а также дисбактериозам [4,5].

Большое значение имеет стрессовый фактор, который усугубляет многократно действие любого микробного агента. А ведь известно, что основным действующим фактором при воспалении является влияние продуктов распада клеток на здоровые и пока еще не вовлеченные в процесс ткани. Воспалительные медиаторы запускают механизм хронического воспаления, многие из них имеют остеолитические свойства. Запускается процесс «перекисного окисления липидов» [2-6].

Лечение воспалительных заболеваний пародонта должно проходить параллельно с обследованием врачей других профилей: невропатологов, эндокринологов, терапевтов.

Синтетический антиоксидант этилметилгидроксипиридин сукцинат (ЭМГПС) обладает антиоксидантным и мембранопротекторным действием. ЭМГПС регулирует микроциркуляцию, снижает образование медиаторов воспаления.

Цель исследования. Изучение эффективности терапии воспалительных заболеваний пародонта препаратом ЭМГПС.

Материалы и методы. Обследовали и лечили 120 пациентов [87 женщин и 33 мужчин] в возрасте от 19 до 45 лет с ХГКГ средней степени тяжести. Пациенты с ХГКГ были разделены на две группы (контрольную и основную) в зависимости от выбранной схемы лечения. Контрольную группу составили 40 человек, им проводили: профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта; использование антимикробных средств (метронидозол).

В основную группу вошли 80 пациентов, у которых наряду с традиционным лечением проводилась терапия препаратом антиоксидантного действия ЭМГПС. В зависимости от выбранного варианта антиоксидантной терапии пациенты основной группы (80 человек) были разделены на две подгруппы: первая подгруппа – препарат назначали местно в виде полосканий и, аппликаций с 5% раствором ЭМГПС на слизистую оболочку десны продолжительностью 10 – 15 мин., процедуру повторяли один раз в день в течение 10–14 дней; вторая подгруппа – препарат назначали в таблетках по 0,125 – 0,250 г три раза в день (примерно 7,5 мг/кг), курс составлял 10 – 14 дней.

При обследовании применили пародонтальный индекс Russel (ПИ), индекс гигиены J.C. Green, J.R. Vermillion (OHI-S).

Результаты и их обсуждение. Величина показателей индекса ПИ составила: у пациентов со средней степенью гингивита – 2,7±0.05 балла. Кровоточивость имелась в пределах 30 с. Клиническое обследование пациентов показало, что у 92% лиц гигиена полости рта на момент первого осмотра была неудовлетворительной: величина показателя индекса гигиены (OHI-S) составила у пациентов с гингивитом средней степени – 4,5±0.04 балла.

Динамика изменения клинических показаний проводилась сразу после лечения. В группе контроля индекс ПИ снизился у пациентов с гингивитом – с 2.7±0.05 до 1.7±0.06 4 баллов. Индекс гигиены (OHI-S) у пациентов со средней степенью – с 4.5±0.04 до 1.8±0.04 баллов.

Основная группа лиц, получавших ЭМГПС местно, величина показателей (ПИ) при гингивите составляла 2.7±0.05 до 1.4±0.06 баллов. Величина показателей индекса гигиены (OHI-S) у со средней степенью – с 4.5 ±0.04 до 1.5±0.04 баллов.

В группе пациентов с антиоксидантной терапией ЭМГПС местное и внутрь, величина показателей индекса ПИ при гингивите средней степени – с 2.7±0.05 до 1.3±0.03 баллов, что превышало снижение данного показателя в контрольной группе. Величина показателей индекса гигиены (OHI-S) у пациентов со средней степенью – с 4.5±0.04 до 1.2±0.03 баллов.

Отдаленные результаты наблюдались в течение пяти лет. Увеличился возраст пациентов, появились хронические заболевания, что послужило уменьшению количества обследуемых. В процессе наблюдения количество пациентов уменьшилось: контрольная группа до 20 человек, основная до 40. Систематическое лечение ХГКГ средней степени тяжести способствовало выведению данного заболевания в состояние стабильной ремиссии.

Отдаленные результаты оценивали каждый год в течении пяти лет. В группе контроля величина показателей индекса ПИ составляла – с 2.7±0.05 до

1.9±0.06 баллов. Величина показателей индекса гигиены (OHI-S) у пациентов со средней степенью – с 4.5±0.04 до 2.1±0.03 баллов.

В основной группе применявших ЭМГПС местно, показатели (ПИ) составили 2.5±0.04 до 1.4±0.07 баллов. Величина показателей индекса гигиены (OHI-S) у со средней степенью – с 4.5±0.04 до 1.8±0.04 баллов.

В группе пациентов, применяющих ЭМГПС местно и перорально, индекс ПИ равен 2.2±0.03 до 1.2±0.03 баллов. Величина показателей индекса гигиены (OHI-S) у пациентов со средней степенью – с 4.5±0.04 до 1.5±0.04 баллов.

Выводы. Регулярное последовательное лечение воспалительных заболеваний пародонта, имеющее в своем составе антиоксидантный препарат ЭМГПС, приносит высокий результат. Антиоксидантная терапия обеспечивает стойкую ремиссию после лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Список литературы

1. Борзикова, Н. С. Маркеры воспалительных процессов при болезнях пародонта/Н. С. Борзикова//МС. -2015. -№ 2. DOI: 10.21518/2079-701X-2015-2-78-79

2. Влияние лечения пародонтита иммобилизованными противовоспалительными препаратами на гемодинамику в тканях пародонта/ С.Н. Гаража, Е.Н. Гришилова, Т.М. Хацаева, К.Ю. Демина, Д.Д. Батчаева, З.З. Моргоева // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - № 5. - С. 281-285.

3. Влияние фотодинамической терапии на гемодинамику в тканях пародонта при лечении хронического генерализованного пародонтита/ К.Ю. Демина, Е.Н. Гришилова, А.Н. Бражникова, С.Н. Гаража, Д.Д. Батчаева, А.О. Готлиб, Н.Н. Гаража, С.С. Хачатуров // Фундаментальные исследования. 2014.-№ 10(6).- С. 1094-1097.

4. Гажва, С. И. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) / С. И. Гажва, Р. С. Гулуев // Обозрение. Стоматология. - 2012. - № 1. - С. 13-14.

5. Дзюба, Е.В. Роль иммунологических процессов в развитии воспалительных заболеваний пародонта и возможности их коррекции/ Е.В. Дзюба, М.О. Нагаева, Е.В. Жданова // Проблемы стоматологии.- 2019.- Т. 15. -№ 2. -С. 25-31.

6. Диагностические критерии при планировании ортопедического лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта/ Е.Н. Жулев, А.В. Кочубейник, Н.В. Круглова, А.В. Сергеева, М.И. Приходько // Проблемы стоматологии. -2019. -Т. 15. -№ 2.- С. 102-105.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТА ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ, ИММОБИЛИЗОВАННОГО НА ПОЛИСОРБЕ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

Гаража С.Н., Кражан И.А., Кражан Д.С., Зеленская А.В., Шилова С.Г., Гаража Н.Н.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" МЗ РФ, Ставрополь

Актуальность. Уже более 20 лет ведутся исследования по применению различных препаратов, которые иммобилизуются на сорбентах медицинского назначения, в частности на полисорбе. Полисорб – высокодисперсный кремнезем с размером частиц от 50 до 200 А° и удельной поверхностью около 300м^2/г. Он обладает уникальными с клинической точки зрения свойствами: высокой сорбционной емкостью в отношении белка (до 800 мг/г), воды (до 20 г/г) и микроорганизмов (до 10^{10} микробных тел). Его осмотическая активность составляет 500% [2,5,6].

При применении полисорба быстро купируется отёк, предупреждается прогрессирование некротических изменений тканей. Он способствует отграничению нежизнеспособных тканей, активно адсорбирует на своей поверхности антигены, токсины, продукты распада тканей. Полисорб используется в качестве матрицы для синтеза препаратов пролонгированного действия. Изучается синергическое действие иммобилизованных на полисорбе препаратов [1,3,4].

В нашей работе изучалось влияние иммобилизованного на полисорбе «Пиявита» на пародонт. «Пиявит» – лиофилизированный порошок медицинских пиявок. Он уменьшает адгезию тромбоцитов на субэндотелий, тем самым оказывая защитное действие на эндотелий, снижает вязкость крови, способствует рассасыванию тромбов, улучшает кровоснабжение тканей пародонта, оказывает

противовоспалительное действие и снижает болезненность. В сочетании с дегидратирующим, десенсибилизирующим и антибактериальным действием полисорба «Пиявит» усиливает лечебное действие на пародонт.

Цель: клиническое изучение эффективности применения «Пиявита», иммобилизованного на полисорбе, при лечении хронического генерализованного катарального гингивита.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе стоматологической поликлиники СтГМУ. Было пролечено 40 человек обоего пола, в возрасте от 18 до 35 лет, с хроническим генерализованным катаральным гингивитом. Все пациенты были разделены на две группы: основную в составе 20 человек и контрольную – 20 человек. В контрольной группе больным накладывались ватные валики, пропитанные 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата на 20 минут. У больных основной группы местно применялась 3% взвесь «Пиявита», иммобилизованного на полисорбе (ВПИП). Методика лечения заключалась в следующем: на край десны на ватных валиках наносилась 3% ВПИП на 20 минут.

Пациенты обследовались по традиционной схеме. При этом определяли индексы гигиены Федорова-Володкиной (ИГ), ПМА и ПИ в день обращения, сразу после лечения и через один месяц после начала лечения. Больным с сопутствующей патологией назначалось лечение у соответствующих специалистов.

Результаты и их обсуждение. У пациентов до начала лечения были выявлены кровоточивость, воспаление маргинальной десны и межзубных сосочков. Значения показателей индексов составили: ИГ – 1,90±0,11; ПМА – 42,41±2,16; ПИ – 1,16±0,04. Количество посещений у пациентов основной группы для полной ликвидации воспаления в десне составило четыре-пять. Исключением были два пациента с сахарным диабетом. Им для полного купирования воспалитель-

ного процесса понадобилось восемь посещений. Непосредственно после лечения у пациентов основной группы показатели индексов составили: ИГ – 1,02±0,02; ПМА – 1,09±0,3; ПИ – 0,06±0,01.

Пациентам контрольной группы для полного купирования воспалительного процесса понадобилось десять посещений. Некоторые пациенты посещать специалиста еще два-четыре раза. Показатели индексов у них непосредственно после лечения составили: ИГ – 1,35±0,03; ПМА – 6,42±0,51; ПИ – 0,31±0,03.

Через месяц после лечения рецидива у пациентов основной группы выявлено не было. В контрольной группе обострение процесса возникло у четырёх пациентов. Показатели индексов составили: ИГ – 1,40±0,03; ПМА – 12,86±1,16; ПИ – 0,46±0,04.

Выводы. Анализ полученных результатов показывает, что количество процедур для лечения хронического катарального гингивита 3% ВПИП составил четыре-пять, что в два раза меньше, чем у пациентов контрольной группы. Это свидетельствует об эффективности 3% ВПИП для лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Литература.

1. Влияние лечения пародонтита иммобилизованными противовоспалительными препаратами на гемодинамику в тканях пародонта / Гаража С.Н., Гришилова Е.Н., Хацаева Т.М. и др. // Современные проблемы науки и образования. 2019. - №5. – с. 281-283.
2. Гаража С.Н. Влияние фотодинамической и лазерной терапии на цитохимические показатели активности нейтрофильных гранулоцитов при лечении хронического гингивита / Гаража С.Н., Гришилова Е.Н., Демина К.Ю., Батчаева Д.Д., Готлиб А.О., Бражникова А.Н. // Кубанский научный медицинский вестник. 2015. - №1(150). – С. 34-37.

3. Гажва, С. И. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) / С. И. Гажва, Р. С. Гулуев // Обозрение. Стоматология. - 2012. - № 1. - С. 13-14.
4. Особенности стоматологической заболеваемости взрослого городского населения чеченской республики/ О.Р. Курбанов, С.Н. Гаража, М.И. Хасаева, А.О. Алиева, Ш.З. Омаров, С.С.З. Хубаев, М.М. Салихова, С.М. Гаджиева, С.М. Маккаева, А.Ш. Мунгиева // Вестник Медицинского стоматологического института.- 2018.- № 1 (44).- С. 4-9.
5. Отдаленные результаты лечения воспалительных заболеваний пародонта с применением иммобилизованных растительных препаратов / Кражан Д.С., Кражан И.А., Гаража Н.Н., Готлиб А.О., Батчаева Д.Д., Демина К.Ю. // Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ (под редакцией д.м.н., профессора Н.Н. Гаражи) – Ставрополь. Изд-во СтГМУ, 2016. – с. 74-77.
6. Применение прополиса, иммобилизованного на полисорбе, при лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени. / Кражан И.А., Кражан Д.С. // Актуальные вопросы клинической стоматологии: сб. работ XLIV конференции стоматологов Ставропольского края / под ред. д.м.н., профессора Н.Н. Гаражи. Ставрополь.: Изд-во СтГМА, 2011. – с. 150-152.

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Абдрашитова А.Б, Салеев Р.А., Шулаев А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань

Актуальность. Цифровизация медицины позволяет собрать и обработать большие объемы данных; повысить качество принимаемых решений; способствует выявлению актуальных направлений развития; открывает новые горизонты и выгоды. В нашей стране активно формируется единое информационное пространство в сфере медицины, целью которого является повышение качества управления, оптимизации потоков пациентов, организации безбарьерного взаимодействия между всеми звеньями системы здравоохранения, активизации процессов широкого и быстрого внедрения в медицинскую практику новейших технологий диагностики и лечения, в том числе и в работу стоматологических медицинских организаций. С 14 декабря 2020г. вступил в силу Приказ МЗ РФ № 925н от 1.09.2020г. «Об утверждении порядка выдачи и оформления листков временной нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа», содержащий некоторые изменения, касающиеся экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях: прописан алгоритм и правила формирования листка нетрудоспособности (ЛТ) в форме электронного документа; изменена (расширена) категория лиц, которые могут получить листок нетрудоспособности; утверждены изменения по выдаче ЛТ, в частности – по уходу за больным членом семьи.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности является информативным объективным критерием оценки состояния здоровья работающего населения. Среди нозологий с временной нетрудоспособностью заболевания

системы пищеварения занимают VI место после органов дыхания и кровообращения, травм и отравлений, костно-мышечной системы. Статистический анализ по заболеваемости, приводящей к наступлению случая временной нетрудоспособности, на региональном уровне проводится по обобщенным группам. Согласно ориентировочным срокам продолжительность временной нетрудоспособности при заболеваниях челюстно-лицевой области составляет 3-18±0,8 дней, что является длительным временных интервалом. Известны программы прогнозирования динамики течения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области по интегральному показателю тяжести, лейкоцитарному и ядерному индексу интоксикации, биохимическому составу ротовой жидкости. Однако, в доступной специальной литературе имеются незначительные сведения о заболеваниях челюстно-лицевой области, приводящих к временной нетрудоспособности взрослого населения. Отсутствуют данные о внедрении цифровых технологий в сфере экспертизы временной нетрудоспособности, в том числе и в стоматологической практике.

Цель исследования: провести обзор информационных систем в здравоохранении, в том числе и по экспертизе временной нетрудоспособности.

***Материал и методы исследования*:** Проведен патентый поиск программных продуктов по экспертизе временной нетрудоспособности (https://rospatent.gov.ru), анализ специальной литературы информационных баз данных, законодательные акты и приказы, программные продукты по экспертизе временной нетрудоспособности.

Результаты и обсуждение. Цифровая медицина – организация медицинской помощи, при которой существенно повышается ее эффективность за счет использования результатов обработки и анализа больших объемов медицинских данных в цифровом виде. Составными элементами цифровой медицины являются: электронный документооборот, применение телемедицинских техно-

логий, разработка информационных систем для диагностики с применением искусственного интеллекта, цифровая модель процессов «бережливого производства» в здравоохранении.

В 2011г. создана Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ): внедрены медицинские информационные системы, в которых ведутся электронные медицинские карты пациентов; реализованы системы электронной записи на прием к врачу. В 2017г. произошло внедрение на Едином портале государственных услуг личного кабинета «Мое здоровье», через который пациенты смогут узнать возможности получения медицинской помощи, записаться к врачу, вызвать врача на дом, получить доступ к собственным медицинским документам и оценить уровень оказания медицинских услуг.

В 2017 г. в Республике Татарстан был реализован пилотный проект по выдачи электронного листка нетрудоспособности, создана и внедрена в практическое здравоохранение единая интегрированная информационная система «Соцстрах» Фонда социального страхования Российской Федерации. Электронный листок нетрудоспособности - это листок нетрудоспособности, выданный медицинской организацией в электронной форме, который имеет ряд преимуществ для всех участников процесса: застрахованного лица (доступ к информации по листку нетрудоспособности и выплате пособия в личном кабинете на портале, невозможность потери листка нетрудоспособности), медицинской организации (уменьшение затрат на организацию выдачи, учета и хранение бланков), Фонда социального страхования (оперативность получения сведений о страховом случае, формирование единой базы данных, исключение факта подделок листков нетрудоспособности). Данная программа проста в использовании, содержит достаточно информации для врача при оформлении листка нетрудоспособности, в том числе и в стоматологической практике. Работая в еди-

ной интегрированной среде при оформлении листка нетрудоспособности врачу необходимо запросить его электронный номер у Фонда социального страхования Российской Федерации. После проведенного лечения и реабилитации пациента, врач закрывает листок нетрудоспособности и отправляет его в Фонд социального страхования, введенная информация подтверждается усиленной квалифицированной электронной подписью. С октября 2020г. в личном кабинете на портале государственных услуг пациент может получить информацию о выданных ему листах временной нетрудоспособности и начисленных денежных пособий по ним.

В практическое здравоохранение внедрены программные продукты по экспертизе временной нетрудоспособности. Данные программы возможно разделить на три группы:

-программы-базы данных, предназначенные ввода и контроля данных по пациенту, область применения: лечебно-диагностические учреждения;

-программы для обучения и контроля знаний по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности, предназначенные для обучения студентов высшего учебного заведения, персонала медицинской организации:

- программы, предназначенные для автоматизированного расчета оплаты листков временной нетрудоспособности, область применения: экономический отдел медицинских организаций.

Челюстно-лицевая область (ЧЛО) является важным элементом анатомического и функционального единства человеческого организма. Учитывая особенности строения мягких тканей, челюстных и лицевых костей, их кровоснабжение и иннервацию, возможно выделить группы заболеваний челюстно-лицевой области, приводящие к ограничению и потери трудоспособности взрослого населения: воспалительные (одонтогенного и неодонтогенного генеза), травматические, доброкачественные и злокачественные поражения, вто-

ричная адентия челюстных костей (полная или частичная), а также болезни прорезывания зубов. Согласно статистических данным, заболеваемость ЧЛО с временной нетрудоспособностью пациентов в Республике Татарстан составляют 1,2 % в общей структуре по исследуемым группам: заболевания органов пищеварения, травмы, новообразования. При заболеваниях ЧЛО средняя длительность составляет 8,48±0,08 дня. Продолжительность временной нетрудоспособности при заболеваниях челюстно-лицевой области составляет в среднем 3-18±0,8 дней.

Для измерения уровня цифровизации здравоохранения разработана методика расчета показателей Федерального проекта «создание единого цифрового контура в здравоохранении на основании единой информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), утвержденного приказом МЗ РФ№176 от 29.03.2019г.. В стоматологическую практику введен «индекс цифровизации» как показатель интеграции цифровых технологий в стоматологические медицинские организации.

Выводы. Повышение качества медицины в значительной мере достигается за счёт использования современных методов и средств диагностики, характеризующихся, в свою очередь, резким возрастанием объёма формируемых медицинских данных, предполагающих использование автоматизированных систем, в полной мере реализующих требования по оперативности, непрерывности и универсальности предоставления медицинских услуг.

Учитывая специфику заболевания челюстно-лицевой области, когда лечение и реабилитация пациентов проходит в нескольких медицинских организациях, существует необходимость создания программного обеспечения для работы врача-стоматолога, которое прогнозирует длительность случаев, их статистический анализ, исключает ошибки при оформлении листка нетрудоспособности, а также формирует отчетные статистические документы установленного

образца для получения достоверной информации о состоянии экономически активного населения Республики Татарстан, планирования мероприятий по профилактике, соответствующему комплексному лечению и реабилитации пациентов.

Список литературы.

1. Апресян С.В. Индекс цифровизации стоматологической практики / С.В. Апресян, М.Н. Забаева // Российский стоматологический журнал . – 2020.-Том 24.-№1.-С.39-43.

2. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2015613950, 31.03.2015. Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН) // Заявка № 2015610655 от 10.02.2015. / Лобынцева Е.М.

3. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2016610516, 13.01.2016. Программная система автоматизированного расчета оплаты листков временной нетрудоспособности высших учебных заведений // Заявка № 2015661108 от 19.11.2015. / Дядичев В.В., Стоянченко С.С., Дядичев А.В.

4. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2016613962, 12.04.2016. Программа для обучения и контроля знаний персонала медицинской организации по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности // Заявка № 2016611609 от 26.02.2016. / Никольская О.Г., Суслин С.А., Павлов В.В., Рысаков В.Е.

5. Быковская Т.Ю., Шургая М.А., Петрова В.Н., Шаркунов А.Н. и др. Экспертиза временной нетрудоспособности: некоторые особенности формирования электронного листка нетрудоспособности // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019.-№3.-С.110-118.

6. Меметов С.С. Организационные аспекты экспертизы временной нетрудоспособности на современной этапе / С.с. Меметов, Н.П. Шаркунов // Вестник

Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019.-№2.-С.98-105.

7. Диветайкина Т.Е. Зарубежный опыт обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспопобности / Т.Е. Диветайкина // Социально-экономические проблемы развития нового общества– 2019.-№3 (26).-С.18-24.

8. Приказ МЗ РФ № 925н от 1.09.2020г. «Об утверждении порядка выдачи и оформления листков временной нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа».

9. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7.12.2011 г. № 1496 (приложение 1, п.14).

10. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020г. № 786н (приложение 10, п.10).

11. Письмо ФСС РФ от 01-09-2000 02-1810-5766 «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с мкб-10)».

12. Киреева И.А. Заболеваемость с временной нетрудоспособностью как высокоинформативный критерий оценки качества лечебно-профилактической помощи. / И.А. Киреева, В.Б. Смычек, А.В. Копыток, Л.Г. Казак //Вопросы организации и информатизации здравоохранения.—2014.—№3. С.4-11.

13. Кляритская И.Л. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. /И.Л. Кляритская, Е.В. Максимова, А.И. Колисниченко, Ю.А. Мошко, Е.О. Шелихова //Крымский терапевтический журнал. – 2016.-№2.-С.32-35.

14. Saleev R.A. Medical and social aspects of maxillofacial diseases, depending on duration of temporary disability. / R.A. Saleev, A.B. Abdrashitova //Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences. 2018. 5(12): 13849-13855.

15. Никитин А.Э., Преображенская М.И., Просняк Л.Д., Иванова Н.А. Роль врачебной комиссии при проведении экспертизы временной нетрудоспособности // современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019.- № 5.-С.118-119.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, КАК ФИЛОСОФСКОЕ, СОЦИАЛЬНОЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ПОНЯТИЕ

***Федорова Н.С., **Салеев Н.Р.**

**ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова, Чебоксары*

***ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань*

Актуальность. Изучение критериев оценки качества жизни – особая отрасль современной медицины. Ее уникальность заключается в многогранности проводимых исследований. Сейчас уже ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что качество жизни во многом определяется здоровьем человека. Успешность в современном обществе, или так называемое социальное благополучие, во многом определяется стоматологическим здоровьем.

Клинические факторы стоматологического здоровья оценивают наличие зубной боли, повышенную чувствительность к температурным и химическим раздражителям, симптомы, характерные для заболеваний пародонта, красоту зубного ряда, наличие и расположение зубов и т.д. [4,6,7].

Дополнением к объективной оценке стоматологического здоровья являются такие показатели как открытая улыбка или смех, разговор, не омраченный неприятным запахом изо рта, возможность принятия любимой пищи в общественном месте – все это и характеризует качество жизни современного человека, связанное со стоматологическим здоровьем.

Измерение качества жизни стоматологических пациентов традиционно проводится с помощью хорошо зарекомендовавших себя международных опросников. Глубокий анализ полученных с их помощью сведений дает возможность точно оценить нарушения в состоянии здоровья пациентов, ясно представить суть клинической проблемы, определить рациональный подход к

лечению, а также оценить результаты трудов по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалиста и субъективной точки зрения пациента и, поставить оказание медицинской стоматологической помощи на более высокий уровень.

Цель публикации - корректный обзор, существующей по данной теме, отечественной и зарубежной литературы.

Материал и методы. Вторами проведен обзор более 10 источников литературы, посвященной изучению предлагаемой научной проблемы.

Результаты. Большинство из нас привыкло к тому, что качество жизни – это философское понятие, характеризующее социологическую категорию, выражающую степень удовлетворенности материальными и культурными потребностями людей (Философский энциклопедический словарь).

Можно рассматривать качество жизни как обобщающую социально-экономическую категорию, представляющую обобщение понятия "Уровень жизни" и включающую в себя не только уровень потребления материальных благ и услуг, но и удовлетворение духовных потребностей, здоровье, продолжительность жизни, условия среды, окружающей человека, морально-психологический климат, душевный комфорт.

С точки зрения термина в экологии человека и социологии качество жизни это категория, выражающая качество удовлетворения материальных и культурных потребностей людей, качество питания, качество и модность одежды, комфорт жилища, качество образования и здравоохранения (Экологический словарь).

Качество жизни часто употребляемый термин в современной медицинской и научной литературе. Множество авторов пытались дать свое определение этому понятию. Первое формулирование дали Эндрюс (Andrews) и Уитни

(Withey): качество жизни - это мнение каждого человека, о том, что такое Качество Его Жизни [3,11].

В интерпретации специалистов центра охраны здоровья университета города Торонто (the Centrefor Health Promotionatthe University of Toronto): качество жизни - это разнообразие потребностей, которые способен удовлетворить человек в условиях современного общества, т.е. способность человека функционировать в обществе соответственно своему положению и при этом получать от жизни удовлетворение [12].

Применительно к медицине, качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия. В концепции качества жизни можно выделить два аспекта. Во-первых, при его оценке принимаются во внимание разные сферы жизни пациента, как напрямую связанные с состоянием здоровья, так и зависящие от него лишь косвенно. При оценке качества жизни пациента учитывают физическую, психологическую, социальную, экономическую, духовную стороны его жизни. Во-вторых, оценка основывается на субъективном мнении пациента, его восприятии качества жизни по тем или иным аспектам [2,4,6,9,14].

Во многих разделах медицины используется понятие «Качество жизни, связанное со здоровьем» (англ. *Health related quality of life, HRQL*). Понятия «Здоровье» и «Качество жизни» абстрактны. Мы интуитивно предполагаем, что они подразумевают под собой, но зачастую не можем дать им четкое определение. Данные концептуальные понятия субъективны – каждый понимает их, опираясь на свой жизненный и профессиональный опыт и знания. Кроме этого, данные понятия динамичны и постоянно развиваются. То есть то, что мы подразумеваем под понятием «Здоровье» сегодня, может, и будет отличаться от того, что такое «Здоровье» для нас завтра. Концептуальные понятия имеют свой-

ство меняться под воздействием социальных, культурных и политических факторов. Эти факторы не просто изменяют и измеряют концептуальные понятия, они способствуют их возникновению и формированию. Таким образом, понятия «Здоровье» и «Качество жизни» представляют собой единицы картины мира, в которых отображаются ценности, как отдельной личности, так и общества в целом. Хотелось бы отметить, что дать определение понятиям «Здоровье» и «Качество жизни» сложно вследствие многообразия их составляющих, которые неоднозначны, неточны и используются попеременно [11].

Качество жизни, обусловленное стоматологическим здоровьем – это не только методологический термин, ведь главное не то, кто пациент, или какой показатель подлежит анализу. Важен тот смысл, который мы вкладываем в понятие «Качество жизни» и который отображает «Благополучие человека». В настоящее время в литературе, описывающей методологии изучения качества жизни, все опросники поделены на общие и специализированные. Проблема состоит в том, что в общих опросниках, изучающих мнение пациентов об общем состоянии здоровья, качество жизни оценивается показателями повседневной жизни, а вопросы, касающиеся стоматологического здоровья и, связанного с ним качества жизни, не рассматриваются. В имеющихся специализированных опросах, изучающих стоматологическое здоровье, подробно описаны критерии оценки качества жизни пациентов, связанные со здоровьем органов и тканей рта, но качеству жизни пациентов, связанному с общесоматическим здоровьем достаточного внимания не уделяется [2,15].

Современные исследования оценки состояния стоматологического здоровья основываются на различной информации: субъективной - жалобы пациента и объективной - результаты осмотра, данные клинических и лабораторных исследований.

В условиях современной медицины и врачи, и пациенты не могут не понимать возможных взаимосвязей между стоматологическим здоровьем, общим здоровьем и качеством жизни, обусловленным состоянием здоровья [5,8,9,14].

Многочисленные исследования подтверждают, что научные изыскания, в которых используются субъективные индикаторы: опросы, анкеты, и пр. более наглядно демонстрируют разную оценку симптомов одного и того же заболевания у разных людей, что они понимают под стоматологическим здоровьем и как оценивают состояние здоровья рта, какой клинический индикатор они выбирают [4, 13].

Невозможно не согласится, что признаки плохого состояния стоматологического здоровья такие как ограничение или неспособность открывать рот, невозможность откусить пищу, трудности при жевании, неспособность различать вкусовые ощущения, говорить или глотать существенно затрудняют повседневную деятельность человека, отрицательно влияют на психосоциальные факторы жизни, личное общение, ролевое поведение и уверенность в себе [16].

Такие физические недостатки как наличие или отсутствие зубов, нездоровое питание, недовольство своей внешностью, смущение при улыбке, смехе или разговоре рассматриваются как социальные признаки и, скорее, ассоциируются с поведением человека в обществе, нежели с критериями объективной оценки стоматологического здоровья [2,14].

Выводы. Таким образом, можно говорить о том, что показатели качества жизни тесно взаимосвязаны со стоматологическим здоровьем и могут быть использованы для анализа лечебной деятельности врачей-стоматологов: оценки течения заболевания, эффективности проводимого лечения и обоснованности приоритетной программы дальнейших действий.

Список литературы.

1. Albrecht, G. Sociological perspective on health-related quality of life research [Text] / G. Albrecht, R.A. Fitzpatrick // Advances in Medical Sociology. – 1994. – № 5. – P. 1–21.
2. Berkey, D. B. Oral health perceptions and self-esteem in non-institutionalized older adults [Text] / D. B. Berkey, R. L. Call, M. J. Loupe // Gerodontics. – 1987. – № 3. – P. 109–112.
3. Cushing, A. M. Developing socio-dental indicators—The social impact of dental disease [Text] / A. M. Cushing, A. Sheiham, S. Maizels // Comm Dent Health. – 1986. – № 3. – P. 3–17.
4. Gift, H. Oral health and the quality of life [Text] / H. Gift, M. Redford // Clinics in Geriatric Medicine. – 1992. – № 8(3). – P. 673–683.
5. Gift, H. C. Social impact of oral diseases [Text] / H. C. Gift, S. T. Reisine, D. C. Larach // Am J Public Health. – 1992. – № 82. – P. 1663–1668.
6. Gordon, S. R. Patient satisfaction with current dental condition related to self-concept and dental status [Text] / S. R. Gordon, G. E. Fryer, L. Niessen // J. Prosth Dent. – 1988. – № 59. – P. 323–327.
7. Locker, D. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older population [Text] / D. Locker, G. Slade // Gerodontology. – 1994. – № 2. – P. 108–114.
8. Mechanic, D. Emerging trends in the application of the social sciences to health and medicine [Text] / D. Mechanic // Soc. Sci. Med. 1995. – № 40. – P. 1491.
9. Patrick, D. L. Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation [Text] / D. L. Patrick, P. Erickson. – New York: Oxford University Press, 1993. – Abstr. no. – P. 354–357.
10. Quality of life theory and assessment: what are the implications for health promotion [Text] / D. Raphael [et al.] // Issues in Health. Promotion Series. University of Toronto, Centre for Health Promotion. – 1994. – P. 45–69.

11. Reisine, S. T. The impact of dental conditions of social functioning and the quality of life [Text] / S. T. Reisine // Ann. Rev. Public Health. – 1988. – № 9. – P. 1–19.
12. Slade, G. D. Social impact of oral disease among older adults [Text] / G. D. Slade, A. J. Spencer // Aust. Dent. J. – 1994. – № 39. – P. 358–364.
13. Yellen, S. B. Ignorance is bliss? Beliefs about illness and perception of well-being [Text] / S. B.Yellen // Washington, DC: 4th International Congress of Behavioral Medicine. – Washington, 1996. – Abstract SYM. – P. 16.

МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЛИТЬЯ

Денисов Н.Д., Салеева Л.Р., Кузнецов Э.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Прецезионность зубопротезной конструкции напрямую влияет на срок службы, эстетические характеристики, отдаленные результаты лечения и здоровье пациентов. Изготовление реставраций состоит из множества клинико-лабораторных этапов, каждый из которых оказывает значительное влияние на изготавливаемую конструкцию. Развитие стоматологического материаловедения привело к разнообразию методов изготовления и обилию конструкционных материалов для протезов, но, стоит помнить, что все они не идеальны. У каждой технологии и материала есть как преимущества, так и недостатки. Многие материалы, применяемые в ортопедической стоматологии, обладают негативными свойствами, такими как: деформация, усадка, напряжение, хрупкость, стираемость и др. Знание особенностей используемого материала и соблюдение правил работы с ним позволит добиться минимальных погрешностей в финальной конструкции.

Сплавы металлов в ортопедической стоматологии являются основным конструкционным элементом и широко используются для изготовления различных видов протезов. Несмотря на появление новых технологий изготовления металлических конструкций (фрезерование, селективное лазерное спекание), традиционный метод литья является наиболее применяемым.

Литье сплавов металлов по выплавляемым восковым моделям – сложный технологический процесс, в результате которого можно получить высокоточные конструкции. Но несоблюдение технологии и нарушение правил работы с материалами часто приводят к ряду дефектов: изменение размерных характеристик конструкции, «недолив», изменение поверхности изделия: избыточная шероховатость поверхности, оксидный слой, возникновение пор, трещин, усадоч-

ных раковин в объектах и др. Pereira L, Sordi M и соавт. провели интегрированный обзор литературы, оценив точность конструкций, изготовленных методом литья. Неточность конструкций варьировалась от 50 до 160 мкр и напрямую зависела от соблюдения технологических этапов и правил работы с материалами [1].

Существуют методики и оборудование, которые позволяют «исправлять» ошибки литья – пайка и сварка. Они используются на этапе припасовки конструкции на рабочую модель, если возникли неточности прилегания или при наличии других дефектов.

В связи с повсеместным применением литья для изготовления ортопедических конструкций и высокой частотой возникновения неточности конструкций, разработка и применение методов устранение дефектов является актуальной проблемой.

*Цель исследования***:** формирование комплексного представления о возможностях и недостатках методов устранения дефектов литья – сварки и пайки.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели в ходе работы были проанализированы актуальные научные исследования зарубежных авторов, посвященные изучению процессов сварки и пайки сплавов металлов в стоматологии.

Результаты и обсуждение. При использовании метода пайки применяется дополнительный материал – припой, в результате чего меняется элементный (химический) состав конструкции. Erdogan A, Nalbantgil D и соавт. сравнили выделение ионов металлов из образцов, соединенных серебряной пайкой и лазерной сваркой. Образцы были помещены в среды – искусственную слюну и растворы для полоскания рта, после чего исследованы на высвобождение ионов металлов. При использовании обоих методов было обнаружено значительное выделение ионов металлов, а при применении пайки, помимо ионов серебра,

обнаружены ионы никеля, хрома и железа. Хотя и у образцов, соединенных методом лазерной сварки, высвобождение ионов металлов было менее выраженным, непостоянство химического состава конструкций, и вступление их в реакцию с окружающей средой может оказать неблагоприятное влияние на здоровье пациентов [2].

Коррозионная стойкость сплавов металлов, применяемых в ортопедической стоматологии, имеет большое значение при выборе конструкционного материала. Matos I, Bastos I и соавт. оценили стойкость к коррозии конструкций, изготовленных из сплава на основе Ni-Cr, в искусственной слюне Fusayama при 37°C. Для исследования были изготовлены три группы образцов – литые конструкции (монолитные), конструкции, соединенные с помощью дуговой сварка инертным газом с неплавящимся вольфрамовым электродом (TIG-сварка) и стандартным методом пайки. Результаты потенциальной коррозии и плотности тока коррозии были проанализированы с помощью одностороннего дисперсионного анализа и теста Тьюки для парных сравнений. Наилучший результат в электрохимических испытаниях показали монолитные конструкции, менее стабильный результат у конструкций, спаянных с помощью TIG-сварки, и самые неблагоприятные показатели коррозийной стойкости были выявлены у образцов, спаянных стандартным методом [3].

Помимо биохимических свойств конструкций на результат лечения значительное влияние оказывают и биомеханические характеристики. de Castro G, de Araújo C и соавт. исследовали напряжение в конструкции, изготовленные из сплава на основе Co-Cr, с опорой на дентальные имплантаты. В работе использовались три группы образцов – литые каркасы (контрольная группа) и каркасы, соединенные методом лазерной и аргонодуговой сварки (TIG сварка). Конструкции прикручивались на специальную эластичную модель для фотоупругого анализа максимального напряжения в 34 выбранных точках вокруг имплан-

татов и 5 точек в середине модели. После чего сравнивались показатели между правой и левой сторонами модели, а также между пришеечной и апикальной частями имплантатов. В результате авторами был сделан вывод, что при наличии напряжения в конструкции данные методики не устраняют его – показатели напряжения, создаваемого вокруг имплантатов, были одинаковы для методов [4].

Barbi F, Camarini E и соавт. в своей работе оценивали точность посадки конструкций из Co-Cr сплава после распиливания и использования различных методов соединения. Оценивались три группы образцов – конструкции, соединенные методом пайки, лазерной сварки и TIG-сварки. После соединения конструкций точность посадки на модели измерялась с помощью сканирующей электронной микроскопии в различных точках, и показатели сравнивались между собой. Действительно, метод TIG-сварки показал лучшие средние результаты по сравнению с остальными методиками, но анализ результатов исследования осложнялся тем, что при соединении каркасов различными технологиями, полученные данные сильно разнились даже внутри одной группы. Авторы пришли к выводу, что при наличии неточности конструкции, данные методики не могут дать стабильный результат и значительно улучшить прилегание [5].

Помимо точности и напряжения внутри протезов, не стоит забывать про прочность, ведь это свойство не менее важно, так как конструкции находятся в агрессивной среде и постоянно подвержены циклическим нагрузкам. Takayama Y, Nomoto R и соавт. сравнили прочность сварки и однородность полученного соединения у образцов из сплавов металлов на основе Co и Cr. Ими были изготовлены пластины и различным способом подготовлены поверхности для сварки, проведена сварка с использованием проволок (Ti, Co-Cr). После чего у образцов были исследованы: прочность на растяжение, однородность, пористость

и структура поверхности сварочного шва. У всех образцов было обнаружено: неоднородность шва в разной мере – более однородная структура отмечалась у образцов Co-Cr; пористость различной степени – меньший размер пор у образцов Co-Cr; разрыв сварочной проволоки около середина сварочного шва, а не на границе с пластиной [6].

Выводы. Проанализированные нами исследования подтверждают, что устранение дефектов литья различными методами сварки и пайки не улучшает свойств конструкции, а наоборот может стать причиной возникновения осложнений лечения.

Процесс изготовления ортопедических конструкций способом литья по выплавляемым восковым моделям является высокоточной методикой, но в ряду случаем, при несоблюдении правил работы с материалами и нарушении технологических этапов, могут возникать дефекты. Существующие методики устранения дефектов (сварка и пайка) в полной мере не решают эту проблема, а иногда создают дополнительные осложнения.

По нашему мнению, существует необходимость разработки и внедрения новых методов улучшения качества литья и профилактики возникновения дефектов.

Список литературы.

1. Abutment misfit in implant-supported prostheses manufactured by casting technique: An integrative review. Pereira L, Sordi M, Magini R, Calazans Duarte A, Souza J. - Eur J Dent. 2017 Oct-Dec;11(4):553-558.

2. Metal ion release from silver soldering and laser welding caused by different types of mouthwash. Erdogan A, Nalbantgil D, Ulkur F, Sahin F – Angle Orthod. 2015 Jul;85(4):665-72.

3. Corrosion in artificial saliva of a Ni-Cr-based dental alloy joined by TIG welding and conventional brazing. Matos I, Bastos I, Diniz M, de Miranda M – J Prosthet Dent. 2015 Aug;114(2):278-85.

4. Stress distribution in Co-Cr implant frameworks after laser or TIG welding. de Castro G, de Araújo C, Mesquita M, Consani R, Nóbilo M. – Braz Dent J. 2013;24(2):147-51.

5. Comparative analysis of different joining techniques to improve the passive fit of cobalt-chromium superstructures. Barbi F, Camarini E, Silva R, Endo E, Pereira J. - J Prosthet Dent. 2012 Dec;108(6):377-85.

6. Comparison of joint designs for laser welding of cast metal plates and wrought wires. Takayama Y, Nomoto R, Nakajima H, Ohkubo C. – Odontology. 2013 Jan;101(1):34-42.

СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЕ ЗУБЫ И ОДОНТОМЫ, КАК ФАКТОР РЕТЕНЦИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Кроман Ю.О., Соколов А.В., Петрухин А.Б.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет МЗ РФ, Волгоград, Россия.

Введение

Важное место в современной стоматологии занимает проблема лечения детей с нарушением развития и прорезывания зубов. Ретенция (импакция) зуба – патология, характеризующаяся задержкой прорезывания зуба, в положенные для него сроки, распространенность ее составляет от 4,3 до 17% среди аномалий челюстно-лицевой области [1,2]. По данным исследований, отмечено: частота оперативных вмешательств по поводу ретенции зубов составляет 11,4% от числа всех обращений к хирургу, и зачастую, данная патология является причиной госпитализации и стационарного лечения [3].

К числу значимых этиологических факторов данной патологии относят сверхкомплектные зубы и одонтомы, которые, располагаясь на пути прорезывания постоянного являются причиной его ретенции или смещения [4]. Общепризнано, что сверхкомплектные зубы и одонтомы подлежат хирургическому лечению, но вопросы, касающиеся возраста пациента, метода хирургического лечения, объема проводимого вмешательства, появляющиеся вторичные деформации оставляют эту проблему актуальной [5,6,7,8].

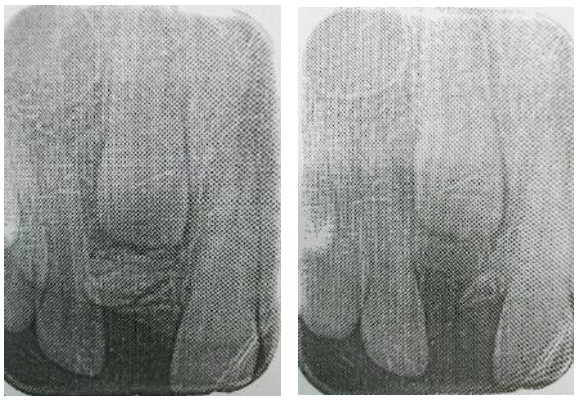
Цель исследования: проанализировать особенности клинического течения и диагностики сверхкомплектных зубов и одонтом у детей, для определения оптимальной тактики лечения.

Материалы и методы исследования

Работу проводили на базах кафедры: ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2» и Стоматологическая поликлиника ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России г. Волгограда, за период 2019-2020 гг. В исследовании использовались: ретроспективный анализ медицинских карт стоматологического больного форма 043/у за в период с 2019-2020г. Всего обследовано и прооперировано 32 ребенка в возрасте от 8 до 13 лет. Диагностику осуществляли на основании клинических и рентгенологических данных, с целью более точного планирования тактики лечения, по показаниям, использовали конусно-лучевую компьютерную томографию.

Результаты и обсуждение

Проведен анализ гендерного соотношения больных, которым оказывалась помощь. В результате исследования 32 случаев с ретенцией зубов по причине имеющихся сверхкомплектных зубов, либо одонтом, количество мальчиков составило 17 человек (53%), девочек -15 человек (47%). В большинстве случаев (72%) причиной для обращения послужили жалобы на эстетический недостаток и задержку прорезывания постоянных зубов, в 28 % случаев сверхкомплектные зубы и одонтомы были диагностированы во время планового лечения по поводу других стоматологических заболеваний., и проводимого в связи с этим рентгенологического исследования. Наиболее частым местом их локализации являлась верхняя челюсть (Рисунок 1).



а б

Рисунок 1 – Пациент Н, 10 лет. Прицельные внутриротовые контактные рентгенограммы. Сложная составная одонтома. Дистопия и ретенция 11 а) до лечения, б) после операции по удалению одонтомы.

В 28 случаях (87,5%) сверхкомплектные зубы и одонтомы локализовались в области верхней челюсти, а в 4 случаях (12,5%) в области нижней челюсти (рисунок 2). Также было изучено распределение локализаций этих аномалий между боковым и фронтальным отделами челюстей. Полученные данные представлены в таблице 1.

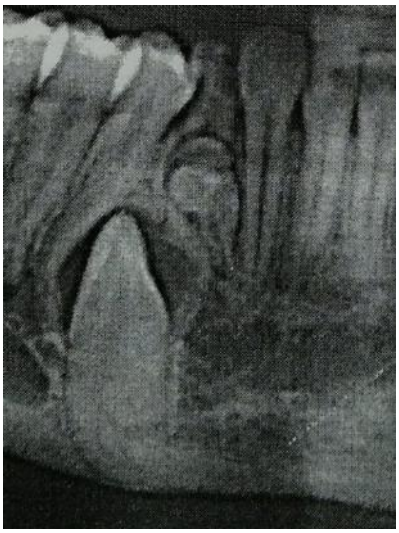


Рисунок 2 – Пациентка Т. 13 лет. Фрагмент рентгенограммы. Составная одонтома. Ретенция 43. Смена прикуса.

Таблица 1. Распределение сверхкомплектных зубов и одонтом у обследуемых пациентов

Локализация		Кол-во (чел.)	%	Кол-во (чел.)	%	Всего (чел.)	%
Верхняя	Фронтальный	24	85,7	28	87,5	32	100

челюсть	отдел						
	Боковой отдел	4	14,3				
Нижняя челюсть	Фронтальный отдел	3	9,4	4	12,5		
	Боковой отдел	1	3,1				

Тщательное изучение анатомо-топографических особенностей в каждом конкретном случае позволило определить своевременность оперативного вмешательства, его объём, а также метод обезболивания. План комплексного лечения составлялся совместно с ортодонтом и зависел от возраста ребенка, сопутствующих заболеваний, расположения сверхкомплектных зубов и одонтом. Анатомо-топографические особенности сверхкомплектных зубов и одонтом, их расположение относительно комплектных зубов, а также степень формирования корней комплектных зубов предопределяли тактику хирургического лечения. У детей с завершенным формированием корней ретенированных зубов и глубоким их залеганием после удаления сверхкомплектного зуба или одонтомы проводилось обнажение коронки комплектного зуба и наложение ортодонтического аппарата.

В случае локализации сверхкомплектного зуба в непосредственной близости к зоне роста комплектного зуба, удаление не проводили до окончания формирования его корня.

Выводы

Таким образом, вопросы, связанные с выбором тактики и методов лечения детей с ретенированными зубами по-прежнему остаются актуальными. Нарушение сроков прорезывания зубов, аномальное их положение должно служить поводом для проведения дополнительных методов исследования. Особенности оперативного вмешательства, продиктованы степенью прилегания сверхкомплектных зубов и одонтом к зоне роста комплектных зубов. Запоздалая диагностика и несвоевременное лечение приводят к увеличению сроков комплексного лечения, повышению рисков, и снижению эффективности стоматологической помощи в целом.

Библиографический список

1. Арсенина О.И., Проскокова С.В., Сапежникова С.А. Совре-менные методы обследования пациентов с ретинированными зубами. Ортодонтия. 2010; 1 (49): 20–21
2. Вакушина Е.А. Эффективность современных методов диа-гностики и лечения в комплексной реабилитации пациентов с аномалиями положения и сроков прорезывания постоянных зубов. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Волгоград. 2007. 23 с
3. Восканян, А. Р. Состояние зубочелюстной системы детей с аномалиями количества зубов и прорезывания по данным ортопантомографии / А. Р. Восканян // Человек и его здоровье. – 2015. – № 2. – С. 5–6.
4. Диагностика и комплексное лечение детей с ретенцией постоянных зубов при лечении с опорой на ортодонтические имплантаты / С. М. Калужская, С. А. Дегтярев // Стоматология для всех. - 2016. - **№ 3**. - С. 46-49.
5. Персии Л.С, Елизарова В.М., Дьякова СВ.П26 Стоматология детского возраста. —Изд. 5-е, перераб. и доп. —М.: Медицина,2003. —640 с: ил.

6. Харьков Л. В., Яковенко Л. Н., Чехова. И. Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста. – М., 2005. – 488 с.
7. Андреищев А.Р., Федосенко Т.Д. Осложнения прорезывания зубов//Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области/Под ред. А.К.Иорданишвили. - СПб: СпецЛит, 2007.
8. Будкова, Т.С. Ретенция зубов, план и прогноз лечения / Т.С. Будкова, И.Ю. Жигурт, Ф.Я. Хорошилкина // Новое в стоматологии. 2005. -№ 1 (спец. вып.).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПАРАДОНТИТОМ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.

Абдурахманов Г.Г.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Махачкала.

Актуальность. Актуальность проблемы обусловлена ухудшением качества экосистемы не только в городах выбросами промышленных предприятий, автотранспорта, но и в сельской местности в связи с интенсивным применением ядохимикатов и минеральных удобрений для повышения урожайности и уменьшением потерь полученного урожая. Экопатогенный риск экосистемы, в том числе и в сельской местности, формируется вследствие воздействия экологических факторов химической и физической природы (химические токсины) (ионизирующее излучение, климатогеографические условия, гелиобиологические, геохимические характеристики экосистемы).

Непосредственное и опосредованное воздействие факторов риска неблагоприятно влияет на здоровье, в первую очередь – стоматологическое, как детского, так и взрослого населения. В сельской местности приоритетными являлись и являются средства химизации сельскохозяйственного производства, неблагоприятного влияния на стоматологическое здоровье взрослого населения сельской местности.

Этнос – это генетическая общность, традиции, обычаи, особенности питания, ремесла, приоритетные виды хозяйственной деятельности, отношение к своему здоровью, образование, одним словом, образ жизни, который не может не вносить вклад в потенциал здоровья, в том числе и в заболеваемость пародонти-

том. О значимом влиянии этноса на заболеваемость пародонтитом пишут и зарубежные исследователи.В то же время представляется достаточно логичным допустить этническую генетическую предрасположенность или толерантность в отношении заболеваний зубочелюстной системы, в том числе и мягких тканей полости рта, а точнее пародонтита. Республика Дагестан полиэтнична, в с/м значительная часть административных районов моноэтничные, из 41 сельского района 36 моноэтничны, в них проживает население 10-ти наиболее многочисленных этносов, составляющих порядка 78,7% взрослого сельского населения РД и 41,2% взрослого населения республики.

Административные моноэтнические районы Аварского этноса в количестве 13 расположены на Севере ГЭЗ, Даргинского этноса – 3 района на юге ГЭЗ 2 – в предгорье, все 5 районов Кумыкского этноса – на равнине, Лакского этноса – 2 района на юге ГЭЗ, 1 -на Севере ГЭЗ, Лезгинского – 2 района на юге ГЭЗ, по одному району в предгорье и на юге равнины, «Русские в РД» - 2 района на Севере равнины, Ногайский – на севере равнины, Рутульский – на юге ГЭЗ, Табасаранский – на юге ПЭЗ, Агульский – на юге ГЭЗ.

Цель исследования: Целью настоящего исследования является оценка клинико-эпидемиолого-экологических особенностей заболеваемости пародонтитом взрослого населения этническик групп.

Для достижения цели исследования в работе решались следующие задачи:

1. Влияние этноса на заболеваемость пародонтитом взрослого населения наиболее многочисленных 10-ти этнических групп в сельской местности РД.
2. Выделить территории повышенного относительного риска с/м по заболеваемости пародонтитом взрослого населения.
3. Причина повышения заболеваемости пародонтитом по этническим группам.

Методы исследования.

. Методика стоматологического обследования и регистрация данных.

Стоматологическое обследование взрослого населения проводилось в стандартных условиях, при искусственном освещении, положении пациента сидя, с использованием рекомендованного ВОЗ набора инструментов и материалов:

- Периодонтальных зондов ВОЗ (CP1)
- Стоматологических зеркал
- Стерилизирующих растворов
- Перчаток- масок

. Клинические методы обследования.

Регистрация результатов стоматологического обследования каждого пациента осуществлялась с помощью индивидуальной карты стоматологического обследования, подготовленной с рекомендациями ВОЗ. Для постановки диагноза пародонтита использовалась классификация заболевания пародонта, принятая XVI пленумом всесоюзного общества стоматологов ноябрь 1983г.

Индексная оценка состояния пародонта.

При изучении распространенности и интенсивности заболевания пародонтита применялся пародонтальный индекс, разработанного R. Russel 1956 г., а также индекс (CPITN) нуждаемости лечения, который В.О.З. рекомендует для эпидемиологических исследований.

Методы статистического анализа и математической обработки.

Показатели заболеваемости рассчитывали традиционно - число случаев заболеваний пародонтитом на 10000 взрослого населения). Данные о численности взрослого населения получены в Госкомстате РД.

ИП (ингенсивный показатель). Рассчитывали также годовые и среднегодовые интенсивные показатели заболеваемости пародонтитом взрослого населения по 10-ти этническим группам в сельской местности. Таблице приведены годовые, среднегодовые ИП (интенсивный показатель) и их ДГ (доверительная граница),

СТП (среднегодовой темп прироста) и тренд заболеваемости пародонтитом у взрослого населения 10-ти этнических групп сельской местности РД.

Приведенные показатели заболеваемости пародонтитом взрослого населения этнических групп вс/м РД свидетельствуют о том, что среднегодовые ИП заболеваемости существенно колеблятся по этносам.

Так, максимальный среднегодовой ИП по Агульскому этносу в 2,3 раза превышает минимальный по Лакскому. Среднегодовые ИП заболеваемости по Лезгинскому и Кумыкскому этносам статистически значимо превышают аналогичные показатели по Аварскому, Даргинскому, Ногайскому, Лакскому этносам и по этносу Русские в РД, занимающего 9-е ранговое место. При ранжировании, для сравнительных целей, без ранговых мест в перечень включили среднегодовые ИП заболеваемости пародонтитом взрослого населения всей с/м и РД. Статистически значимое превышение по сравнению с среднегодовыми ИП по всей с/м и республике отмечено по этносам, занимающим первые 7 ранговые места. Агульский этнос, занимающий первое ранговое место статистически значимо неблагополучнее по сравнению с Аварским, Даргинским, Ногайским, Лакским этносам и с этносом Русские в РД, а также по сравнению со всей с/м и республикой. Однако, по сравнению с Лезгинским и кумыкским этносами разница статистически незначима из-за большого размаха колебаний годовых интенсивных показателей.

Анализ динамики заболеваемости пародонтитом взрослого населения этносов в сельской местности по СТП и тренду свидетельствует о разнонаправленности ее (табл.1).

Из 10-ти этносов по 6-ти и СТП и тренд отрицательные. Отрицательный СТП колеблется от 1,1% - по Аварскому до 27,2% по Агульскому этносам.

Таблица 1

Годовые и среднегодовые показатели заболеваемости пародонтитом взрослого населения некоторых этнических групп в с/м РД за 2015-2019 гг. (число случаев на 10000 населения)

ЭТНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ	ГОДЫ					2015 2019	Доверит.границы		СТП	ТРЕНД	Ошибка тренда
	2015	2016	2017	2018	2019		нижняя	верхняя			
Аварский	71.3	70,4	86,7	68,4	68,3	73,1	70,0	75,2	-1,1	-0,74	2,77
Агульский	144.7	118,0	129,2	66,5	40.7	99,7	78,0	124,2	-27,2	-25,99	6,02
Даргинский	64,0	67,8	71,8	75,7	79,7	71,8	67,4	76,4	5,6	3,92	0,01
Кумыкский	80.3	85,1	72,7	94,6	99,6	86,5	80,8	92,4	5,5	4,83	2,82
Лакский	52,2	47,0	44,3	37,4	32,6	42,6	33,0	53,6	-11,1	-4,89	0,35
Лезгинский	99,7	98,2	87,9	95,8	93,9	95,0	87,9	102,4	-1,5	-1,45	1,44
Русские в РД	45,1	46,0	60,8	47,3	49,0	49,8	44,2	55,7	2,1	0,96	2,26
Рутульский	97,7	85,0	95,7	60,4	48,2	77,3	63,9	92,0	-16,2	-12,38	3,74
Табасаранский	39,0	56, 1	78,3	90,2	107,2	74,2	65,2	83,7	28,8	17,06	0,85
Ногайский	66,9	61,4	64,2	50,4	44,8	57,5	45,9	70,5		-5,52	1,35

Этносы в сельской местности РД, ранжированные по среднегодовым ИП заболеваемости пародонтитом у взрослого населения с доверительными границами

№№	Этносы	ИП, ДГ
1	Агульский	99,7(78,0-124,2)
2	Лезгинский	95,0 (87,9 - 102,4)
3	Кумыкский	86,6 (80,8 - 92,4)
4	Рутульский	77,3 (63,9 - 92,0)
5	Табасаранский	74,2 (65,2 - 83,7)
6	Аварский	73,1(69,3-77,1)
7	Даргинский	71,8(67,4-76,4)
	Вся сельская местность	61,6(59,7-62,8)
8	Ногайский	57,4 (45,9 - 70,5)
9	Русские в РД	49,8 (44,2 - 55,7)
	РД	48,8(47,5-49,6)
10	Лакский	42,6 (33,0 – 53,6)

Приведенные показатели заболеваемости пародонтитом взрослого населения этнических групп в с/м РД (табл 1.) свидетельствуют о том, что среднегодовые ИП заболеваемости существенно колеблятся по этносам. Так, максимальный среднегодовой ИП по Агульскому этносу в 2,3 раза превышает минимальный по Лакскому. Среднегодовые ИП заболеваемости по Лезгинскому и Кумыкскому этносам статистически значимо превышают аналогичные показатели по Аварскому, Даргинскому, Ногайскому, Лакскому этносам и по этносу Русские в РД, занимающего 9-е ранговое место. При ранжировании, для сравнительных целей, без ранговых мест в перечень включили среднегодовые ИП заболеваемости пародонтитом взрослого населения всей с/м и РД. Статистически значимое превышение по сравнению с среднегодовыми ИП по всей с/м и

республике отмечено по этносам, занимающим первые 7 ранговые места. Агульский этнос, занимающий первое ранговое место статистически значимо неблагополучнее по сравнению с Аварским, Даргинским, Ногайским, Лакским этносам и с этносом Русские в РД, а также по сравнению со всей с/м и республикой. Однако, по сравнению с Лезгинским и кумыкским этносами разница статистически незначима из-за большого размаха колебаний годовых ИП.

Анализ динамики заболеваемости пародонтитом взрослого населения этносов в сельской местности по СТП (среднегодовой темп прироста) и тренду свидетельствует о разнонаправленности ее. Из 10-ти этносов по 6-ти и СТП и тренд отрицательные. Отрицательный СТП колеблется от 1,1% - по Аварскому до 27,2% по Агульскому этносам.

Положительный СТП колеблется от 5,5% по Кумыкскому до 28,9% - по Табасаранскому этносам, несколько меньше величины статистически значимого отрицательного тренда, за исключением этноса «Русские в РД», по которому положительный статистически незначимый тренд 0,96 (ошибки – 2,26). Статистически значимый положительный тренд заболеваемости праодонтитом взрослого населения отмечен только по Табасаранскому и Даргинскому этносам, по Кумыкскому этносу положительный тренд статистически не значимый (тренд 4,83; ошибка – 2,82). При этом, среднегодовой темп прироста заболеваемости пародонтитом по всей сельской местности составил 0,90 (ошибка 0,54), а по всей республике соответственно 0,83 (ошибка тренда 0,19). Итак, по 6-ти этносам отрицательный, а по 4-м положительный СТП и тренд на фоне незначительного, но статистически значимого положительного СТП и тренда по всей сельской местности и республике.

Выводы.

1 Из 10-ти наиболее многочисленных этнических групп в сельской местности по заболеваемости пародонтитом взрослого населения наиболее небла-

гополучны Агульский, Лезгинский и Кумыкский этносы; влияние этноса на заболеваемость очевидно, однако оно не является детерминирующим.

2 Наиболее неблагополучно и по среднегодовым ИП и по относительному риску заболеваемости пародонтитом взрослое население Агульского, Лезгинского и Кумыкского этносов. Взрослое население этих этносов составляет 28,9% взрослого населения всей сельской местности и 16,2% - республики. Такую демографическую нагрузку следует считать для поиска адресных конструктивных решений проблемы пародонтита у взрослого населения.

Таким образом, результаты изучения заболеваемости пародонтитом взрослого населения этнических групп в сельской местности Республики Дагестан служат основанием составить заключение о том, что влияние этноса на заболеваемость, по-видимому, есть, однако оно не вносит сколько-нибудь значимый вклад в формирование эпидпроцесса заболевания пародонтитом.

Список литературы:

1. Алимский, А.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний //Эпидемиология и профилактика стоматологических заболеваний: Труды ЦНИИС.-М.,1987.-Т.18.-С.5-10.

2. Анисимова, И.А. Состояние иммунитета у лиц, контактирующих с пестицидами / И.А. Анисимова, А.С. Козлюк, И.Г. Шройт //Гигиена труда и профессиональные заболевания. - 1987.-№6.-С.15-18.

3. Безруков, В.М. Основные направления развития научных исследований по эпидемиологии стоматологических заболеваний. Некоторые итоги и перспективы / В.М. Безруков, А.В. Алимский, Б.А. Азрельян //Новое в стоматологии. Спец. выпуск.-1995.-№4.-С.18-21.

4. Гаджиева, З.Х. Физиологическая география Дагестана/ З.Х. Гаджиева, Д.В. Соловьев/ Под. редакцией Б.А.Акаева.- Москва.-1996.-С. 150-184.

5. Дахкильгов, М. У. Эпидемиологическое исследование распространенности и интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения республики Ингушетия, определение потребности в стоматологической помощи: дис. … канд. мед. наук.-2001.

6. Эпидемиологическое обследование состояния полости рта населения: методические рекомендации /Е.В. Боровский, П.А. Леус, В.К. Леонтьев [др.].-М., 1985.-24 с.

7. Юсупов, С.Х. Состояние пародонта у некоторой части населения республики Узбекистан//Новое в стоматологии.-1998.-№4.-С.13-17.

8. Ahrens G. Заболевания пародонта и необходимость их своевременного лечения. Эпидемиологическое исследование 11.305 пробандов в Гамбурге // Dtsch. zahnarztl.Z.-1987.-Bd.42.-H.5.-S.433

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ И ПАРОДОНТИТА.

Багатаева П. Р., Минкаилова С.Р.

Кафедра терапевтической стоматологии

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием врачей ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Махачкала.

В международной литературе выделяются 3 гипотезы, касающиеся этиологии кариеса зубов: специфическая, неспецифическая и экологическая. Согласно специфической теории, даже незначительное количество особых (специфических) микроорганизмов (Str. Sobrinus; str. Mutans), способствуют кариозному поражению зубов. Неспецифическая теория объясняет развитие кариеса, как результат активности микрофлоры зубной бляшки, состоящей из разных видов микробов. Экологическая теория утверждает развитие кариеса зубов, как результат сдвига в балансе резидентной микрофлолры, обусловленной нарушением постоянства окружающей среды. Таким образом, развитие кариозного процесса в первую очередь связано с микроорганизмами, сапрофитизирующими в полости рта, особенно стрептококками. Бактериологические исследования показали, что высокое распространение кариеса зубов обеспечивается высоким уровнем Str. Mutans в полости рта. По данным L. M. Emanuelson et all (2003) существует семь генотипов str. Mutans, а по результатам исследований M. H. Napimpga (2004) их восемь. По данным литературы Str. Mutans является ацидогенным микроорганизмом, который путем анаэробного гликолиза образует такие органические кислоты, как лактат , пируват, участвующие в деминерализации эмали. Исследованиями отдельных авторов установлено, что данный вид микроорганизмов передается от человека к человеку через слюну и является патогенной флорой полости рта современные исследования показали, что

Lactobacillus проявляет свою кислотообразную способность только при наличии кариозной полости, что активно участвует в прогрессирующей деминерализации дентина.

Вторым по важности кариесогенным фактором являются легкоусваемые углеводы, значимость которых обусловлена их расщеплением в полости рта под воздействием микробов и ферментов слюны, до метаболитов, т. е. молочной, уксусной, пропионовой и др. кислот. Эти органические кислоты способствуют первичной деминерализации эмали до образования кариозной полости. Установлено, что полисахариды обладают меньшей степенью кариесогенности, т. к. метаболизируются в полости рта до своих конечных продуктов.

Третьим по важности развития кариеса зубов является формирование зубного налета, проходящее в 3 этапа: 1 – появление бесклеточной органической пленки на эмали (пелликула), состоящей из гликопротеидов, способных агглютинировать бактерии. Пелликула снижает растворимость эмали в 4 - 6 раз. 2 – образование матрикса будущего налета, компонентами которого являются пелликула, гликопротеины, микроорганизмы и полисахариды, вырабатываемые некоторыми штаммами стрептококков. Таким образом, эти 2 компонента формируют матрикс зубной бляшки, который становится объектом колонизации оральной бактериальной флоры. В 3-й стадии зубной налет переходит в зрелую бляшку в течение нескольких суток и формирует полимикробное образование со сложной структурой, которое от ротовой жидкости ограничена оболочкой, не поддающейся разрушению амилазой слюны. Известно, что под дентальными отложениями снижении концентрации ионов водорода способствует деминерализации твердых тканей зубов, в усилении которого участвуют протеолитические ферменты зубной бляшки. Наряду с ферментами в разрушении эмали имеют большие значения различные сульфатазы, отщепляющие неорганический сульфат, вызывая деструкцию органического каркаса эмали и дентина.

В зрелой зубной бляшке создаются условия анаэробиоза, снижается продукция кислот, увеличивается pH, накапливаются ионы Са и его отложения в виде фосфорнокислых солей с переходом зубного налета в зубной камень. Таким образом, данные литературы свидетельствуют об этиологическом и патогенетическом значении зубного налета в развитии кариеса и болезней пародонта.

Важное значение в развитии стоматологической патологии имеет слюна, выполняющая с профилактической позиции минерализующую, омывающую, очищающую и защитную роль.

Слюна препятствует выходу из эмали минеральных компонентов и способствует их диффузии в эмаль. Установлена защитная функция слюны, связанная с ее иммунологическими, антибактериальными и механическими свойствами. Как правило, снижение секреции слюны и ее полное отсутствие приводят к множественным поражениям зубов кариесом. По данным литературы установлено, что во время приема сахарозы, резко увеличивается содержание в слюне глюкозы, лактата и других гликолитических ферментов. В свою очередь резко повышается количество органических кислот, усиливается пероксидазная активность слюны, ее вязкость снижает pH, при этом формируется так называемый метаболический «взрыв», который в течении 5-15 минут в десятки и сотни раз усиливает кислотопродукцию. При этом установлено, чем чаще «биохимический взрыв» в слюне, тем больше риск развития кариеса зубов.

Известно, что в физиологических условиях ротовая жидкость содержит фосфат кальция, который поступает в эмаль. Если скорость слюнотечения снижается, то уменьшается ее количество и повышается вязкость, количество муцина. Минеральный состав слюны, скорость отделения и реминерализирующая способность ее имеют важное значение в процессах реминерализации эмали, поэтому эти показатели рассматриваются в единой системе минерализации твердых тканей зуба. Рядом авторов указано, что длительная углеводная нагрузка может

привести к нарушению функциональной активности слюнных желез со снижением степени омываемости слюной, самоочищения полости рта, т. е. с нарушением гомеостаза в полости рта. В настоящее время известны ряд механизмов защиты зубной поверхности – пелликула способствует частичной нейтрализации H^+ ионов и усиливает реминерализацию эмали; повышенная минерализация эмали нейтрализует воздействие кислот зубной бляшки; кристаллы гидроксиапатита обладают защитными свойствами, они предотвращают кислотное растворение призм; кристаллы фторапатита усиливают устойчивость наружного слоя эмали; вода в эмали обеспечивает обмен веществ и вступает во взаимодействие с патогенными факторами. По данным ряда исследователей у детей прирост кариеса приходится на 1-й год созревания твердых тканей, который при отсутствии первичной профилактики у 40% детей приводит к кариозным поражениям.

Установлено, что через состояние местного иммунитета полости рта можно оценить не только общий уровень резистентности организма, но и прогнозировать риск развития основных стоматологических болезней. В частности, от уровня неспецифической резистентности организма зависят состав и свойства слюны. Снижение естественной сопротивляемости организма сопровождается уменьшением секреции LgA, который препятствует формированию мягкого зубного налета, поэтому образование последнего ускоряется с содержанием в нем кариесогенных форм стрептококка.

Среди экологических факторов развития пародонтита в современной литературе рассматриваются как общие, так и местные причины. К общим причинам авторы относят болезни желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой системы, болезни крови, эндокринных желез. Среди общих причин учитывается качество питьевой воды, стрессовые ситуации, состояние иммунитета, консистенция и сбалансированность пищи в отношении белков, жиров, углеводов, а

также авитаминоз организма. Авторами, при анализе воздействия общесоматической патологии на развитие болезней пародонта установлено, что у детей с патологией нервной системы обнаруживаются в 90% случаев признаки пародонтита, при заболеваниях почек, пародонтит выявляется в 49-60%, при сахарном диабете – в 70%, при гепохолецистите – в 84%. Большое значение в развитии воспаления в пародонте имеют уровень гигиенического состояния полости рта и местные травматические факторы (наличие кариозных поражений, очагов деминерализации в придесневой области в межзубных контактах, участках ретенции, нарушения прикуса, скученность зубов и другие. Среди местных факторов большинство авторов придают важное значении в развитии воспаления пародонтита действию бактериальной зубной бляшки, некачественному протезированию, плохому терапевтическому лечению, нарушению окклюзии и артикуляции, составу и свойствам ротовой жидкости.

В настоящее время доказано, что развитие и прогрессирование пародонтита может быть связано с воздействием 10 основных видов микробов, патогенных в различных комбинациях. Одним из первых видов бактерий, которым придавали ведущее значение в развитии пародонтита является Actinoruices viscosus. Тем не менее, специфический характер бактериального агента в развитии пародонтита следует рассматривать с осторожностью, т. к. взаимодействие микроорганизмов в составе налета является сложным процессом и микробиологические методы диагностики не всегда дают полную и достоверную информацию о составе микробного налета. Известно, что у здоровых лиц в интактном пародонте существует равновесие между микро- и макроорганизмом, что бактерии, обнаруживаемые в области воспаления пародонта могут присутствовать и в интактной слизистой оболочке. Это в свою очередь доказывает отсутствие конкретной этиотропности конкретных микроорганизмов к определенным формам пародонтита. Необходимо отметить заселенность пародонта не только патогенными,

но и множеством сапрофитирующих микроорганизмов, которые служат определенным биологическим барьером, препятствующим колонизации условно-патогенной флоры.

Большинство авторов, занимающихся изучением данной проблемы, указывают, что точкой приложения патогенных факторов при развитии воспаления пародонта является сосудистое русло, особенно на уровне микроциркулярного русла. Они подчеркивают, что токсины микробов способны в кротчайшие сроки вызывать снижение микрокровотока и агрегацию форменных элементов крови в них.

Известно, что система микроциркуляции является главным звеном обеспечения гемостаза в тканях и органах. Наиболее чувствительным звеном, реагирующим на воздействие патогенных факторов еще до появления клинических признаков воспаления пародонта. Именно данному звену сосудистой системы большинство авторов придают ведущую роль в развитии патологии в тканях десны. Согласно представлениям, Н. К. Логиновой (1993) в основе развития пародонтита может лежать снижение интенсивности жевательной нагрузки и стимуляции кровотока в сосудах десны, а, следовательно, и ее трофики. Как факторы риска развития пародонтита, А. П. Канканьян (1996) выделил: сахарный диабет, атеросклероз, гипертоническую болезнь. Автор обнаружил корреляционную связь между частотой развития пародонтита и возрастанием уровня тромбодуллина и фактора Виллербанта.

Таким образом, совершенно очевидным является то обстоятельство, что существует непосредственная взаимосвязь между нарушением постоянства микробного «пейзажа» полости рта (нарушение баланса между сапрофитами, облигатными и условно патогенными микроорганизмами), и возникновением патологического процесса (в виде кариеса зубов и пародонтита).

ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ АФТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Македонова Ю.А., Александрина Е.С., Ромазенко М.В., Спиридонова О.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград.

Актуальность. Среди всех стоматологических заболеваний наиболее разнообразная и многочисленная группа – заболевания слизистой оболочки полости рта, этиология и патогенез которых очень разнообразны и зачастую не до конца изучены, что вызывает сложности в их диагностике и лечении.

Наиболее часто среди всех заболеваний слизистой оболочки полости рта в ежедневной практике врача-стоматолога встречаются эрозивно-язвенные поражения, отличающиеся разнообразием этиопатогенетических механизмов возникновения и зачастую упорными частыми рецидивами, сопровождающимися выраженным болевым синдромом, что может приводить к значительному снижению качества жизни и потере трудоспособности. [6]

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит – воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, наиболее часто встречающееся у взрослых после 20 лет, характеризующееся рецидивирующими высыпаниями афт и длительным течением с периодическими обострениями. [5]

Несмотря на полиэтиологичность ХРАС, ведущая роль в его патогенезе сводится к иммунологическим нарушениям: угнетением фагоцитарной активности нейтрофилов, снижением комплементарной активности сыворотки крови, нарушением баланса Т- и В-лимфоцитов. У многих наблюдаются дисбактериоз, повышенная чувствительность к антигенам нормальной микрофлоры организма, что приводит к накоплению аутоантигенов и развитию иммунопатологиче-

ских реакций, обуславливающих рецидивы заболевания. Непосредственно в полости рта развитию ХРАС предшествует снижение секреторного IgA и содержания лизоцима в слюне, что приводит к количественному изменению состава микробиоценоза полости рта. [1,5]

В связи с этим традиционных методов лечения ХРАС часто недостаточно. В виду этого разрабатываются и вводятся в ежедневную практику новые методы лечения. Одним из наиболее перспективных является озонотерапия – вид физиотерапевтического лечения, основанный на использовании газа озона, генерируемого специальными медицинскими приборами – озонаторами. [1,4]

В стоматологической практике важную роль играет метод местной озонотерапии, заключающейся в обработке слизистой оболочки озонированной водой или аппликации озонированного масла, что значительно снижает бактериальную обсемененность слизистой и улучшает микроциркуляцию в ней, значительно ускоряя выздоровление. [3]

Бактерицидный эффект озона проявляется при наружном применении его высоких концентраций на область поражения. При этом, в противоположность традиционно используемым антисептикам, не происходит раздражения слизистой оболочки, что связано с мощной антиоксидантной системой защиты организма человека. Разлагаясь в водной среде, озон выделяет свободные радикалы кислорода, смертельные для большинства микроорганизмов.[2,4]

При взаимодействии молекул озона с мембранными липидами бактерии в их наиболее полярных участках происходит озонолиз, после чего начинается индуцированная продуктами озонолиза модификация внутриклеточного содержимого. Бактерицидный эффект озонированного растительного масла обусловлен наличием озонидов, образующихся в реакциях с озоном по месту расположения двойных связей в жирной кислоте. За счёт кислородной связи озонид ненасыщенной жирной кислоты блокирует рецептор микроорганизма. [2,3]

Противовоспалительный эффект озона основан на его способности на местном уровне значительно уменьшать синтез простагландинов. Также применение озона позволяет значительно повысить оксигенацию поражённых тканей и восстанавливает метаболические процессы в них, что значительно повышает скорость регенерации тканей и, соответственно, выздоровление. [1,3]

Обезболивающий эффект озона связан с тем, что повышение уровня активности антиоксидантной системы защиты организма приводит к снижению уровня содержания в тканях продуктов пероксидации. [4]

Накопление продуктов перекисного окисления липидов изменяет метаболизм макрофагов, в частности, ингибируется синтез цитокинов, что прерывает активацию Т-хелперов, и, следовательно, снижает уровень выработки антител В-лимфоцитами. Это позволяет поддерживать больных с аутоиммунной патологией с уменьшением дозы или без назначения цитостатиков и гормонов, обладающих сходным эффектом. [1,3]

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность озонированного персикового масла при лечении ХРАС.

Материалы и методы. На базе кафедры стоматологии Института НМФО Волгоградского государственного медицинского университета под наблюдением находилось 30 пациентов в возрасте 45-59 лет с диагнозом К12.0 – рецидивирующие афты полости рта, среди которых было 19 женщин и 11 мужчин, которые были разделены на 2 группы по 15 человек. Пациенты основной группы получали лечение ХРАС с применением озонированного персикового масла, а контрольной группы – традиционное комплексное лечение. Курс лечения в обеих группах составлял 14 дней.

Все пациенты по показаниям были направлены к аллергологу, гастроэнтерологу и терапевту для выявления и лечения сопутствующей патологии. Также

всем был проведён общий и биохимический анализы крови, исследование на ВИЧ, гепатит В и С.

Пациентам обеих групп в первый день наблюдения была проведена профессиональная гигиена полости рта, обучение гигиене полости рта и назначено комплексное лечение. Пациенты контрольной группы получали лечение, включавшее в себя антисептическую обработку полости рта (Мирамистин спрей), анестетик (Каместат), протеолитические средства (Химотрипсин), кератопластики (5% метилурациловая мазь), витаминотерапия (препараты витаминов группы В), иммунотерапия (Имудон).

Пациенты основной группы помимо традиционной терапии ХРАС получали лечение с помощью озонированного персикового масла, как основного местного средства патогенетической терапии. Озонированное персиковое масло применялось в виде ротовых ванночек по 2-3 раза в день.

Озонирование масла (флаконы по 50 мл) проводилось в течение 10 минут в режиме 100% мощности и скорости потока 0,5 л/мин. с помощью аппарата Озотрон. Данный аппарат был использован для этого исследования в связи тем, что его технические характеристики позволяют регулировать длительность озонирования, концентрацию озона и скорость его потока, что делает аппарат Озотрон простым и удобным в применении.

Для сравнения эффективности выбранных методов лечения и оценки их результатов – уменьшение, а в дальнейшем исчезновение афт было проведено измерение площади афт в первый день наблюдения, а также на 3-й, 7-й и 14-й дни. Оценка изменения размеров элементов поражения проводилась с помощью расчёта индекса регенерации слизистой оболочки рта (ИРСОР) Л. Н. Дедовой:

$$ИРСОР = \frac{S_o - S_t}{S_o * t} * 100\%, \text{ где}$$

So – величина площади эрозивно-язвенных повреждений, St – величина площади эрозивно-язвенных повреждений в процессе лечения в день исследования, t – продолжительность лечения, сутки.

Результаты и их обсуждение. Итогом проведенного лечения стал более выраженный положительный терапевтический эффект у пациентов основной группы по сравнению с контрольной. На 3-е сутки была выявлена значительная разница в скорости заживления афт: у пациентов основной группы ИРСОР составил 38,7%, в контрольной он был равен 11,8%. Пациенты основной группы отметили снижение болезненности афт уже после нескольких процедур с применением озонированного персикового масла, а у пациентов контрольной группы субъективные ощущения практически не изменились. На 7-е сутки у пациентов основной группы ИРСОП составил 19,9%, эпителизировалось 78% афтозных элементов, в контрольной группе ИРСОП=7,9%. У пациентов основной группы отмечено очищение афт от фибринозного налёта и значительное снижение гиперемии слизистой оболочки, у пациентов контрольной группы эти показатели изменились незначительно. На 14-е сутки у пациентов основной группы слизистая оболочка полностью эпителизировалась, в контрольной группе было эпителизировано только 89% афт.

Фото 1. Афта на слизистой оболочке нижней поверхности языка перед началом терапии озонированным персиковым маслом

Фото 2. Результат лечения хронического афтозного стоматита с применением озонированного персикового масла

Выводы. Исходя из проведённого исследования можно сделать вывод, что озонированное персиковое масло оказывает выраженное антисептическое, противовоспалительное и регенерирующее действие, что подтверждают данные субъективного и объективного обследования до и после лечения.

Для лечения ХРАС эффективно назначение озонированного персикового масла, так как его применение значительно сокращает сроки выздоровления пациентов, не оказывая побочных эффектов на организм, и позволяет уменьшить объем назначений и сроки применения лекарственных препаратов, что снижает сенсибилизацию организма пациентов.

Список литературы.

1. Фазылова Ю.В., Рувинская Г.Р., Ковязина С.Б. Эффективность озонотерапии в лечении поражений слизистой ротовой полости // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6.

2. Алехина С.П. Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты / С.П. Алехина, Т.Г. Щербатюк. - Н. Новгород: Литерра, 2003. - 239 с.

3. Безрукова И. В., Грудянов А. И. Использование медицинского озона в стоматологии // стоматология. — 2001, № 2. — с. 61—63

4. Масленников О.В. Практическая озонотерапия / О.В. Масленников, К.Н. Конторщикова. - Н. Новгород: Вектор-ТиС, 2003. – 52 с.

5. Дмитриева Л.А., Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 888 с.

6. Анисимова И.В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта / И.В. Анисимова, В.Б. Недосеко, Л.М. Ломиашвили. - М.: Медицинская книга, 2008. – 194 с.: ил.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ НА РАЗВИТИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ 12-15 ЛЕТ

Андрюшина А.В., Антонова А.А.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Хабаровск

Актуальность темы: По данным современной литературы в Российской Федерации зафиксированы исследования о высокой распространенности и интенсивности кариеса зубов у подростков [3]. Распространенность кариеса среди подростков 12-15 лет в различных регионах страны колеблется от 61% до 90%, а интенсивность кариеса от 1,9 до 6,5 [4, 5]. На территории Дальнего Востока по данным авторов регистрируется высокая распространенность от 73,04% до 96,21% и интенсивность кариеса от 4,38 до 6,17 среди подростков [1]. В Хабаровском крае проводились исследование по распространенности и интенсивности кариеса, в 12 лет – 90,50 ± 0,73%, в 15 лет – 92,25 ± 0,66%; интенсивность поражения – 4,48 ± 0,72 и 5,84 ± 0,56 соответственно[2]. В Амурской области подобных исследований не проведено.

Цель исследования: Определить влияние уровня гигиенических знаний на развитие кариеса зубов у подростков 12-15 лет.

Материалы и методы исследования: Проведено обследование 70 подростков (28 мальчиков, 42 девочки) в возрасте 12-15 лет на базе стоматологической поликлинике ГБУЗ АО с. Екатеринославка, Амурская область. Предварительно у всех родителей подростков было получено информированное согласие на обработку персональных данных. Содержания фтора в питьевой воде 0,36 мг/л. Клиническое стоматологическое обследование включало: определение состояния полости рта с помощью распространенности (%) и интенсивности кариеса (КПУ); гигиена полости рта оценивалась по индексу гигиены Green

Vermillion; по результатом осмотра и ретроспективного анализа медицинских карт пациентов вычислялся прирост интенсивности кариеса за один год.

Социологический метод исследования: проведено анкетирование детей по специально разработанной анкете, которая включала 8 вопросов (знания о гигиене полости рта, роль питания в возникновении заболеваний полости рта). Каждый вопрос оценивался в процентах от правильных ответов и вычислялся интегрированный показатель по методике Разумеева Г.И., Удовицкая Е.В., Букреева Н.М. (1987 год).

Статистический метод исследования**:** данные обрабатывались с помощью персонального компьютера и программы Microsoft Excel к программной операционной системе MS+ Windows XP в соответствии с общепринятыми методами медицинской статистики. Был произведен расчет интегрированного уровня гигиенических знаний у каждого ребенка, произведен корреляционный анализ по Пирсону между уровнем знаний и гигиеной, и между уровнем знаний, и показателем интенсивности кариеса.

Результаты и их обсуждения: По результатам обследования пациентов в возрасте 12-15 лет (таблица 1.) среднее значение распространенности - 83,24 ± 2,27%. Не выявлено статистически значимых различий у мальчиков- 82,28 ± 3,23% по сравнению с девочками 84,21 ± 2,27% ($p>0,05$). Средний показатель КПУ равен 4,1 ± 0,51 зуба. Показатель КПУ в целом у мальчиков и девочек- 3,8 ± 0,47; 4,4 ± 0,55 мальчиков и девочек соответственно ($p>0,05$). Значения соответствуют высокой распространенности и среднему уровню интенсивности кариеса зубов у подростков.

Таблица 1.

Распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов у подростков

Пол	Распространенность кариеса зубов (%)	КПУ	Структура индекса «КПУ»		
			К	П	У
Мальчики	82,28±3,23	3,8±0,47	2,6±0,21*	0,9±0,12*	0,3±0,11
Девочки	84,21±2,27	4,4±0,55	1,9±0,22	2,25±0,14	0,25±0,15

Примечание: *Статистические различия ($p< 0,05$) рассчитаны между показателями мальчиков и девочек

Выявлены значимые отличия между мальчиками и девочками в структуре индекса КПУ, у мальчиков преобладает компонент «К» 2,6 ± 0,24 по сравнению с девочками – 1,9±0,22 ($p< 0,05$), количество пломбированных зубов «П» доминирует у девочек 2,25±0,14 по сравнению с мальчиками 0,9 ± 0,12 ($p< 0,05$). Расчет прироста интенсивности кариеса за год не выявил отличий с учетом гендерных признаков. Интенсивность кариеса в 2019 год - 3,6 ± 0,28 зуба и 4,1 ± 0,33 зуба (у мальчиков и девочек соответственно). Интенсивность кариеса в 2020 году изменилась незначительно: 3,8 ± 0,47; 4,4 ± 0,55 (у мальчиков и девочек соответственно), что соответствует среднему уровню интенсивности кариеса по критериям ВОЗ. Таким образом, прирост интенсивности кариеса за год в данной возрастной группе увеличилась на 0,2 ± 0,08 среди мальчиков; на 0,3 ± 0,09 у девочек ($p>0,05$). Оценка состояния гигиены полости рта отображена в таблице 2.

Таблица 2.

Состояние гигиены полости рта по индексу Грина-Вермильона

Пол	Кол-во обследуемых		Гигиеническое состояние полости рта.							
			Хор. 0-0,6		Удов. 0,7-1,6		Неудов. 1,7-2,6		Плохое 2,7 и более	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%

Мальчики	28	40%	6	8,6%	14	20%	5	7,1%	3	4,3%
Девочки	42	60%	9	12,9 %	17	24,3 %	11	15,7 %	5	7,1%
Всего	70	100 %	15	21,4 %	31	44,3 %	16	22,9 %	8	11,4 %

Согласно полученным данным только у 15 детей (21,4%) отмечалась хорошая гигиена полости рта. Наибольшее количество пациентов с удовлетворительной гигиеной полости рта - у 31 подростка (44,3%). Среднее значение индекса 1,35 ± 0,11 балла. Значение индекса статистически различается: для мальчиков 1,2 ± 0,1; для девочек 1,5 ± 0,11 ($p<0,05$).

Результаты анкетирования показали, что уровень гигиенических знаний подростков по Г.И.Разумеевой, Е.В. Удовицкой, Н.М. Букреевой - 0,53 ± 0,13 у мальчиков и 0,64; ± 0,14 у девочек ($p>0,05$). Среднее значение 0,58 ± 0,64, что соответствует недостаточному уровню санитарно- гигиенических знаний. Неправильные ответы были на вопросы по частоте и необходимости посещения стоматолога, продолжительности чистки зубов, необходимости замены зубной щетки, использования дополнительных средств гигиены полости рта. Девочки чистят зубы чаще, чем мальчики: 63% девочек и только 45% мальчиков чистят зубы более одного раза в день. С возрастом девочки начинают чаще чистить зубы, тогда как у мальчиков низкие показатели с возрастом не меняются.

По данным проведенного корреляционного анализа по Пирсону выявлена взаимосвязь между уровнем гигиенических знаний и показателем интенсивности $r=-0,3$; $r=-0,4$ у мальчиков и девочек соответственно; гигиенических знаний и гигиены полости рта $r=-0,5$; -0,7 у мальчиков и девочек соответственно. Таким образом, установлена обратная слабая корреляционная связь между уровнем гигиенических знаний и интенсивностью кариеса; и обратная связь средней и высокой силы между уровнем знаний и гигиены полости рта.

Выводы: 1. Выявлена высокая распространенность 83,24 ± 2,27%, кариеса зубов у детей Амурской области при среднем показателе интенсивности кариеса -4,1 ± 0,51 зуба, гендерных различий не выявлено.

2. В структуре индекса КПУ у мальчиков преобладает компонент «К» 2,6 ± 0,24 по сравнению с девочками -1,9±0,22 ($p< 0,05$), у девочек состояние полости рта значительно лучше: доминирует компонент «П» -2,25±0,14 и 0,9 ± 0,12 у мальчиков соответственно ($p< 0,05$).

3. Анализ гигиены полости рта показал удовлетворительную гигиену полости рта среднее значение 1,35 ± 0,15, не выявлено значимых различий у мальчиков и девочек;

3. Уровень гигиенических знаний недостаточный, статистически значимых отличий в группе мальчиков и девочек не выявлено. Интегрированный показатель по Г.И. Разумеева, Е.В. Удовицкая, Н.М. Букреева равен 0,58 ± 0,13; в группе мальчиков и девочек. Девочки чистят зубы чаще, чем мальчики более одного раза в день. А также с возрастом девочки начинают чаще чистить зубы, тогда как у мальчиков низкие показатели с возрастом не меняются;

4. По результаты корреляционного анализа выявлена обратная слабая взаимосвязь между уровнем гигиенических знаний и показателем интенсивности ($r=−0,3; −0,4$); между уровнем гигиенических знаний и гигиены полости рта ($r=−0,5; −0,7$) у мальчиков и девочек соответственно.

Список литературы:

1. Галеса С.А, Дьяченко В.Г. Особенности распространенности и интенсивности кариеса у детей различных климато- географических зон Хабаровского края // Сибирский медицинский журнал. - 2015.- С 16-17.

2. Гермаш В.И., Антонова А.А., Елистратова М.И. Взаимосвязь фактора питания и стоматологического статуса подростков Хабаровского края // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2019.- Т. 19.- № 2 (70). -С. 59-63.

3. Леус П.А. Оптимизация программ стоматологической помощи детям школьного возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. -2007. -№2. - С. 59-64.
4. Третьякова О.В. Оптимизация гигиены полости рта у подростков // Казанский медицинский журнал. - 2016. Т. 97. -№ 3. - С. 355-358.
5. Умарова О.Н. Роль анкетирования подростков при изучении гигиены полости рта // Научный журнал по клинической медицине (электр). 2019. - № 4 (38). - С. 87-88.

«PULPOTEC»КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ

Климова А.А. ,Куркина О.Н.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград.

Актуальность:Пульпит временных зубов - распространенная стоматологическая патология, которая встречается у 55,21% детей (Ширяк Т.Ю. 2012 г.) [3, 4]. С целью лечения данной патологии наиболее часто используют витальный ампутационный метод. Вопрос об эффективности того или иного материала, используемого при пультомии временных зубов, остается дискуссионным даже при большом количестве научных исследований.

В России в методике витальной ампутации используют материал «Пульпотек» фирмы PD, Швейцария или его аналог «Пульподент» производства фирмы «Владмива» [2]. Материал «Пульпотек» состоит из порошка (полиоксиметилен, йодоформ, окись цинка до 100%) и жидкости (дексаметазона ацетат, формальдегид, фенол, гваякол, вспомогательные вещества до 100%)и материал «Пульподент» имеет тот же состав, но при этом в нем еще содержится эвгенол[5]. Несмотря на содержание формальдегида, происходит сохранение корневой пульпы и предотвращение развития в ней воспалительного процесса за счет содержания йодоформа и дексаметазона.

Цель: Изучить обзор научной литературы, в которой освещались данные о лечении пульпита временных зубов методом витальной ампутации с использованием материала «Пульпотек».

Метод исследования: Анализ информации о результатах лечения пульпита временных зубов, представленной в работах, опубликованных в последние двенадцать лет (2008–2020 гг.). Для поиска использовались следующие ключевые слова: лечение пульпита, молочные зубы, ампутация витальной

пульпы, пульпотомия.

Результаты: Всего было изучено около 45 публикаций, в которых представлялись результаты применения материала «Пульпотек», проводилось сравнение материала с его аналогом при проведении витальной ампутации.

Обсуждение: Данные разных авторов о полученных результатах лечения пульпита методом витальной ампутации были неоднозначными. По клиническому исследованию С.В. Чуйкина (2010 г.), после применения материала «Пульподент» в течение 6 месяцев диспансеризации в 7,4% случаев наблюдались осложнения - боль и очаги разрежения костной ткани с нечеткими контурами в проекции верхушек корней. При использовании материала «Пульпотек» по данным С.А. Дедеян (2008 г.), пациенты в период наблюдений жалоб не имели.(217 человек) Отмечалась клиническая и рентгенологическая эффективность во всех случаях [1].

После сопоставительного анализа витальной ампутации с использованием материала «Пульпотек» и девитальной ампутации, который был проведен по данным Е.Е. Маслак (2009 г.), было выявлено различие в эффективности лечения пульпитов молочных зубов через 3 года в 2,1 раза − 82,1 % и 37,7 % соответственно.

Выводы: Анализ результатов исследований лечения пульпита временных зубов показал эффективность использования материала «Пульпотек» методом витальной ампутиции. Материал «Пульпотек» имеет следующие преимущества: сохранение жизнеспособной пульпы, обеспечивает нормальное функционирование зуба, отсутствие болевых ощущений на этапах лечения и после его окончания, не влияет на физиологическую резорбцию корней временных зубов, не происходит окрашивание тканей зуба, препарат не токсичен для органов и тканей полости рта.

Чтобы улучшить доказательства для сравнительных исследований витальной

ампутации молочных зубов у детей, необходимо увеличить количество наблюдений, включенных в рандомизированные клинические исследования.

Список литературы

3. Шевченко О.Л., Антонова А.А. Лечение пульпитов временных зубов ампутационными методами // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – №3. – С. 106 – 110.

4. Водолацкий В.М., Налбандян Л.В. Применение препарата “Пульпотек” при лечении пульпитов молочных зубов у детей // Новое в теории и практике стоматологии. – Ставрополь, 2016. – С. 294 – 296.

3.Ширяк Т.Ю., Салеев Р.А., Уразова Р.З., Анисимова О.Ю. Потребность в лечении осложнённого кариеса временных зубов у детей // Казанский медицинский журнал. – 2012. – №4. – С. 634 – 637.

4. Шевченко О.Л., Антонова А.А. Эпидемиология кариеса и пульпита временных зубов у детей дошкольного и младшего школьного возраста Хабаровского края // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста. – Хабаровск, 2016. – С. 190 – 195.

5. Максимова О.П. Лечение пульпита временных зубов у детей // Клиническая стоматология. – 2013. – №4. – С. 14 – 18.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОДНЫХ РАСТВОРОВ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКЕ ПОЛОСТИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА

Родионова А.А.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

Актуальность. Медикаментозная обработка кариозной полости - это один из важнейших этапов в лечении кариеса. Врачом-стоматологом преследуется цель очищения полости от опилок дентина и слюны, бактерицидного воздействия на микрофлору, находящуюся в полости и пристеночном дентине, а также просушивание сформированной полости. В работе предложено рассмотреть более подробно бактерицидную функцию растворов, так как именно недостаточное удаление патогенных микроорганизмов может в последующем послужить причиной развития вторичного кариеса. С появлением большого числа композитов мнения многих врачей-стоматологов о том, какой именно раствор подходит для медикаментозной обработки, все чаще расходятся. В стоматологии все еще открыт вопрос о том, какой медикаментозный раствор является наиболее эффективным в отношении микрофлоры кариозной полости? А также не редко в мире стоматологии обсуждается вопрос необходимости медикаментозной обработки полости в целом. Быть может на сегодняшний день этот этап не является необходимостью.

Цель. Исследовать с помощью бакпосевов бактерицидную эффективность трех растворов для медикаментозной обработки кариозной полости: 0,05% р-р хлоргексидина, 20% р-р димексида и раствор фермента химотрипсина, а также подтвердить, что медикаментозная обработка кариозной полости после препа-

рирования является необходимым и эффективным этапом в процессе лечения кариеса.

Материалы и методы. Для проведения исследования было подобрано 9 пациентов со средним и глубоким кариесом. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группе проводилась медикаментозная обработка кариозной полости раствором хлоргексидина 0,05%, а во 2 и 3 группе соответственно -20% раствором димексида и раствором фермента химотрипсина. Этап медикаментозной обработки был подразделен на 3 части: забор материала из кариозной полости до препарирования, забор материала из сформированной полости и забор материала из сформированной полости после медикаментозной обработки соответствующим раствором. Забор материала осуществлялся стоматологическими аппликаторами и помещался в пробирку с транспортной средой Эймса, способную до 3 дней поддерживать рост микроорганизмов. Затем производился посев на питательные среды в чашки Петри и спустя некоторое время анализировалась бактерицидная эффективность.

Результаты. В 1 группе в 3 чашках с биологическими материалами от 3 пациентов, у которых медикаментозную обработку сформированной полости проводилась раствором 0,05% хлоргексидина, согласно микробиологическому анализу вычислена эффективность равная 86,63 %. Во 2 группе процент эффективности медикаментозной обработки 20% раствором димексида выше и ровняется 95%. Результат эффективности медикаментозной обработки химотрипсином в 3 группе составил 73 %. Была подтверждена необходимость проведения медикаментозной обработки полости перед этапами пломбирования, так как эффективность препарирования кариозной полости и иссечения некротизированных тканей в отношении бактериальной флоры была равна 79%.

Вывод. Таким образом, было проведено исследование бактерицидного и обеззараживающего действия трех растворов для медикаментозной обработки

полости в процессе лечения кариеса и выяснено, что наибольшим противомикробным эффектом в сравнении с 0,05% раствором хлоргексидина и раствором фермента химотрипсина, обладает 20% раствор димексида. В процессе исследования также была доказана необходимость проведения данного этапа в процессе лечения кариеса.

Список литературы.

1. Е. В. Боровский. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/ М.: "Медицинское информационное агентство", 2003. - 840 с.: ил.

2. С.И. Бородовицина, Е.А. Глухова, Е.А. Лавренюк .Основные технологии лечения кариеса зубов: учебное пособие для самостоятельной работы ординаторов по специальности Стоматология терапевтическая / ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2019. – 100 с.

3. Ю.М. Максимовский. Терапевтическая стоматология: Учебник/ М.: Медицина, 2002. - 640 с.: ил. (Учеб. лит. Для студентов мед. вузов).

СТРУКТУРА ИНДЕКСА ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ Г. ИЖЕВСКА

Мосеева М.В, Екатериничева А.М, Байтерикова Д.О,

Клочкова М.В, Дубовцева О.А.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Ижевск

Актуальность. Высокая интенсивность и распространенность кариеса является весьма актуальной проблемой для современной стоматологии. В различных регионах Российской Федерации распространенность кариеса составляет 60-80% среди детей и 98-100% среди взрослого населения [1, 2, 3, 5]. Профилактика кариеса является одним из важных направлений современной стоматологии [2, 4, 5].

Цель исследования: определить уровень распространенности и интенсивности кариеса среди детей города Ижевска в ключевых возрастных группах.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование на основании добровольного информированного согласия 1733 школьников, учащихся муниципальных учреждений образования г. Ижевска. Были обследованы дети трех возрастных групп – 6, 12 и 15 лет. В группу 6-летних детей вошли 476 пациентов (238 мальчиков и 238 девочек). В группу 12-летних детей вошли 539 человек (256 мальчиков и 283 девочки). В группу 15-летних детей вошли 718 школьников (350 мальчиков и 368 девочек).

У всех пациентов была определена интенсивность кариеса зубов по соответствующим индексам. В период раннего и позднего сменного прикуса был использован индекс КПУ+кп(у), где К-кариозные постоянные зубы, П – запломбированные постоянные зубы по поводу кариеса или его осложнений, У – удаленные постоянные зубы по поводу кариеса или его осложнений. Для составляющей индекса кп(у) компонент «к» учитывал временные кариозные зу-

бы, «п» - запломбированные временные зубы, «у» - временные зубы, удаленные по поводу осложненного кариеса до начала резорбции корней временных зубов.

Результаты и их обсуждение. Из 1733 обследованных школьников 50 были здоровы, что составило 2,91%. Из них 6-летних детей было 18, среди 12-летних у 24 детей были отмечены интактные зубы, среди 15-летних – у 8.

Ранее санировано 59 детей 6 лет и 94 ребенка 15 лет, это составило 8,82% от всех обследованных.

Уровень стоматологической помощи составил соответственно у 6 –летних детей 54,33%, у 12-летних – 60,3%, у 15 –летних – 52,61%. Цифровые показатели этого индекса соответствуют удовлетворительному уровню стоматологической помощи.

Структура индекса интенсивности кариеса представлена в таблице.

Таблица 1.

Структура индекса интенсивности кариеса

возраст	Интенсивность кариеса	К	П	У	к	п	у
6 лет	5,95	0,52	0,39	0,012	2,46	2,39	0,18
12 лет	5,82	1,67	2,65	0,11	1,11	1,43	-
15 лет	5,47	2,37	2,92	0,18	-	-	-

Достоверной разницы в интенсивности кариеса зубов у детей ключевых групп не выявлено. При рассмотрении структуры индекса КПУ отмечен рост компонента «К» в 4,55 раза у детей к 15 годам. Число запломбированных постоянных зубов возрастает к 15 годам в 7,48 раз. На 5 детей 15 лет приходится один удаленный зуб. Число временных зубов, пораженных и леченых по поводу кариеса и его осложнений составляет 5,03 зуба, что по классификации Т.Ф.

Виноградовой соответствует субкомпенсированному течению кариеса. К 12 годам этот показатель закономерно снижается в 1,99 раза.

Уровень интенсивности кариеса (УИК) у детей 6 лет равен 0,97 (высокий), у детей 12 лет – 0,61 (средний) и у детей 15 лет – 0,54 (средний).

Все опрошенные знают о необходимости посещения врача-стоматолога 2 раза в год. Но 11,87% детей в возрасте 12 лет и 13,64% детей в возрасте 15 лет отметили, что не проявили бы инициативы для профилактического приема у врача-стоматолога и ждали бы появления острой боли, так как испытывают страх. То есть посещение детьми стоматологической клиники является заботой родителей.

В течение года обратились к стоматологу самостоятельно или по вызову для осмотра 8,16% и 11,55% 12-ти и 15-тилетних опрошенных.

Проведенная работа показала недостаточную медицинскую активность родителей в отношении стоматологического здоровья детей. Так, число запломбированных постоянных зубов у детей 12 и 15 лет недостоверно преобладают над числом кариозных постоянных зубов.

В связи с этим возникает необходимость выработки мотивации к регулярному, профилактическому приему у врача-стоматолога

Выводы. Анализ структуры индекса интенсивности кариеса у детей ключевых возрастных групп города Ижевска показал высокую распространенность и интенсивность поражений твердых тканей зубов среди детей.

Это связано с комплексом факторов, минимизация которых может быть осуществлена за счет повышения стоматологической грамотности населения.

Одним из направлений профилактической работы является проведение мероприятий медико-педагогического убеждения, направленных на формирование здоровьесберегающих привычек, в частности – гигиене полости рта. Эффективность этих мероприятий оценивается специалистами от 20% до 50%.

По результатам проведенного исследования, профилактическую работу необходимо направить на повышение мануальных навыков и выработку мотивации к регулярному посещению врача - стоматолога.

Следует отметить необходимость внедрения комплекса санитарно-просветительной работы и медико-педагогического убеждения учащихся муниципальных образовательных учреждений среднего звена. Основной акцент необходимо сделать на поддержание гигиены полости рта. Наиболее целесообразным вариантом проведения такой работы является комплекс лекций и бесед с родителями, преподавателями школ и медицинскими работниками МБОУ как трансляторами медицинских и стоматологических знаний и умений. Беседы и уроки здоровья со школьниками проводятся с учетом психолого-возрастных особенностей и тенденций. Так, хорошо зарекомендовали себя интерактивные методики, направленные на повышение уровня стоматологической грамотности школьников различных возрастных групп, разработанные кафедрой стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний (Свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности «Электронное учебное пособие «Сказка о стрептомонстрах» № 12.18 от 19 октября 2018 года).

Список литературы:

1. Болезни зубов и полости рта / И.М. Макеева, С.Т. Сохов, М.Я. Алимова. – М., 2012. – 248 с.

2. Джураева Ш.Ф., Воробьев М.В. Социальные факторы формирования стоматологического здоровья детского населения Ивановской области // Сборник материалов конференции: Охрана социального здоровья сельского населения. – 2017. – С. 40-44.

3. Терапевтическая стоматология. Болезни зубов / под ред. Е.А. Волкова, О.О. Янушевича. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Ч.1. – 168 с.

4. Терехова Т.Н., Леус П.А., Кисельникова Л.П., Мельникова Е.И. Сравнительная оценка стоматологического здоровья и поведенческих факторов риска у 12-15 – летних школьников Москвы и Минска // Стоматолог. – 2016. - № 4 (23). – С. 22-28.

5. Хамадеева А.М., Мышенцева А.П., Ливанова О.Л., Филатова Н.В. Использование европейских индикаторов стоматологического здоровья у детей Самары // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 11. – С. 159-163.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОВЯЗКИ «SURGICAL DRESSING»

Афанасьева О.Ю., Столбовская Е.В., Симонян Ю.А., Бражник Р.Ю.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет МЗ РФ, Волгоград, Россия.

Актуальность

Проблема возникновения осложнений после операции удаления зуба, в частности альвеолита, по прежнему не теряет своей актуальности. Возникновение альвеолита происходит вследствие многих факторов, таких как: наличие облигатной и факультативной микрофлоры полости рта, в которой есть и условно-патогенные микроорганизмы, невозможность полной изоляции послеоперационной раневой поверхности от пищевого комка и ротовой жидкости, нарушение комплаентности пациентов - несоблюдение ими рекомендаций лечащего врача и плохая гигиена, а также высокая частота полиморбидности и негативного влияния сопутствующих заболеваний на иммунный статус человека [1], [2].

Цель исследования

Изучение эффективности применения повязки "Surgical Dressing" в местном лечении альвеолита.

Материалы и методы

За период 2019-2020 годы на лечении в хирургических кабинетах стоматологических клиник находилось 28 больных с диагнозом альвеолит (К10.3 по МКБ-10), в возрасте от 23 до 64 лет, из них 15 женщин (54%) и 13 мужчин (46%). В ходе тщательного сбора анамнеза заболевания было выяснено, что основными причинами воспалительной реакции являлись: отсутствие кровяного сгустка в лунке ("сухая лунка") – 13 пациентов (46%), низкий уровень гигиены – у 4 пациентов (15%), сегментация корней при удалении зуба с использова-

нием бормашины у 5 пациентов (18%), невыполнение рекомендаций врача по уходу за лункой удаленного зуба – 6 пациентов (21%). Все пациенты методом простой рандомизации были разделены на две группы: фокус-группу – 14 человек (50%) и контроль-группу - 14 человек (50%) в зависимости от метода лечения.

В фокус-группе проводилось следующее лечение: под инфильтрационной удалялся распавшийся сгусток, осколки костной ткани, если таковые были, производился кюретаж лунки, промывание 0,05% раствора хлоргексидина биглюконата, далее лунки заполнялись губкой «Альвостаз» (ф. Омега-Дент, Россия) с нанесенной на нее антисептической и местноанестезирующей повязкой «Surgical dressing» (ф. Produits Dentaires, Швейцария), содержащей гваякол 12,2%, бензокаин 8,2%, метилсалицилат 1,8%. В контрольной группе после местного обезболивания, под ванночкой антисептика раствором 0,05% раствора хлоргексидина биглюконата проводился кюретаж лунки удаленного зуба, с введением в нее только губку «Альвостаз».

Медикаментозная терапия в послеоперационном периоде в обеих группах включала таблетки Цифран СТ (Тинидазол 600 мг + Ципрофлоксацин 500 мг) по 1 таблетке 2 раза в сутки -5 дней; таблетки Супрастин (Хлоропирамин) по 0,2 мг 2 раза в сутки – 5 дней; таблетки Кеторол (Кеторолак) по 10 мг 2 раза в сутки – 5 дней. Физиотерапевтическое лечение – лазерная терапия гелий-неоновыми лучами на лунку на вторые сутки после кюретажа – 3-4 процедуры [3], [4].

Эффективность лечения оценивали по субъективным (жалобы пациента, шкала оценки боли(см.ниже) и объективным (осмотр, пальпация) данным, а также по количеству посещений [5]. Для субъективной оценки боли, пациентам было предложено отметить на шкале от 0 до 10 свои ощущения , где 10 баллов

– полное благополучие, 0 баллов – интенсивные боли, не купируемые НПВС, на 1, 3 и 5 дни от начала лечения (полученные данные –в табл.1).

Шкала оценки боли

Табл.1.

	1 день		3 день		5 день	
Фокус-группа	>5 баллов	10 человек (71,4%)	6-8 баллов	8 человек(57,1%)	8-10 баллов	13 человек (92,9%)
	<5 баллов	4 человека (28,6%)	4-5 баллов	6 человек (42,9)	7 баллов	1 человек (7,1%)
Контрольная группа	>5 баллов	6 человек (42,9%)	6-8 баллов	7 человек (50%)	8-10 баллов	9 человек (71,4%)
	<5 баллов	8 человек (57,1%)	5-6 баллов	7 человек (50%)	6-8 баллов	5 человек (28,6%)

При статистической обработке результатов применяли метод ранговой корреляции Спирмена. Статистически достоверным считались различи между группами при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения

В обеих группах применение губки «Альвостаз» обеспечило сохранение кровяного сгустка в лунке и препятствовало попаданию пищи и микроорганизмов в нее. Однако могут быть случаи выпадения, выполаскивания губки, самовольное удаление пациентом из-за разбухания губки или неприятного специфического «аптечного привкуса». У 13 человек (92,8%) пациентов больных в фокус-группе в течение 2 часов был купирован болевой синдром, у 12 пациентов (85,7%) отек и гиперемия слизистой оболочки в области лунки удаленного зуба уменьшились в течение первых суток. В контроль-группе эти симптомы у 10 пациентов (71,4%) уменьшились на 1-2 суток позже, 4 пациентам (28,6%) потребовалось еще большее количество времени на купирование этих клинических симптомов. Количество посещений на одного пациента в фокус-группе составило 2-3 , в контроль-группе – 4-5

Мы считаем, что выраженный местноанестезирующий эффект «Surgical dressing» связан с высоким содержанием в нем бензокаина (8,2%) , а мощный противовоспалительный эффект обеспечивают гваякол, хлорбутанол и метилсалицилата. Аллергических, токсических реакций, раздражения слизистой в области лунки и других осложнений в процессе применения у пациентов не наблюдали. Губка «Альвостаз» отлично изолирует костную ткань от патогенного влияния микрофлоры полости рта и оказывает положительное влияние на воспалительную реакцию, улучшает трофику тканей лунки, что выражается в уменьшении отека и гиперемии слизистой со дня первой перевязки и на 2-3 сутки, однако с повязкой «Surgical dressing» болевой синдром купируется быстрее.

Выводы

На основании полученных нами данных, мы можем рекомендовать повязку «Surgical dressing» в качестве препарата выбора в комплексной терапии альвеолитов и применять его для быстрой ликвидации болевого синдрома, т.к. нами было выяснено, что при применении данного препарата болевой синдром купируется и становится менее выраженным в среднем на 1 сутки быстрее, чем при применении только губки «Альвостаз».

Список литературы

1. Ефимов, Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов / Ю.В. Ефимов // Сб. науч. тр. Актуальные вопросы стоматологи. – Волгоград, 2004. – С. 142-144.

2. Иорданишвили, А.К. Профилактика и лечение осложнений, возникших после операции удаления зуба / А.К. Иорданишвили // Стоматология. – 2011. – №1. – С. 16-17.

3. Сирак, С. В. Опыт лечения альвеолита с использованием различных антибактериальных и гемостатических средств / С. В. Сирак, А. А. Слетов, А. Д. Читанава // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 2. – С. 57–59.

4. Беланов, Г. Н. Комплексное лечение больных альвеолитами с использованием биогенных материалов с антимикробным эффектом : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Беланов Г. Н. – Самара, 2009. – 23 с.

5. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе «альвеолит», утвержденные Постановлением № 8 Совета Ассоциации Общественных Объединений «Стоматологическая ассоциация России» от 25 сентября 2018 года.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С БРУКСИЗМОМ И СВЯЗЬ С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рамазонова Г.Э., Мирхусанова Р.С., Мун Т.О., Дадабаева М.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Бруксизм (феномен Каролини) – патология, проявляющаяся парафункциональной активностью, чрезмерным сжатием челюстей, скрежетом. Наблюдается мелкое трение между челюстями, которое сопровождается скрипом, щелканьем или постукиванием зубов. Чаще это происходит во сне, в бессознательном состоянии, поэтому человек может некоторое время и не знать о наличии у него данного расстройства. Бруксизму больше подвержены взрослые, что отчасти объясняется неврологической и психологической теориями возникновения данной патологии, и с одинаковой частотой наблюдается у обоих полов. Но одонтеризм не обходит стороной и детей, что объясняется остеопатической теорией (родовые травмы, неправильный прикус, аномалии зубочелюстной системы и т.д.) [1, 2]. Расстройство имеет множество причин и большинством исследователей не считается отдельным заболеванием, а скорее признаком других общесоматических и неврологических патологий [3]. Поэтому только комплексное обследование пациентов даёт точную картину об этиологии данного расстройства и способствует разработке наиболее оптимального алгоритма лечения [4].

Цель исследования. Определить закономерности формирования стоматологических и соматических проявлений бруксизма.

Материалы и методы. В клинике ортопедической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института было обследовано 62 пациента в возрасте от 18 до 45 лет, среди которых 24 обратились с жалоба-

ми на сжатие и трение зубов ночью, чувство усталости или боли в жевательных мышцах, а также пациенты, пришедшие на профилактический осмотр.

Диагноз «бруксизм» ставился согласно международным критериям AASM (2005): пациент сам сообщает о сжатии челюсти или скрежете зубами во время сна, а так же присутствует один из следующих клинических признаков – дискомфорт, усталость или боль в жевательной мышце и/или блокировка челюсти при пробуждении повышенная стираемость зубов, гипертрофия жевательных мышц (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

При внешнем осмотре обращали внимание на симметрию и конфигурацию лица, высоту нижней трети лица, состояние кожных покровов.

При осмотре полости рта регистрировали состояние твердых тканей зубов – наличие сколов и трещин зубов, фасеток стирания, реставраций, клиновидных дефектов; наличие рецессий десны, обращали внимание на состояние пародонта, вид прикуса. Осмотр слизистой оболочки полости рта был направлен на выявление отпечатков зубов на слизистой оболочки щек по линии смыкания зубов и боковых поверхностях языка.

Было проведено определение общего медицинского статуса пациентов – анализ наличия общесоматических заболеваний и неврологических расстройств. Методом статистической обработки полученных данных изучалась взаимосвязь между показателями стоматологического статуса и сопутствующими заболеваниями у больных с бруксизмом.

Результаты и их обсуждение. Согласно международным критериям American Academy of Sleep Medicine (2005) после опроса и стоматологического осмотра 24 пациентам был поставлен диагноз бруксизм. Исходя из этого пациенты были разделены на две группы: группа с бруксизмом – 24, контрольная группа без клинических симптомов бруксизма – 38.

В группе пациентов с бруксизмом было 11 мужчин (45,8%, средний возраст 25,3±7,5 лет) и 13 женщин (54,2%, средний возраст 24,7±6,2 лет). Контрольная группа: 18 мужчин (47,4%, средний возраст 29,1±7,5 лет) и 20 женщин (52,6%, средний возраст 28,3±8,1 лет).

При внешнем осмотре значительного уменьшения нижней трети лица у большинства пациентов не было обнаружено, что говорит о наличии у них компенсированной формы бруксизма. Хроническая форма бруксизма, которая чаще внешне проявляется уменьшением нижней трети лица наблюдалась у 5 (20,8%) пациентов более старшего возраста (начиная от 35 лет). Следует отметить, что наиболее значимая разница в пропорциях лица отмечались у больных с сопутствующей патологией органов ЖКТ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь желудка).

У 5 (20,8%) человек группы пациентов с бруксизмом внешне отмечалось выраженное периодическое напряжение жевательных и височных мышц (проявление дневной формы бруксизма): они сжимали зубы в процессе опроса, сбора данных, концентрировании внимания.

Был проведен анализ наличия сопутствующих заболеваний и общесоматической патологии у пациентов группы с бруксизмом и контрольной группы. Результаты отражены в Таблице 1.

Таблица 1. Частота встречаемости общесоматической патологии

Заболевания по системам органов	**Группа пациентов с бруксизмом (24)**	**Контрольная группа (38)**
Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, эндемический зоб и др.)	2 (8,3%)	3 (7,9%)
Заболевания ЦНС		-
Гипертоническая болезнь, ИБС	3 (12,5%)	4 (10,2%)

Заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, хронический бронхит, тонзиллит и др.)	3 (12,3%)	4 (10,2%)
Заболевания ЖКТ (ГЭРБ, гастрит, ЯБЖ, ЖКБ и др.)	8 (33,3%)	2 (5,3%)
Инфекции мочеполовой системы	1 (4,2%)	-
Ревматические заболевания	2 (8,3%)	3 (7,9%)
Аллергии	5 (20,8%)	7 (18,4%)
Психологические расстройства	2 (8,3%)	2 (5,3%)
Другие заболевания	5 (20,8%)	8 (21,1%)

Исходя из полученных данных статистически значимые различия частот встречаемости сопутствующих заболеваний между исследуемыми группами были обнаружены по заболеваниям ЖКТ, которые в значительной степени преобладают в группе больных с бруксизмом.

Результаты осмотра полости рта представлены в Таблице 2. Значительная разница показателей наблюдается в частоте встречаемости стираемости зубов. Наличие клинических симптомов бруксизма в контрольной группе свидетельствует о возможном наличии бруксизма в прошлом.

Таблица 1. Частота встречаемости клинических симптомов бруксизма

Признак	**Группа пациентов с бруксизмом (n*=724)**	**Контрольная группа (n*=992)**
Стираемость	211 (29,14%)	28 (2,82%)
Клиновидный дефект	15 (2,07%)	11 (1,12%)
Рецессия десны	25 (3,45%)	28 (2,82%)

Скол (в т.ч. и сколы керамики)	30 (4,14%)	30 (3,02%)

*общее количество зубов пациентов группы

У 15 (62,5%) пациентов группы с бруксизмом были обнаружены симптомы заболеваний пародонта (кровоточивость дёсен, наличие подвижности зубов, гиперемия и рецессия десны и др.), а в контрольной группе подобная симптоматика наблюдалась у 9 (23,7%). Частота встречаемости реставраций зубов в группе пациентов с бруксизмом составила 61,8%, в контрольной группе – 21,2%.

Выводы. Анализ результатов исследования показал, что процесс диагностики бруксизма является сложным и требует комплексного подхода и включает в себя целый ряд клинических и инструментальных методов. Обнаружена связь бруксизма и заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, наличия стрессовых ситуаций и психологических расстройств, что говорит о том, что бруксизм является полиэтиологической патологией. Соответственно выявление возможных причин бруксизма является одной из основ при выборе метода лечения и во многом определяет эффективность проводимой терапии. Обследование полости рта еще раз подтвердил, что наиболее ярким признаком бруксизма является стираемость зубов; заболевания пародонта чаще встречаются у пациентов с бруксизмом, что обусловлено атипично большой окклюзионной нагрузкой.

Список литературы.

1. Мусаев У.Ю., Ризаев Ж.А., Шомуродов К.Э. Новые взгляды на проблему стигм дизэмриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения // Среднеазиатский научно-практический журнал “Stomatologiya”. – 2017. – № 3(68). – С. 9-12.

2. Шомуродов К.Э. Актуальные этические принципы и клинический подход в детской стоматологии // Гуманитарный трактат. – 2018. – №24. – С. 69-72.

3. Наумович С.С., Корхова Н.В., Федосенко А.Л. Бруксизм: современные аспекты диагностики и планирования лечения с использованием системы Brux Checker // Современная стоматология. – 2016. – №3. – С. 38–42.

4. Салеева Г.Т., Сагитов И.И., Салеева Л.Р., Валиева Д.Б. Предварительные клинико-лабораторные этапы комплексного лечения пациентов с бруксизмом // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – №2. – С. 52-56.

АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ СТЕПЕНИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ АНОМАЛИИ СО СТЕПЕНЬЮ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ У ПРИЗЫВНИКОВ

Аликулиев В. К. оглы

Азербайджанский медицинский университет. Баку

Актуальность. Приоритетным заданием в совершенствовании стоматологической помощи на всех этапах подготовки молодежи к службе в армии является своевременная диагностика челюстно-лицевых аномалий, а также увеличение объема и качества санационной работы в местах призыва на срочную службу. Особое внимание привлекает к себе работа с лицами допризывного возраста, подростками и юношами, что определяет необходимость реорганизации деятельности не только районных органов стоматологической службы, но и всяческое способствование развитию и сохранению школьной стоматологической службы [1].

Результатом своевременно оказанной стоматологической помощи, что выражается как можно в более ранней диагностике и соответствующем своевременном лечении лиц допризывного возраста, является значительное уменьшение числа комиссованных лиц во время прохождения медицинского осмотра в районных военкоматах [2].

Одним из направлений такой работы может быть уточнение диагностических критериев и способов коррекции на примере отдельных аномалий зубочелюстной системы.Согласно пояснениям к ст.56 «Перечня заболеваний» о военно-врачебной экспертизе, при постановке диагноза открытый прикус II степени со средней степенью нарушения функции жевания решением медкомиссий призывники однозначно комиссуются [4].Однако наличие протрузии верхней челюсти II степени со средней степенью нарушения функции жевания ча-

сто является предметом дискуссии в медкомиссиях,так как в условиях дефицита времени при освидетельствовании призывников в военкоматах не удается провести чёткую линию между протрузией и открытым прикусом.Соотношение степени аномалии и степени нарушения функции является важным диагностическим критерием в работе врачей при освидетельствовании, и своевременная коррекция величины щели и жевательной функции позволяет улучшить качество призыва на военную службу.

Целью исследования являлся анализ соответствия степени зубочелюстной аномалии со степенью нарушения функции жевания при освидетельствовании у призывников.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни призывников с клиническим диагнозом протрузия фронтального отдела верхней челюсти, направленных в челюстно-лицевое отделение КМЦ г. Баку врачебными комиссиями РВК в период с 2004 по 2008 годы.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что общее число таких призывников составляло 15 человек (табл.1). Наибольшее количество таких призывников было в 2007 году (6 человек). Размер щели у 5 призывников (33,3% от общего числа) составлял менее 5 мм, у 7 (46,7% от общего числа) – щель была в диапазоне 7-9 мм, а у 3 (20% от общего числа) – достигал значений 10-13 мм.

Таблица 1

Анализ историй болезней призывников с клиническим диагнозом протрузия фронтального отдела верхней челюсти (n=15)

Год обращения	Размер щели, мм	Жевательная эффективность, %	Степень аномалии	Степень нарушения жевательной функции

2004	≈ 12	26	II степень	Умеренная
	≈ 13	14	II степень	Умеренная
2005	≈ 1-2	76	I степень	Легкая
	≈ 7	52	II степень	Умеренная
2006	≈ 8-9	66	II степень	Легкая
	≈ 6-7	79	II степень	Легкая
2007	≈ 3-4	62	I степень	Легкая
	≈ 3-4	88	I степень	Легкая
	≈ 8-9	54	II степень	Умеренная
	≈ 3-4	76	I степень	Легкая
	≈ 9	58	II степень	Умеренная
	≈ 7	92	II степе нь	Легкая
2008	≈ 7-8	16	II степень	Умеренная
	≈ 3-4	71	I степень	Легкая
	≈ 10-11	38	II степень	Умеренная

Исследование жевательной эффективности показало, что у 6 призывников ее значения были выше 70%, а у оставшихся 8 – ниже. В то же время, у 3 человек жевательная эффективность была ниже 30%.

По структуре аномалий у 33% призывников была I степень аномалии, у 66,7% – II степень. Легкая степень нарушения жевательной функции была зафиксирована у 53,3% призывников, а умеренная – у оставшихся 46,7%. Всем призывникам с I степенью аномалии, а также 3 призывникам со II степенью аномалии была присуща легкая степень нарушения жевательной функции.

Стоит отметить, что всем призывникам с размером щели не более 5 мм (n=5) была присуща I степень аномалии и легкая степень нарушения жевательной функции, что делало их пригодными к несению службы.

В то же время, легкая степень нарушения жевательной функции была присуща только трем призывникам с щелью размером 6-9 мм и II степенью аномалии. Эта подгруппа также характеризовалась более высоким уровнем жевательной эффективности (66-92%).

Однако, у оставшихся 7 призывников (46,7% от общего числа проанализированных) был установлен размер щели более 5 мм, II степень аномалии и умеренная степень нарушения жевательной функции (менее 60%), что делает их непригодными к несению воинской службы. У этой группы призывников возможно в короткие сроки провести коррекцию брекетами, добиться уменьшения размера щели и увеличения контакта зубов, что позволит увеличить количество пригодных к призыву лиц. Средние сроки коррекции 6-8 месяцев у детей и 8-16 месяцев у взрослых.

Выводы. Согласно результатам проведенного исследования, 46,7% от общего числа проанализированных историй болезни призывников с диагнозом протрузия фронтального отдела верхней челюсти были непригодными к несению воинской службы. Решением этого вопроса является заблаговременная диагностика аномалии и ее коррекция брекетами. Таким образом, полученные результаты подчеркивают необходимость совершенствования системы стоматологической помощи, своевременной диагностики и проведения санации аномалий зубочелюстной области у призывников.

Список литературы.

1. Образцов Алексей Васильевич. Социально-гигиенические аспекты стоматологической патологии у подростков, допризывников и призывников в современных условиях : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.33 / Образцов Алексей Васильевич. - Москва, 2006.- 154 с.
2. Об оценке качества стоматологической помощи / Г.Н. Клыпина, И.Б. Салманов, А.С. Солдаткина, О.А. Бельских [и др.] // Усовершенствование способов и ап-

паратуры, применяемых в учебном процессе, медикобиологических исследованиях и клинической практике. – Вып. 46. – СПб.: ВМедА, 2016. – С. 38 – 39.
3. Batista K. B. S. L. Thiruvenkatachari, B., Harrison, J. E., D O'Brien, K. Orthodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children and adolescents //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2018. – №. 3.
4. Hərbi Həkim Komissiyasi haqqinda,AR NK-nin 18 mart 2000 il 48№li qərari,"Xəstəlik cədvəli", maddə 56.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Басс Д.В. Гречишников Н.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград.

Актуальность.

Сохранение и восстановление функции и структуры костной ткани челюстно-лицевой области - важнейшие задачи хирургического лечения больных с хроническими одонтогенными деструктивными очагами челюстной кости. Костная полость, которая образуется после удаления периапикальных деструктивных изменений, всегда заполнена зрелой новообразованной костной тканью [3, 7].

Известно, что результаты удаления зуба и коррекции альвеолярного отростка после цистэктомии во многом зависят от свойств веществ, входящих в состав остеопластических композиций, для стимуляции роста и минерализации костной ткани. Кроме того, в современной литературе недостаточно данных для сравнительного клинического и экспериментального изучения динамики остеогенеза и влияния остеопластических препаратов различного состава на лечение костных ран при хирургическом лечении хронического пародонтита, а также костная пластика при удалении пораженных зубов мудрости. Также недостаточно научных исследований для сравнительного изучения динамики остеогенеза и отдаленных эффектов остеопластических препаратов различного состава и происхождения при хирургическом лечении одонтогенных кист челюсти.

Цель исследования.

В этой связи сравнительная характеристика остеопластических препаратов в клинических условиях, а также объективная оценка отдаленных последствий

их применения является оправданным и актуальным способом повышения эффективности стоматологической хирургической помощи, что и предопределило цель настоящего исследования.

Материалы и методы

Методы поиска: проводился поиск в Регистре испытаний Кокрановской группы по гигиене полости рта, Центральном Кокрановском регистре контролируемых испытаний (CENTRAL), MEDLINE и EMBASE. Был проведен ручной поиск в нескольких стоматологических журналах. Были проверены библиографии обзорных статей и произведен поиск личных ссылок. Последний электронный поиск проводился 29 января 2021 года.

Критерии отбора: рандомизированные контролируемые испытания (РКИ) различных методик и материалов цистэктомий с использованием остеопластических материалов и без них, сообщающие об отдаленных результатах этих операций.

Сбор и анализ данных. Отбор подходящих исследований, оценка методологического качества испытаний и извлечение данных проводились независимо, статистической единицей анализа был пациент.

Результаты и обсуждение.

Сегодня существует множество материалов для заполнения костных дефектов. Это может быть аллогенная кость, ксеногенная кость или заменители кости [11, 12]. Идеальный материал для замены кости должен соответствовать определенным характеристикам, таким как биосовместимость, биорезорбция, остеопроницаемость, остеоиндукция, структурное сходство с костью, пористость, механическая стабильность, простота использования, безопасность и экономическая эффективность [9].

Mordenfeld et al. представил доказательства биоразлагаемых депротеинизированных фрагментов коровьей кости. [15] В последующих гистологических

и гистоморфометрических исследованиях на людях Mordenfeld et al. обнаружили депротеинизированные фрагменты коровьей кости, размер которых существенно не изменился через 11 лет. [16] [17] Кроме того, Traini et al. в клинических и биологических исследованиях людей сообщалось о неорганических остатках трансплантатов крупного рогатого скота через 20 лет [3]. Во время исследования также сообщалось о реакции на неорганическую бычью кость, как на инородное тело. [8] Гистологически фрагменты бычьей кости были тесно связаны с многоядерными гигантскими клетками, лимфоцитами, плазматическими клетками и гистиоцитами [8]. Можно сделать вывод, что ксенографы не могут уменьшить заболевание пациентов из-за их специфических рисков и связанных с ними осложнений.

Хотя клиницисты положительно интерпретировали остеокластическую активность вокруг частиц бычьей кости [9, 10], она также может иметь значение для безопасности пациентов. Остеокласты - единственные клетки, способные разрушать костный матрикс путем резорбции, необходимого процесса для морфогенеза кости во время развития и постоянного восстановления скелета (ремоделирование кости). [11, 12] Взаимодействие остаточных белков внутри частиц бычьей кости и рецепторов клетки-хозяина может вызывать острые и хронические иммунные реакции, а также передачу болезней.

Хроническое воспаление мягких тканей, связанных с бычьей костью, было доказано в серии исследованных отчетов. Воспалительные процессы разрешились после удаления костного материала крупного рогатого скота. Существует вероятность того, что заменители костей бычьего происхождения вызывают иммунные реакции.

Синусит, рассыпание трансплантата или расхождение раны не являются чем-то необычным при использовании ксенотрансплантата. [20] Chirilă et al. сообщили о 4,3% случаев острого гайморита у пациентов, перенесших синус-

лифтинг с использованием комбинации ксенотрансплантата (Cerabone, биоматериалы Botiss GmBhH, Герлинген, Германия или Gen-Os, Osteobiol, Tecnoss Dental, Турин, Италия) и аутогенной кости. Клиническими признаками были головная боль, местная боль, какосмия, воспаление слизистой оболочки ротовой полости и ринорея или односторонние выделения из носа. [16] Хронический синусит и связанные с ним симптомы, как было показано, развивается у пациентов после установки имплантата и синус-лифтинга [3]. Интересно, что Scolozzi et al. продемонстрировали связь между депротеинизированным заменителем бычьей кости (Bio-Oss) и развитием грибковой инфекции в верхнечелюстной пазухе. [9] Частым возбудителем является Aspergillus fumigatus [9]. Во всех 13 случаях грибковой инфекции пациентам имплантировали неорганическую бычью кость. Эта форма синусита обычно поражает здоровых взрослых [9]. Исчезновение или улучшение симптомов было достигнуто путем удаления материала костного трансплантата.

Sivolella et al. [3] и McCrea [4] сообщили в общей сложности о трех случаях кист, связанных с зубными имплантатами. В описанных случаях развились кистозные поражения носового небного протока [4, 5]. Внутриротовые области мягких и твердых донорских тканей имеют общие биологические, биохимические и эмбриологические сходства с внутриротовыми участками реципиента, которые усиливают васкуляризацию и включение трансплантата. Хотя количество может быть ограничено, аутогенные трансплантаты остаются «золотым стандартом» для восстановления объема внутриротовых тканей без иммунных реакций [5, 16].

Заключение.

Использование BMP, факторов роста и методов тканевой инженерии для замещения костных дефектов значительно ускоряет процесс репаративного остеогенеза и часто приводит к повышению качества новообразованной кост-

ной ткани. Преимущества этих технологий - стимуляция остеогенеза на всех уровнях, сочетание высоких остеоиндуктивных и остеокондуктивных эффектов, возможность полной биосовместимости, биологическое разложение материала без каких-либо токсических воздействий на организм пациента.

Важно получить информацию о результатах длительного применения, провести дальнейшие клинические исследования и разработать схемы их рационального внедрения в клиническую практику. Но сегодня можно с некоторой уверенностью сказать: использование этих видов современных остеопластических материалов в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии представляется перспективным и логичным шагом для достижения успешного и качественного лечения дефектов костной ткани.

Клиники, которым нужны функциональные и эстетические результаты, должны знать о клинических осложнениях, связанных с использованием трансплантатов крс.

Список использованной литературы.

1. Oh KJ, Ko YB, Jaiswal S, et al. Comparison of osteoconductivity and absorbability of beta-tricalcium phosphate and hydroxyapatite in clinical scenario of opening wedge high tibial osteotomy. J Mater Sci Mater Med 2016; 12: 179.

2. Rojbani H, Nyam M, Ohya K, et al. Evaluation of the osteoconductivity of α-tricalcium phosphate, β-tricalcium phosphate, and hydroxyapatite combined with or without simvastatin in rat calvarial defect. J Biomed Mater Res A 2011; 98(4): 488–498.

3. Lee KS, Chang JS, Kim JH, et al. The role of osteoclast in resorption of hydroxyapatite and β-tricalcium phosphate coating layer. Key Eng Mater 2009; 396–398: 81–84.

4. Wagner Q, Offner D, Idoux-Gillet Y, et al. Nanostructured implant combining mesenchymal cells and VEGF nanoparticles for enhanced engineered tissue vascularization. Nanomedicine 2016; 11: 2419–2430.

5. Eap S, Ferrand A, Palomares CM, et al. Electrospun nanofibrous 3D scaffold for bone tissue engineering. Biomed Mater Eng 2012; 22(1–3): 137–141.

6. Eap S, Keller L, Schiavi J, et al. A living thick nanofibrous implant bifunctionalized with active growth factor and stem cells for bone regeneration. Int J Nanomedicine 2015; 10: 1061–1075.

7. Ferrand A, Eap S, Richert L, et al. Osteogenetic properties of electrospun nanofibrous PCL scaffolds equipped with chitosan-based nanoreservoirs of growth factors. Macromol Biosci 2014; 14(1): 45–55.

8. Rajaee SS, Bae HW, Kanim LE, et al. Spinal fusion in the United States: analysis of trends from 1998 to 2008. Spine 2012; 37: 67–76. 146. Gupta A, Kukkar N, Sharif K, et al. Bone graft substitutes for spine fusion: a brief review. World J Orthop 2015; 6(6): 449–456

9. Roffi A, Di Matteo B, Krishnakumar GS, et al. Plateletrich plasma for the treatment of bone defects: from preclinical rational to evidence in the clinical practice. A systematic review. Int Orthop 2017; 41(2): 221–237.

10. Subramaniam P, Kumar K, Ramakrishna T, et al. Bone regeneration with plasma-rich-protein following enucleation of traumatic bone cyst. Eur J Dent 2013; 7(3): 377– 381.

11. Bachoura A, Rice IS, Lubahn AR, et al. The surgical management of hand enchondroma without postcurettage void augmentation: authors' experience and a systematic review. Hand 2015; 10(3): 461–471.

12. Jakubietz MG, Gruenert JG and Jakubietz RG. The use of beta-tricalcium phosphate bone graft substitute in dorsally plated, comminuted distal radius fractures. J Orthop Surg Res 2011; 6: 24.

13. Fayaz HC, Giannoudis PV, Vrahas MS, et al. The role of stem cells in fracture healing and nonunion. Int Orthop 2011; 35: 1587–1597

14. Gómez-Barrena E, Rosset P, Gebhard F, et al. Feasibility and safety of treating non-unions in tibia, femur and humerus with autologous, expanded, bone marrow-derived mesenchymal stromal cells associated with biphasic calcium phosphate biomaterials in a multicentric, non-comparative trial. Biomaterials. Epub ahead of print 19 March 2018. DOI: 10.1016/j.biomaterials.2018.03.033.

15. Aly LAA and Hammouda NI. Evaluation of implant stability simultaneously placed with sinus lift augmented with putty versus powder form of demineralized bone matrix in atrophied posterior maxilla. Future Dental Journal 2017; 3: 28–34.

16. Lalidou F, Kolios G and Drosos GI. Bone infections and bone graft substitutes for local antibiotic therapy. Surg Technol Int 2014; 24: 353–362.

17. Cho YJ and Kang SH. Review of cranioplasty after decompressive craniectomy. Korean J Neurotrauma 2017; 13(1): 9–14.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ.

Стрельник С. Ю., Хусаинова Д.Х., Короткая А.Р., Афанасьева О.Ю, Фомичев Е.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград

Актуальность: В практике челюстно-лицевого хирурга около 40,6% от общего количества амбулаторных операций приходится на удаление различных кист челюстей [1]. Величина кистозных образований варьируется от кистогранулемы до кист больших размеров, которые поражают челюстные кости, поэтому поиск новых средств и методик закрытия послеоперационных дефектов по-прежнему являются актуальными. Кистозные образования челюстей характеризуются активной потерей костной ткани, у 25% больных кость так и не восстанавливается до полного объема, что уменьшает прочность кости или ведет к развитию рецидива заболеваний, значительным послеоперационным дефектам, наличием таких осложнений, как: деформация, переломы челюстей, жевательной дисфункции и др.

Цель: Изучить возможность и перспективы применения тромбоцитарного геля при лечении радикулярных, резидуальных, фолликулярных, кератокист и т.д. челюстей, и качества восстановления дефицита костной ткани, увеличения скорости её регенерации.

Материалы и методы: Доступная научная литература за период с 2013 по 2021 год, посвященная изучению качественного строения и функционального воздействия тромбоцитарного геля в стоматологии, челюстно-лицевой области, в том числе: учебная литература, авторефераты, статьи медицинских журналов, национальные руководства, клинические рекомендации, сборники научных

трудов, интернет ресурсы платформ «e-Learning», elibrary.ru, PubMed, Cyberleninka, Google Scholar.

Проведен тщательный анализ отечественной и международной литературы (с 2013 по 2021 год), посвященная применению различных методик лечения радикулярных кист с применениемтромбоцитарного геля для ускорения регенерации костной ткани. Изучены истории болезни 383 пациентов с кистами ЧЛО после проведенных цистэктомий, проведенные в отделении ЧЛХ ГБУЗ «ВОКБ №1» за 2018- 2020 год.

Результаты и обсуждение: Кисты зубочелюстной системы являются распространенной патологией с частотой встречаемости значительно выше, чем в других костях скелета. Формирование и рост этих полостных образований в челюстях нередко протекает бессимптомно, что затрудняет раннюю диагностику, а полости могут быть обширными и достигать значительных размеров.

Нами были изучены истории болезни 383 пациентов с кистами ЧЛО после проведенных цистэктомий отделения ЧЛХ ГБУЗ «ВОКБ №1» за 2018- 2020 год. Опухоли околоушной области: 20 случаев (2018г.), 22 случая (2019г.), 24 случая (2020г.). Боковая киста шеи: 24 случая (2018г.), 28случаев (2019г.), 31случай (2020г.). Срединная киста: 7 случаев (2018г.), 8 случаев (2019г.), 11 случаев (2020г.). Кисты верхней челюсти: 48 случаев (2018г.), 56 случаев (2019г.), 52 случая (2020г.). Кисты нижней челюсти: 12 случаев (2018г.), 18 случаев (2019г.), 22 случая (2020г.).

Согласно изученным нами данных, первое место по количеству случаев занимает радикулярная киста, проросшая в гайморову пазуху средними размерами от 10 мм в диаметре. Жалобы и данные объективного обследования соответствовали вовлечению в процесс верхнечелюстной пазухи и развитию симптомов верхнечелюстного синусита — 126 (80, 77%), а именно: чувство распирания в челюсти — 120 (76,92%), тяжесть под глазом — 78 (50%), хронические

выделения из носа — 86 (55,13%), нарушение носового дыхания — 42 (26,92). В 11 наблюдениях жалобы отсутствовали.

Второе место занимают боковые кисты шеи, третье место опухоли околоушной области. Четвертое место занимают радикулярные кисты нижней челюсти от 30 мм в диаметре до обширных поражений костной ткани, в области от одного зубочелюстного сегмента до половины всей нижней челюсти, которые приводили к деформации контура подбородочного отверстия и нижнечелюстного канала. Наиболее распространенная локализация на нижней челюсти наблюдалась в области угла на уровне третьих моляров — 25 человек. Кисты данной локализации, как правило, имели небольшие размеры до 10- 20 мм). Однако в 27 случаях наблюдений кистозная полость распространялась на два и более зуба, в область тела и ветви нижней челюсти. Размеры такой кистозной полости превышали 20 мм — 17 случаев, а в 10 случаях превышали 30 мм.

Нами были выделены осложнения в послеоперационном периоде у данных больных, такие как: выраженность послеоперационных явлений в виде отека, инфильтрата, кровотечения - были значительны, чем при лечении других патологий ЧЛО, переломы в позднем послеоперационном периоде, большого числа пациентов (35,5% от общего числа больных) с нарушениями свертываемости крови, регенерации костной ткани, патологиями эндокринной системы, что является основанием для поиска средств и методов закрытия послеоперационных дефектов и снижения указанных осложнений. Как один из перспективных вариантов современных методов ускорения образования костной ткани мы рассмотрели использование тромбоцитарного геля.

Тромбоцитарный гель (ТГ) - продукт крови, предназначенный для нетрансфузионных, терапевтических целей; его получают путем объединения концентрата тромбоцитов с криопреципитатом. Конечный препарат содержит в 3-5 раз больше тромбоцитов, чем в нормальной крови (до 1 млн тромбоцитов в 1 мкл

плазмы крови), это позволяет увеличивать в разы концентрацию продуцируемых тромбоцитами естественных факторов роста, стимулирует местный ангиогенез, активно притягивает недифференцированные стволовые клетки в область повреждений и запускает процесс деления клеток [3, 4, 5, 6]. Тем самым, ускоряет рост тканей и играет ключевую роль в регенерации. Большинство положительных эффектов этого продукта обусловлено многочисленными факторами роста (PDGF, TGF-β, IGF-1 и IGF-2, EGF, VEGF и FGF), содержащимися в альфа-гранулах тромбоцитов. При изготовлении ТГ учитывается клиническая ситуация и в зависимости от необходимости его можно изготавливать более густой консистенции, и добавлять в него ауто- , алло-, ксено — или синтетических костнопластических материалов — добавок [7,8,9]. Наиболее распространенный эффект цистэктомии (операции при одонтогенных кистах и кистогранулемах) с резекцией верхушки корня – снижение скорости восстановления объема костной ткани из-за замедленной или неполной регенерации. Восстановление дефицита ткани в области дефектов, возникающих после удаления патологических околокорневых очагов, происходит на протяжении 1-10 лет и более, а у 25% больных кость так и не восстанавливается до полного объема, что уменьшает прочность кости или ведет к развитию рецидива заболеваний [4]. Поэтому одной из актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии остается поиск наиболее эффективных средств и методов костной пластики [5]. Данные средства обладают способностью оптимизировать и стимулировать процессы репаративного остеогенеза, что также снижает риск возникновения воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

По нашим подсчетам отечественными авторами было описано использование тромбоцитарного геля в комплексе лечения 138 пациентов с различными патологическими процессами челюстно-лицевой области. Для лечения кист челю-

стей (радикулярных, резидуальных, фолликулярных, кератокиста т.д.). В ходе проведения оперативного вмешательства (цистэктомии) после удаления оболочки кисты костная полость заполнялась одним или несколькими (в зависимости от объема полости) сгустками ТГ (тромбоцитарного геля). Заполнение костных полостей при лечении кист челюстей ТГ (как в чистом виде, так и в сочетании с другими биологическими препаратами), а также после удаления ретинованих зубов позволило сократить сроки восстановления костной ткани, снизить риск развития осложнений (на 5-8%) и сократить сроки лечения и реабилитации больных (на 6-9 суток).

Также по данным исследованиям стало очевидно, что тромбоцитарный гель обладает выраженным гемостатическим и противовоспалительным эффектом, а значит, способствует быстрому заживлению мягких тканей после ушивания ран или проведения пародонтологических пластических операций. Стимуляция фибробластов с увеличением скорости дифференциации клеток способствует быстрому формированию тканей десны. Это ускоряет процесс заживления раны, что благоприятно для подлежащих трансплантатов мягких тканей, костных материалов [7,10].

Выводы: Гель с тромбоцитами действительно ценен в лечении потери альвеолярной кости из-за его антисептических, адгезионных и остеорегенеративных свойств, о которых уже сообщалось. Он хорошо переносится и не вызывает вредных побочных эффектов. Данный гель является богатым источником факторов роста и представляет собой универсальный продукт, приготовление которого в условиях стационара (при наличии оборудования) обойдется дешевле, чем его изготовление на промышленных предприятиях, и может быть получен индивидуально в соответствии с потребностями хирурга или пациента, а главное, в кротчайшие сроки, что позволит уменьшить сроки периода пребывания

пациента в стационаре, ускорению реабилитационного процесса, снижению рисков послеоперационных осложнений в ранний послеоперационный период.

Анализ изученных нами данных показал, что на сегодняшний день имеется достаточно много интересных, перспективных, научно обоснованных исследований у авторов со всего мира в поддержку использования тромбоцитарного геля для оптимальной регенерации костной ткани [11,12, 13,14]. Однако стоит подчеркнуть, что на данный момент отсутствует единый стандартизированный протокол по его изготовлению, а это приводит к высокой гетерогенности исследований. В свою очередь, это приводит к искаженным данным об истинных свойствах тромбоцитов, а значит, ограничивает возможность применения обогащенной тромбоцитами плазмы.

Список литературы.

1. Анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения околокорневых кист челюстей. Ефимов Ю.В., Киреев П.В., Ефимова Е.Ю., Долгова И.В., Фоменко И.В./ Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2019. № 3 (71). С. 96-98.

2. Одонтогенные кисты челюстей: Учебное пособие / под ред. проф. Э.А. Базикяна. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2018. С– 80.

3. Manzoor Dar, Tajamul Hakim, Ajaz Shah, Latief Najar, Gowhar Yaqoob, Faiqah Lanker. Use of autologous platelet-rich fibrin in osseous regeneration after cystic enucleation: A clinical study, Journal of Oral Biology and Craniofacial Research,. Volume 6, Supplement 1. 2016. Pages S29-S32

4. Mayte Buchbender, Friedrich W. Neukam, Rainer Lutz, Christian M. Schmitt. Treatment of enucleated odontogenic jaw cysts: a systematic review. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology. Volume 125, Issue 5. 2018. Pages 399-406

5. Dhote VS, Thosar NR, Baliga SM, Dharnadhikari P, Bhatiya P, Fulzele P. Surgical Management of Large Radicular Cyst Associated with Mandibular Deciduous Molar Using Platelet-rich Fibrin Augmentation: A Rare Case Report. Contemp Clin Dent. 2017 Oct-Dec;8(4) Pages 647-649.
6. Растворимые факторы тромбоцитов и регенеративная медицина / М. П. Потапнев [и др.] // Здравоохранение. — 2014. — № 9. — С. 32—40.
7. K.P. Nakkeeran, K. Saravanan, P. Babu, R.R. John. Evaluation of bone regeneration in periapical osseous defects with and without platelet rich plasma, combined calcium sulfate and autologous bone graft – A comparative study. Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery. Volume 120, Issue 3. 2019. Pages 196-202
8. Н.М. Хелминская, В.И. Кравец, А.В. Гончарова, Н.М. Краснов Об эффективности и перспективах использования плазмы в крови в комплексном замещении ограниченных костных дефектов челюстей // Медицинский альманах 2015. №3(38). – С. 199-202.
9.Солодкий В.Г., Овечкина М.В. Применение тромбоцитарной аутологичной плазмы в практике хирургической стоматологии //Пародонтология. — 2016. — №3. — С.62–66.
10. Гуляева О.А., Буляков Р.Т., Герасимова Л.П., Чемикосова Т.С. Современные методы в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: монография / Уфа:Изд-во «УралПолиграфСнаб». 2016. – С.— 198
11. Применение аутогенного тромбоцитарного геля при лечении хронических пародонтитов/ Максютин И.А., Мухаев Х.Х., Ефимов Ю.В., Ярыгина Е.Н., Афанасьева О.Ю., Сербин А.С., Алешанов К.А. Медицинский алфавит. 2013. Т. 4. № 20. С. 13-14.
12. Применение аутогенного тромбоцитарного геля при лечении околокорневых кист / Максютин И.А., Мухаев Х.Х., Ефимов Ю.В., Ярыгина Е.Н., Афанасьева О.Ю., Сербин А.С., Алешанов К.А., Гайнутдинов Р.Р., Мезина Н.Г., Дух-

новский С.М., Дронов С.В., Дьяков П.П., Тимошенко А.Н. Медицинский алфавит. 2013. Т. 3. № 15. С. 44-45.

13. Обоснование применения PRP-метода в практике врача-стоматолога-хирурга / Черешнев А.С., Новосельцев И.П., Боденкова А.А., Рябикова Т.А., Гао В., Ван Х.З., Казанцева И.А., Афанасьева О.Ю. В сборнике: Стоматология - наука и практика, перспективы развития. Материалы Юбилейной научно-практической конференции, посвященной 55-летию стоматологического факультета ВолгГМУ. Главный редактор В.И. Петров. 2017. С. 407-410.

14. Применение PRP-терапии в комплексном лечении стоматологических заболеваний полости рта / Афанасьева О.Ю., Зотьева Ю.А. Наука в современном мире: приоритеты развития. 2019. № 1 (5). С. 2-4.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Березин В.А., Салеев Р.А., Шулаев А.В., Березин К.А.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», Казань.

По определению всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (WHO,1996), качество жизни – это способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье и счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей физической и психологической среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения [20].

Качество жизни в стоматологии объединяет и оценивает физические, функциональные, социальные, коммуникативные и психологические элементы параметров стоматологического здоровья. По данным некоторых авторов, требования к объему стоматологической помощи пациента можно разделить на три основных аспекта: устранение боли или дискомфорта, восстановление или улучшение функции, восстановление эстетики рта [16,18].

Динамический разбор показателей качества жизни должен активно применяться, как прогностический коэффициент для определения эффективности проводимого лечения пациентов с разной патологией [9,10,17].

Цель: оценка показателей качества жизни для анализа стоматологического здоровья.

Материалы и методы исследования: литературный обзор.

Министерством Здравоохранения в 2001 году в отечественной медицине предложена система исследований качества жизни, составляющая и одно из приоритетных направлений медицинских научных исследований.

В настоящее время для анализа стоматологического здоровья в терминах его влияния на качество жизни пациентов стоматологического профиля чаще применяются следующие индексы: степень важности стоматологического здоровья — Oral Health Impact Profile (OHIP) (Slade G., Spenser J.,1994); влияние стоматологического статуса на повседневную жизнь — Dental Impact on Daily Living (DIDL) (Leao A., Sheiham A., 1996); взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни — Oral Health — Related Quality of Life (OH-QoL) (Kressin N., Spiro A., 1996) для измерения всевозможного влияния стоматологического статуса на повседневные функции [1,4,13,14,15,19].

Данные индексы предназначены для объективного измерения частоты, степени влияния стоматологических проблем на функциональное и социально-психологическое благополучие.

По данным ВОЗ наиболее полным и многопрофильным инструментом замера качества жизни по частоте применения и разнообразности интерпретации при разных формах стоматологических заболеваний имеет индекс степени важности (влияния) стоматологического здоровья (OHIP). В 1997 году Slade G. Модифицировал OHIP-49 в сокращенный вариант Oral Health Impact Profile (OHIP-14) [2, 11, 19].

В Российской Федерации в последние годы используется валидизированная русскоязычная версия индекса OHIP-14 [2,8,9,12,13].

Исследование Смирнягиной В.В. и соавторов проведено с использованием валидированного, применительно к заболеваниям пародонта «Профиля влияния стоматологического здоровья OHIP-14». Показатели качества жизни достоверно улучшались по всем показателям после проведенной терапии, что свиде-

тельствовало значимости стоматологических показателей качества жизни для динамической оценки результативности лечения [11].

WongAHH&Cheung изучил влияние стоматологического статуса на качество жизни в эстетическом ракурсе с применением OHIP-49 и показал, что снижение качества жизни у данных пациентов происходит преимущественно за счет социальной нетрудоспособности [19].

Гилева О.С. и соавт. В 2010 году провели изучение влияния заболеваний СОР на состояние качества жизни пациентов с использованием валидизированной русскоязычной версии OHIP-49-RU. В работе доказано снижение показателей КЖ за счет всех параметров: физических, социальных и психологических и отмечено, что осложненные формы красного плоского лишая сопровождаются достоверно более выраженным снижением качества жизни по интегральному показателю [3].

В работе отечественных ученых, изучивших влияние стоматологической патологии на качество жизни ВИЧ-инфицировцированных пациентов, доказано, что OHIP-14-RU позволяет отделить степень ущерба стоматологического здоровья в зависимости от возраста и оценить успешность проводимого лечения. Качество жизни этих пациентов снижается в основном за счет параметров физического и психологического дискомфорта, болевого синдрома, компонента «Психологические расстройства», который присущ у больных саркомой Капоши [3].

Отечественными авторами были проведены исследования, определяющие влияние некариозных поражений твердых тканей зубов на снижение качества жизни. В исследовательской работе с помощью критериев качества жизни с использованием опросника OHIP-14-RU показано, что интегральные показатели качества жизни при клиновидных дефектах зубов разнообразны в зависимости от степени тяжести заболевания [3].

За последние 10 лет по данным современных исследований предложены методы повышения качества жизни пациентов с некоторыми стоматологическими заболеваниями, такими как заболевания пародонта, некариозные поражения твердых тканей зубов и заболевания слизистой оболочки полости рта [4,7].

Булгаковой А.И. и Исламовой Д.М. (2013), были изучены и разработаны алгоритмы диагностики и лечения клиновидных дефектов зубов с учетом качества жизни и с применением традиционных методов и с использованием опросника [3].

Выявлено, что при средней и глубокой стадиях клиновидного дефекта зубов самые выраженные различия определялись по шкалам: «Ограничение функции», «Физические ограничения», «Физический дискомфорт».

Общий опросник качества жизни WHOQoL-100 следует применять в клинической практике с целью определения эффективности проведенного лечения пациентов со стоматологической патологией.

Также в Российской Федерации широко применяется неспецифический опросник SF-36. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья. В стоматологии он используется, прежде всего, для контроля влияния результатов лечения на качество жизни пациентов [5,6,7].

Вывод: Таким образом, всесторонний анализ отечественной и зарубежной литературы по стоматологии констатировал, что важнейшими показателями результативности стоматологического лечения становятся точные, количественные критерии качества жизни, которые основаны на субъективном восприятии пациента. Применение этих показателей в практике является стратегической задачей, которые решаются на уровне приоритетных национальных проектов.

Список литературы:

1. Бондаренко И.В. Оценка качества жизни пациентов на этапах предимплантологической аугментации и дентальной имплантации/ И.В. Бондаренко, А.И. Ерохин, О.В. Бондаренко // Институт Стоматологии. —2010. —№2. — С.42—43.

2. Валидация русскоязычной версии опросника OHIP у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Г.М. Барер, К.Г. Гуревич, В.В. Смирнягина, Е.Г. Фабрикант // Стоматология, —2007. – № 5. – С. 27—30.

3. Гилева О. С. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» OHIP-49-RU /О.С. Гилева, Е.В. Халилаева, Т.В. Либик [и др.] // Уральский медицинский журнал. —2009. —№8. —С. 104—109].

4. Динамика показателей «качество жизни» по опроснику MOS SF-36 в субъективной оценке эффективности лечения больных с деформациями зубных рядов /Н.В. Лапина, Е.Е. Олесов, Е.Ю. Хавкина, А.Д. Аксаментов, А.С. Золотарев // Российский стоматологический журнал. —2011. —№ 6. —С. 42—44.

5. Заблоцкая Н.В. Качество жизни – показатель качества работы/ Н.В. Заблоцкая, Т.В. Ульянова, И.А. Притчина // Институт Стоматологии. 2008. — №2. —С. 64—65.

6. Кан В.В. Методы оценки качества жизни у пациентов стоматологического профиля / В.В. Кан, А.В. Лазаренко, В.Ф. Капитонов // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). — 2012. — № 10 (18). Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/metody-otsenki-kachestvazhizni-u-patsientov-stomatologicheskogo-profilya

7. Качество жизни и поведенческие факторы риска пациентов с патологией полости рта и челюстно – лицевой области / Ю.М. Максимовский, К.Г.

Гуревич, Е.Г. Фабрикант, О.В. Федоткина // Стоматология для всех. – 2013. — № 4. – С. 34—36.

8. Курбанов З.О., Курбанов О.Р. Влияние маркетинга на повышение уровня качества стоматологической услуги // Дентальные технологии. Журнал ВАК Украины. – Одесса, 2012. - №2, - С.36-41.

9. Сабитова, Р.И. Гигиеническое состояние полости рта и уровень гигиенических знаний у работников нефтехимического производства / Р.И. Сабитова, М.Ф. Кабирова, Д.Ф.Шакиров//Проблемы стоматологии.—2016.—№ 4.—С.23—27.

10. Салеев Р.А, Федорова Н.С. Сравнительный анализ индексов оценки качества жизни, используемых в стоматологии (обзор литературы) Клиническая стоматология. —2014. —№ 2(70). – С. 54—61

11. Смирнягина В. В. Возможность использования критерия качества жизни для оценки эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени: автореф. Дис. … канд. Мед. Наук / В.В. Смирнягина – М., 2007. – 25 с.

12. Старцева Е.Ю. Социологический мониторинг качества стоматологического обслуживания работников в условиях закрытого промышленного предприятия / К.А. Березин, А.В. Шулаев, В.К. Березин, Е.Ю. Старцева // Проблемы стоматологии. – 2019. – Том 15, № 3. – С.12—18

13. Boman U.W., Wennstrom A., Stenman U., Hakeberg M. Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: an epidemiological cross-sectional study of middle-aged women. BMC Oral Health, no. 12 (2012): —14.

14. Broder H., Jokovic A., Locker D. et al. Developing the Child Oral Health Impact Profile: An International Study. IADR/AADR/CADR 80th General Session, San Diego, California, March 6—9, —2002.

15. Shah M., Kumar S. Improvement of Oral Health Related Quality of Life in Periodontitis Patients after Non-Surgical Periodontal Therapy. Indian Journal of Dentistry, no. 2 (2011): 26—29.

16. Khatun, F. Health hazards and the socioeconomic status of female labour of tobacco processing mills in Kushtia, Bangladesh / F. Khatun, M. Kamruzzaman, M. Islam [et al.] // SJPH.—2013.—№ 1.—P.1—8.

17. Kvande, H. The aluminum smelting process and innovative alternative technologies / Kvande H., Drabløs P.A. // J. Occup. Environ. Med.—2014.—Bd. 56, № 5, Suppl.—S.23—32.

18. Leontyeva, E.Y. Remineralizing effectiveness of desensitizing toothpastes in the prevention of dental diseases among workers with harmful working conditions / E.Y. Leontyeva, I.B. Nektarevskaya, Y.B. Nektarevskaya, A.V. Molchanova // Stomatologiia.—2015.—№ 6.—P.22—25.

19. Slade G. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile / G. Slade, J. Spenser // Community Dental Health. – 1994. – Vol. 11. – P. 3-11.

20. The WHOOL group. Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment // Psychol. Med. –1998. – V. 3. – P.551-558.

ДИАГНОСТИКА КЕРАТОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Березин К.А., Цыплаков Д.Э., Шулаев А.В., Макарова Н.А., Старцева Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», Казань.

Своевременная и эффективная диагностики лейкоплакии слизистой оболочки рта продолжает оставаться актуальной проблемой. Это обусловлено многообразием клинической и морфологической картины и бессимптомным течением заболевания [10,12].

Цель: проанализировать методы диагностики кератотических изменений слизистой оболочки рта

Материалы и методы: литературный обзор

Клинические рекомендации (протоколы лечения) Стоматологической ассоциации России (СТАР) рекомендуют алгоритм выполнения диагностических мероприятий, включающий сбор анамнеза, внешний осмотр челюстно-лицевой области, клинико-инструментальное и лабораторное исследование [9].

В соответствии с рекомендациями ВОЗ тщательный осмотр слизистой оболочки рта обеспечивает системное обследование всех отделов ротовой полости и окружающих тканей, определяют наличие морфологических элементов поражения кожи лица, красной каймы губ и СОР [10].

В настоящее время для диагностики морфологических трансформаций лейкоплакии СОР широкое распространение получили различные системы визуализации – аутофлуоресцентная стоматоскопия, хемилюминесценция, флюоресцентная спектроскопия, оптическая когерентная томография [4,17].

A. Chaudhry и соавт. (2016) сообщили, что сравнительное исследование хемилюминесценции и толуидинового голубого в диагностике дисплазии при

лейкоплакии, но толуидиновый голубой был более эффективен в выявлении тяжелых степеней дисплазии [15].

Клиническими исследованиями подтверждена эффективность диагностических технологий на основе световых методик [3,5,16].

M. Rajmohan и соавт. (2012) отметили, что с помощью хемилюминесцентного метода удалось оценить площадь патологического очага и выделить границы, которые при визуальном осмотре не всегда просматривались [15].

Необходимо подчеркнуть, что при исследовании больных кератозами использование оптической техники превосходит визуальный осмотр специалиста и такой анализ является не зависимым от субъективной оценки врача. Л.Н. Казарина и соавт. (2019) на основании результатов своих исследований пришли к выводу о том, что метод инфракрасной спектроскопии является достаточно простым в исполнении, точным и объективным для диагностики предраковых заболеваний СОР [8]. Внедрение и использование в клинической стоматологии ОКТ позволяет визуализировать четкие границы между слоями здоровой и патологически измененной СОР.

Для дополнительной диагностики лейкоплакии определенную ценность показал метод трансиллюмоскопии. Было показано, что при трансиллюминации возникают картины анатомических структур и изображения патологических очагов в проходящем свете, в том числе и невидимых при обычном осмотре, а также неопределяемых другими диагностическими методами. Наряду с теневым изображением патологического очага, возможно, получить изображение прилегающих сосудов. Установлено значение в формировании лейкоплакии сосудистого компонента, рисунок которого отличается своеобразием – колбообразными расширениями видимых сосудов. Таким образом, метод трансиллюмоскопии показал определенную ценность для дополнительной диагностики при лейкоплакии СОР [10].

При исследовании патологических изменений на СОР широко применяется метод прямой визуализации - аутофлюоресцентная диагностика (АФД). Техника прямой визуализации флуоресценции тканей СОР позволяет обнаружить субклинические признаки предраковых изменений СОР при отсутствии видимых признаков поражения [4,6,10,11].

Большой потенциал для скрининга и мониторинга заболеваний СОР показали минимально инвазивные методы обследования. Доказана высокая степень достоверности оптической когерентной томографии (ОКТ), которая позволяет более точно верифицировать диагноз лейкоплакии на этапе клинического обследования [19].

Достоверным методом диагностики лейкоплакии СОР признано патоморфологическое исследование. Морфологическое исследование осуществляется двумя методами в виде цитологической (определение структуры клеток) и гистологической (исследование тканевого среза) диагностики [10,13].

По данным литературы, цитологический метод позволяет определить тонкую морфологическую структуру клеток, имея высокие значения чувствительности и специфичности - 92% и 94%соответственно [7,14,18].

Важную роль в дифференциальной диагностике, при постановке лейкоплакии СОР играет метод биопсии [10,12,18].

Современным информативным методом диагностики признаков озлокачествления кератотических процессов СОР считается иммуногистохимическое исследование, основанное на выявлении в биоптате пролиферирующих клеток и определении их распределения в различных слоях эпидермиса. По мнению исследователей маркер пролиферации - белок Ki-67 и маркер апоптотической активности - белок P53, белки цитоскелета - цитокератин-8 и -19, белки клеточной адгезии - клаудин-1, -2, -3, -5, Е-кадгерин и бета-катенин могут представ-

лять прогностическую ценность для дифференциальной диагностики обнаружения злокачественной трансформации лейкоплакии [1,20,21].

Применение комплекса основных и дополнительных методов диагностики позволяет определить заболевание на ранних этапах его развития, позволяет выявить неопластическую трансформацию клеток СОР на ранних стадиях лейкоплакии [1,10].

Вывод: Своевременная диагностика является важным условием снижения риска развития злокачественных опухолей. Актуальным остается поиск методов качественного анализа патологических изменений в структуре тканей при кератозе СОР.

Список литературы

1. Березин, К. А. Выбор и обоснование возможностей использования иммуногистохимического метода исследований в диагностике ранних проявлений кератотических процессов слизистой оболочки рта / К. А. Березин, Е. Ю. Старцева // Уральский медицинский журнал. - 2019. -№ 1. - С. 30-33.

2. Березин К.А., Цыплаков Д.Э., Шулаев А.В., Старцева Е.Ю. Значимость иммуногистохимических маркеров в оценке состояния слизистой оболочки рта Уральский медицинский журнал. – 2019. - № 9 (177). – С.-5.

3. Березин, К. А. Совершенствование оптических методов диагностики патологических состояний слизистой оболочки рта / К. А. Березин, А. В. Шулаев, В. А. Березин // Уральский медицинский журнал. - 2019. - № 1. - С. 34-37.

4. Булгакова, Н. Н. Аутофлуоресцентная стоматоскопия как метод онкоскрининга заболеваний слизистой оболочки рта / Н. Н. Булгакова, Е. А. Волков, Т. И. Позднякова // Российский стоматологический журнал. - 2015. - Т. 19, № 1. - С. 27-30.

5. Возможности скрининга факультативных предраков слизистой оболочки рта / Л. Н. Максимовская, М. Я. Абрамова, А.А. Алексеева, А. С. Хланта // Dental Forum. - 2018. - № 4. - С. 39-40.

6. Гажва, С. И. Повышение эффективности ранней диагностики патологических состояний слизистой оболочки рта с использованием метода аутофлуоресценции тканей / С. И. Гажва, Н. А. Котунова, С. Н. Гаража // Современные методы диагностики, лечения, и профилактики стоматологических заболеваний. К 25-летию общественной организации «Стоматологическая Ассоциация Ставропольского края». – Ставрополь, 2018. - С. 173-175.

7. Груздева, А. А. Роль эксфолиативной цитологии в диагностике лейкоплакии слизистой оболочки полости рта / А. А. Груздева // Современная стоматология. - 2015. - № 2. - С. 34.

8. Диагностика предраковых заболеваний слизистой оболочки рта методом инфракрасной спектроскопии / Л. Н. Казарина, А. С. Гордецов, О. В. Красникова [и др.] // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». - 2019. - Т. 21, № 12. - С. 77-82.

9. Клинические рекомендации (протокол лечения) при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкоплакия» / ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России; ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России; сост.: Э. М. Кузьмина, В. Д. Вагнер, О. Ф. Рабинович [и др.]. – Москва, 2013.

10. Методы комплексной диагностики лейкоплакии слизистой оболочки рта / О. Ф. Рабинович, И. И. Бабиченко, И. М. Рабинович, А. А. Тогонидзе // Стоматология. - 2014. - № 5. - С. 19-22.

11. Межевикина, Г. С. Современные методы диагностики предраковых и раковых изменений слизистой оболочки рта / Г. С. Межевикина, Е. А. Глухова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). - 2018. - Т. 6, № 4. - С. 600-606.

12. Проблема ранней диагностики онкопатологии слизистой оболочки рта (социальные аспекты) / С. И. Гажва, А. В. Грехов, Т. П. Горячева, И. В. Сенина-Волжская // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – С. 107.

13. Степанов, Д. А. Морфологические исследования в стоматологии / Д. А. Степанов, М. Г. Федорова, Н. С. Аверкин // Вестник Пензенского государственного университета. - 2019. - № 1. - С. 80-84.

14. Adjuncts for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity: Diagnostic test accuracy systematic review and meta-analysis-a report of the American Dental Association / M. W. Lingen, M. P. Tampi, O. Urquhart [et al.] // J. Am. Dent. Assoc. - 2017. - Vol. 148, № 11. - P. 797-813.

15. Assessment of oral mucosa in normal, precancer and cancer using chemiluminescent illumination, toluidine blue supravital staining and oral exfoliative cytology / M. Rajmohan, U. Rao, E. Joshua [et al.] // J. Oral. Maxillofac. Pathol. – 2012. - Vol. 16, № 3. – P. 325-329.

16. Bewley, A. F. Oral leukoplakia and oral cavity squamous cell carcinoma / A. F. Bewley, D. G. Farwell // Clinics in Dermatology. - 2017. - Vol. 35, № 5. - P. 461–467.

17. Carrard, V. A clinical diagnosis of oral leukoplakia; a guide for dentists / V. Carrard, I. Van der Waal // Medicina Oral Patología Oral y CirugiaBucal. - 2017. - Vol. 23, № 1. - P. 59–64.

18. Expression of DNA doublestrand repair proteins in oral leukoplakia and the risk of malignant transformation / M. Zhu, W. Liu, L. Sh [et al.] // Oncology Letters. - 2018. - Vol. 15. - P. 9827–9835.

19. The clinical effectiveness of reflectance optical spectroscopy for the in vivo diagnosis of oral lesions / D. V. Messadi, F. S. Younai, H.-Hu Liu [et al.] // International Journal of Oral Science. - 2014. - Vol. 6, № 3. - P. 162–167.

20. P53 and ki67 as biomarkers in determining response to chemoprevention for oral leukoplakia / T. Nagao, S. Warnakulasuriya, H. Sakuma [et al.] // J. of Oral Pathology & Medicine. - 2017. - Vol. 46, № 5. - P. 346–352.

21. Piggati, F. M. Immunohistochemical expression of bcl-2 and Ki67 in oral lichen planus and leukoplakia with different degrees of dysplasia / F. M. Piggati, L. A. Taveira, C. T. Soares // Int. J. Dermatol. - 2015. – Vol. 54, № 2. – P. 150-155.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ

Абдулкеримов Т.Х.[1], Мандра Ю.В.[1], Абдулкеримов З.Х.[2]

[1]ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Российская Федерация

[2]МАУЗ Городская клиническая больница №40, Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность

Визуализация области нижнеорбитального края и дна глазницы может быть достигнута путем выполнения различных доступов: чрескожных, трансконъюнктивальных, трансназальных и внутриротовых. В лечении травматических повреждений верхней челюсти в области нижней стенки орбиты достаточно широко применяются как чрескожные, так и трансконъюнктивальные техники [1].

В настоящее время различают три основных чрескожных (транскутанных) доступа в области нижнего века:

- инфраорбитальный
- субтарзальный
- субцилиарный

Инфраорбитальный доступ выполняется в проекции нижнеглазничного края, при этом одновременно рассекаются кожа, подкожная клетчатка, круговая мышца глаза и надкостница соответствующей области [6].

Субтарзальный доступ выполняется, отступя 5-7мм от ресничного края нижнего века.

Субцилиарный доступ производится путем разреза кожи нижнего века на 2 мм. ниже и параллельно его ресничному краю. Внутренней границей доступа является слезная точка нижнего века, при этом наружная граница его расположена, не доходя 15мм до латеральной кантальной связки.

Трансконъюнктивальный доступ выполняется посредством разреза слизистой мембраны конъюнктивы нижнего века, ниже тарзальной пластинки.

Наиболее часто встречающимся при лечении переломов верхней челюсти в области нижней стенки орбиты являются послеоперационные осложнения, связанные с деформацией нижнего века в послеоперационном периоде. Данная группа осложнений представлена различными функциональными и эстетическими нарушениями, такими, как: энтропион, эктропион, ретракция нижнего века и обнажение склеры глазного яблока [3].

Учитывая различную частоту осложнений со стороны нижнего века, которые развиваются вследствие применения того или иного способа визуализации зоны повреждения, существует необходимость в определении наиболее оптимального хирургического доступа к нижней стенке глазницы.

Цель исследования

Определить оптимальный вариант хирургического доступа к зоне повреждения при переломах верхней челюсти в области нижней стенки глазницы.

Материалы и методы

Авторами был проведен анализ отечественных и зарубежных источников специализированной литературы с целью определения оптимального хирургического доступа к нижнеорбитальному краю и нижней стенке глазницы.

Результаты и их обсуждение

Как было сказано ранее, доступ к нижнеглазничному краю и нижней стенке орбиты может быть осуществлен различными способами, при этом каждый из них имеет свои достоинства и недостатки.

Наиболее простым в плане технического исполнения является инфраорбитальный доступ, обеспечивающий приемлемый уровень визуализации нижнеорбитального края и дна глазницы, однако чреват формированием грубого рубца, длительным лимфостазом вследствие пересечения крупных лимфатических коллекторов при дистализации разреза к височной области. Среди прочих возможных осложнений стоит отметить стойкое слезотечение, обусловленное нарушением работы слезной помпы при медиальном смещении линии разреза [1, 3].

Субтарзальный доступ является разновидностью субцилиарного доступа с формированием ступенчатого кожно-мышечного лоскута. Ступенчатый профиль помогает свести к минимуму риск грубого рубцевания послеоперационной раны, кроме того, позволяет избежать денервации претарзальной и пресептальной порций круговой мышцы глаза. Также, к преимуществам субтарзального доступа над субцилиарным стоит отнести меньший риск вертикального укорочения и выворота нижнего века. Несмотря на достоинства данной техники, ряд авторов считают субтарзальный доступ неприменимым у пациентов молодого возраста [1].

В 1944 году J. Converse предложил технику субцилиарного доступа, который имеет ряд модификаций:

- Skin-only (подкожная техника), недостатком которой является риск некроза кожного лоскута, а также развития преходящего эктропиона в 40% случаев

- Non-stepped skin-muscle flap (формирование неступенчатого кожно-мышечного лоскута), позволяет избежать вероятности некроза лоскута, но при этом создает риск денервации претарзальной порции круговой мышцы глаза в процессе выполнения доступа, что влечет за собой атонический выворот нижнего века с обнажением склеры у нижнего лимба.

- Stepped skin-muscle flap (формирование ступенчатого кожно-мышечного лоскута) была предложена с целью минимизации риска денервации претарзальной порции круговой мышцы глаза.

Несмотря на то, что трансконъюнктивальный доступ впервые был предложен в 1923 году, свое дальнейшее развитие он получил только спустя 50 лет в работах P. Tessier и J.M. Converse. Существует два варианта выполнения данного доступа: пресептальный и ретросептальный. Причем более предпочтительным следует считать пресептальный путь, так как в этом случае сводится к минимуму риск значительной степени повреждения соединительнотканной сети глазницы. Помимо того, обеспечивается хороший уровень визуализации операционного поля. К основным преимуществам трансконъюнктивального доступа следует относить не только превосходным косметический эффект, обусловленный отсутствием разрезов на коже, но и его универсальность, позволяющая применять данную технику для экспозиции нижней, медиальной и латеральной стенок глазницы [1, 2]. В литературе описаны такие недостатки этого доступа, как пересечение ретрактора нижнего века, а также персистирующий хемоз бульбарной конъюнктивы. Некоторые авторы считают, что причиной хемоза является лимфостаз вследствие длительной интраоперационной компрессии орбитальных тканей [1, 4].

Согласно последним исследованиям в данной области, оптимальным доступом к нижнеорбитальному краю и нижней стенке орбиты среди транскутанных является субтарзальный. При использовании данной техники обеспечивается относительно низкий риск осложнений, связанных с послеоперационной деформацией нижнего века, оптимальная визуализация операционного поля, а также приемлемые эстетические показатели.

Эффективность субтарзального доступа в лечении переломов нижней стенки орбиты и нижнеорбитального края составила 88.1%. Вторым по эффек-

тивности применения (65.4%) был определен трансконъюнктивальный доступ, который показал наилучший результат среди рассматриваемых относительно частоты встречаемости эктропиона (выворота нижнего века) с процентом успешности, равным 80.9% [3].

Говоря о выполнении любого хирургического доступа, в частности для визуализации нижнеорбитального края и нижней стенки орбиты, стоит подчеркнуть необходимость безукоризненного знания анатомии нижнего века, вне зависимости от выбранной техники, дабы избежать различного рода интра- и постоперационных осложнений [1, 5].

Выводы

1. Визуализация операционного поля при переломах верхней челюсти в области нижней стенки глазницы возможна путем выполнения как чрескожных, так и трансконъюнктивальных доступов

2. Наиболее эффективными доступами для визуализации исследуемой области являются субтарзальный (эффективность 88.1%) и трансконъюнктивальный хирургические доступы (эффективность 65.4%)

3. Безусловна необходимость безукоризненного знания анатомии области глазницы для успешного применения хирургических доступов в области нижнего века.

Список литературы

1. В. П. Николаенко, Ю. С. Астахов. Орбитальные переломы: руководство для врачей – СПб.: Эко-Вектор, 2012 г. – 436 с.

2. Т.Х. Абдулкеримов, Ю.В. Мандра, Х.Т. Абдулкеримов, З.Х. Абдулкеримов, Е.В. Мандра, Ю.А. Болдырев, М.Е. Шимова, О.Л. Шнейдер, А.А. Чагай. Современные подходы к диагностике и лечению переломов стенок орбит // Проблемы стоматологии, 2019, т. 15, №3, стр. 5-11

3. E. Al-Moraissi et al. What surgical approach has the lowest risk of the lower lid complications in the treatment of orbital floor and periorbital fractures? A frequentist network meta-analysis // *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, Volume 46, 2018, Pages 2164-2175*

4. S. Barcic et al. Comparison of preseptal and retroseptal transconjunctival approaches in patients with isolated fractures of the orbital floor // *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, Volume 46, Issue 3, March 2018, Pages 388-390*

5. S. Undavia et al. Avoiding and Managing Complications in the Periorbital Area and Midface // *Facial Plastic Surgery Clinics of North America, Volume 23, Issue 2, May 2015, Pages 257-268*

6. S. Wilson, E. 3rd Ellis Surgical Approaches to the Infraorbital Rim and Orbital Floor: The Case for the Subtarsal Approach // *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 64, Issue 1, January 2006, Pages 104-107*

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗОНАНСНО-ЧАСТОТНЫХ МЕТОДИК ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ГРИБКОВОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ

Орлов М.Н., Гарус Я.Н., Ивенский В.Н., Шилова С.Г.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ставрополь

Актуальность.

В клинической стоматологии состояния, которые относят к хроническим неврологическим заболеваниям, в частности синдром жжения полости рта (СЖПР), продолжают оставаться актуальными. Повышение качества жизни у таких пациентов напрямую связано с достижением стойкой ремиссии, что оказывается достаточно сложной задачей. Не вызывает сомнение факт наличия системных заболеваний и, как следствие, сопутствующая патология пародонта [2]. Иммунологические нарушения, дисбактериозы часто поддерживают стойкую грибковую отягощенность [1].

Для выявления этиологических факторов и патогенетических цепочек, поддерживающих СЖПР, эффективным оказывается применение вегетативно-резонансного теста (ВРТ) с использованием аппаратуры, разработанной и выпускаемой центром «ИМЕДИС» (руководитель М.Ю. Готовский, г. Москва). Аппаратно-программные комплексы (АПК), в частности АПК «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ», позволяют проводить исследования для выявления ключевых факторов, способствующих развитию и поддержанию патологии.

В наших предыдущих работах было показано, что обследования пациентов с СЖПР выявляли различные отягощения, такие как герпетические и грибковые. Сложность была также в том, что пациенты, имея сопутствующие забо-

левания, принимали аллопатические препараты и имели значимую фармакологическую нагрузку на органы детоксикации и выделения. В связи с этим, для коррекции состояния применялись гомеопатические противовирусные и противогрибковые препараты, которые не оказывали токсического воздействия на макроорганизм. Такой подход позволил без дополнительной нагрузки фармпрепаратами на организм улучшить состояния пациентов, и в дальнейшем обеспечил более длительную ремиссию. Однако у трети пациентов улучшение наступало медленно, а ремиссия была не стойкой. При повторном сборе анамнеза выяснялось, что ухудшение состояния имело место всегда, когда прием аллопатических препаратов увеличивался в связи необходимостью коррекции состояния по поводу сопутствующих заболеваний. Особо провоцирующими СЖПР и сухость в полости рта оказывались препараты, содержащие производные салициловой кислоты (в частности «Аспирин Кардио», «Тромбо АСС», «Тромбопол» и пр). Но так как они назначались по актуальным показаниям, пациенты должны были принимать их постоянно.

Цель исследования.

Повышение эффективности диагностики, терапии пациентов с СЖПР при грибковой отягощенности.

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находилось 23 человека (18 женщин и пятеро мужчин) в возрасте от 53 до 66 лет.

Для решения поставленной задачи применялся АПК «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ», посредством проведения у пациента ВРТ. Обследование было направлено на выявление доминирующего вида грибка и степень его влияния на слизистую оболочку органов ротовой полости. Кроме этого выявлялась степень токсического отягощения у пациентов, вынужденных постоянно принимать препараты, содержащие производные салициловой кислоты.

Общее микотическое отягощения определяли через указатель Monilia alb. D24, а указание на оральный микоз через Mycosis oris D32. Чаще других доминантным оказывался грибок Candida albikans. Следом по частоте выявления Candida krusei, Candida robusta. Далее ставилась задача подбора эффективного гомеопатического препарата для удаления найденного грибка. План лечения учитывал состояние резервов адаптации [3]. При их низком уровне определялись оптимальные показатели и подбирались для их подъема (при отсутствии противопоказаний) адаптогены (прополис, женьшень, элеутерококк и т.д.). Для снижения токсического отягощения аллопатическими препаратами назначались дренажные средства, в частности резоплексы - препараты доктора Шиммеля [4] из медикаментозного селектора аппарата «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ». Для компенсации побочного действия салицилатов применяли гомеопатический препарат Acidum salicylicum-Injeel forte. При этом рекомендовалось дополнительное питье хорошо очищенной воды (не менее 1,5 -2 литра в сутки). В качестве специфических противогрибковых гомеопатических средств использовались нозоды грибков. После подбора по результатам ВРТ резонансных электромагнитных частот на каждый вид выявленных грибков проводили резонансно-частотную терапию посредством электромагнитной петли. Время воздействия от 1,5 до 3-х минут на каждую частоту при интенсивности от 85 до 100 единиц. Повторное посещения планировались на следующий день, три процедуры проводились через день, далее через две недели. Оценка состояния пациента определяла интервалы и кратность повторных приемов, дозировку препаратов. Шесть-восемь недель составляли среднюю продолжительность лечения.

Результаты и их обсуждение.

Улучшение самочувствия наблюдалось со второго-третьего посещения. При этом улучшался сон, общее настроение, снижалась утомляемость и повышалась работоспособность. Резервы адаптации поднимались на уровень хоро-

ших четвертой степени - высоких третьей степени. К этому времени жжение у пациентов прекращалось. Пациенты, которые ранее кроме жжения предъявляли жалобы на выраженную сухость в полости рта, также отмечали значительное улучшение вплоть до полного устранения симптома.

Выводы.

Таким образом, резонансно-частотная диагностика посредством проведения ВРТ на АПК «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ», подбор и назначение дренажных средств, противогрибковых гомеопатических препаратов, применение резонансных частот при грибковом отягощения, компенсация побочного действия салицилатов с помощью препарата Acidum salicylicum-Injeel forte, является достаточно эффективной методикой коррекции состояния пациентов с синдромом жжения полости рта.

Список литературы.

1. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Федоренко С.И., Фролова Л.А. Микотические инфекции. Диагностика и терапия. Методическое пособие. 7-е изд. перераб. и доп. – М.: ИМЕДИС, 2015. – 164 с.
2. Кунин А.А., Панкова С.Н., Попова Т.А., Олейник О.И., Беленова И.А. Современные аспекты в профилактике воспалительных заболеваний тканей пародонта // Материалы XXV Всероссийской научно-практической конференции под ред. проф. В.Д. Вагнера. Изд-во СтАР, Москва, 2011г., с. 16-18.
3. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. М.: ИМЕДИС, 1998. - 656 с.
4. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Сазонова И.М., Самохин А.В. Фролова Л.А. Резонансная гомеопатия. Методическое пособие. – М.: Центр «ИМЕДИС», 1999 г. -192 с.

ТРЕВОЖНОСТЬ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 6-12 ЛЕТ И СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

А.В.Разилова

ФГБОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" МЗ РФ (Сеченовский университет), Москва.

Актуальность. Психоэмоциональное напряжение, которое у ребенка может быть на приеме у ортодонта, способствует формированию страха, в том числе страха боли, дентофобии. Тревожность является индивидуальной психологической особенностью, которая заключается в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях, и представляет эмоционально заостренное ощущение предстоящей угрозы [1]. Тревога – напряженное состояние, вызванное неприятными для ребенка событиями или переживаниями. Тревожность является индивидуальной психологической особенностью, которая заключается в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях [1]. Тревога может характеризоваться физиологической и патологической реакцией организма на изменяющиеся условия внешней среды. Физиологическая тревога является временным ощущением, а патологическая тревога характеризуется беспочвенным беспокойством и состоянием внутреннего напряжения [2]. Дентофобия может быть даже у школьников, у которых не было личного неудачного опыта посещения ортодонта, или они бы получили негативную информацию от кого-либо из знакомых [3]. Чаще это бывает у тревожных детей, у которых имеются опасения перед всем неизвестным, страх перед возможной болью. У тревожных детей в целом имеется недоверие к окружающему миру, в том числе к врачам вообще, к стоматологам и ортодонтам в частности. Данные научной и официальной ста-

тистики здравоохранения свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья детей и подростков, увеличении количества тревожных детей[4].

Цель исследования: Изучить частоту встречаемости повышенной эмоциональной тревожности у школьников 6-12 лет на приеме у ортодонта и обосновать организацию профилактических мероприятий для снижения кариеса и воспалительных заболеваний пародонта

Материал и методы. На приеме у ортодонта проведено обследование 112 детей 6-12 лет (м. – 46, д. – 66), проходивших ортодонтическое лечение. Для выявления тревожности у детей был применен опросник Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко, состоящий из 20 вопросов. На вопросы отвечал сопровождающий ребенка взрослый родственник. Каждый положительный вопрос оценивался в 1 балл. После подсчета общей суммы баллов определялся уровень тревожности. В зависимости от набранного количества баллов дети были разделены на 3 группы: с высоким, среднем и низким уровнем тревожности. Высокому уровню тревожности соответствовало 15-20 баллов, среднему – 7-14 баллов, низкому 1-6 баллов. Микрофлора зубодесневой борозды изучалась до установки ортодонтической аппаратуры и через 4 и 12 недель лечения методом масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ), который позволяет из одной пробы в течение 2-3 часов определить свыше 57 различных микроорганизмов. Забор материала производился с поверхности зубов при помощи стерильного урологического пина и отправлялся в лабораторию для дальнейшего анализа. Для выявления уровня гигиены ротовой полости и определения эффективности гигиенических мероприятий проводилась оценка состояния гигиены полости рта до начала ортодонтического лечения, через 4 и 12 недель лечения. Для определения толщины зубного налета использовался *Индекс гигиены Силнес—Лоу (Silness, Loe, 1964)*. Мы обследовали 11, 16, 24, 31, 36, 44 зубы. Исследовали 4 поверхности зуба: вестибулярную, оральную, дистальную, ме-

диальную и выявляли налет в придесневой области. Наличие налета определяли визуально или с помощью зонда без окрашивания. После высушивания эмали кончиком зонда проводили по ее поверхности у десневой борозды. Критерии оценки: 0 баллов — налета в придесневой области нет (он не прилипает к кончику зонда); 1 балл — пленка налета в придесневой области определяется только зондом, к его кончику прилипает мягкое вещество, визуально налет не определяется; 2 балла — налет виден невооруженным глазом в десневом желобке и в придесневой области коронки зуба. Слой — от тонкого до умеренного. 3 балла — налет в избытке на большей части поверхности зуба, интенсивное отложение зубного налета в области десневой борозды и межзубных промежутков. Расчет индекса для одного зуба проводился поформуле: $PLI_{зубов}$ = (∑ баллов 4-х поверхностей) Расчет индекса для группы зубов: $PLI_{индивидуальный}$ = (∑ зубов) / n зубов. Критерии оценки: 0-0,6 баллов- хороший уровень гигиены; 0,7 - 1,6 баллов - удовлетворительный; 1,7-2,5 баллов неудовлетвори-тельный; более 2,6 баллов — плохой.

До начала ортодонтического лечения пациентов обучали правилам ухода за полостью рта и за аппаратом, во время лечения были рекомендованы специальные зубная паста, зубная щетка, ершики, лопатка для языка, ополаскиватель для ротовой полости.

Результаты и обсуждение. По опроснику Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко у 34 детей (30,4%) был выявлен низкий уровень тревожности, у 27 (24,1%) – средний уровень, у 51 (46,5%) – высокий уровень тревожности. Детям были проведены санация ротовой полости и профессиональная чистка зубов. До начала лечения по *индексу гигиены Силнес—Лоу (Silness, Loe, 1964)* хороший уровень гигиены был у 46 детей (41,1%) – это были дети из группы с низким и средним уровнем тревожности. Удовлетворительный уровень гигиены был у 55 детей (49,1%), неудовлетворительный - у 11 (9,8%) детей из

группы с высоким уровнем тревожности. Через 4 недели ортодонтического лечения хороший уровень гигиены был у 32 пациентов (28,6%), все они были из группы с низким уровнем тревожности, $p<0,05$. Удовлетворительный - у 28 детей (25,0%) из группы с низким или средним уровнем тревожности, $p<0,05$. Неудовлетворительный уровень гигиены был - у 62 (55,4%) детей из группы с высоким уровнем тревожности, $p<0,05$. При изучении микрофлоры методом МСММ у детей с неудовлетворительным уровнем гигиены определялось увеличение в 2-8 раз кариесогенной патогенной и условно-патогенной флоры - S.mutans, Lactobacillus spp., Bifidobacterium dentium, S.sobrinus, S.salivarius, S. vestibularis и S. Parasanguinis, Scardovia wiggsiae, которые в норме в таком количестве не встречаются. Тревожные дети хуже и дольше привыкали к ортодонтическому аппарату, более длительно испытывали тошноту, трудность пережевывания пищи и глотания, сильнее травмировали слизистую оболочку ротовой полости.

Выводы. Тревожные дети вели себя на приеме беспокойно, часто плакали и кричали. С такими детьми сложно было установить контакт. При оценке гигиены полости рта у ребенка с повышенной тревожностью постоянное чувство страха и неуверенность в себе в 40% случаев способствует плохой гигиене полости рта. Для детей с низкой степенью тревожности характерны примерность и чрезмерная дисциплинированность, что способствует высокому уровню гигиены в 28,6% случаев. Для тревожного ребенка был характерен сниженный комплаенс, то есть несоблюдение рекомендаций доктора. Повышенная тревожность у детей при ортодонтическом лечении является дополнительным фактором риска развития кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта. Знание уровня тревожности школьника на приеме ортодонта позволяет разработать ндивидуальную программу лечения, включа методики релаксации и

аутогенной тренировки для снижения уровня тревоги и повышение комплаенса терапии.

Список литературы

1. Шаковец Н.В., Антоненко А.Н. Дентофобия детей школьного возраста: исследование причин и способов профилактики // Евразийский Союз Ученых. – 2015. №4 (13). С. 33-37

2. Зимбардо Ф. Застенчивый ребенок. – М.: Астрель, 2005. – 252с.

3. Фрейд З. Психология бессознательного – СПб.: Питер, 2012. – 400 с.

4. Чухрова Т.В. Особенности проявления тревожности у детей 4-7 лет. - М.: 2019. - 237с.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Исмагилов О.Р., Салеев Р.А., К.А., Шулаев А.В., Старцева Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Одним из доказанных эффективных средств, направленных на снижение стоматологической заболеваемости, являются коммунальные профилактические программы и их важное звено – школьная стоматология [1,6,8,9,11,12,13,14,15,16].

По данным многих авторов, наиболее важным и слабым аспектом в осуществлении профилактики основных стоматологических заболеваний является недостаточность санитарно-просветительской работы и обучению правилам рациональной гигиены рта, питания, здорового образа жизни, что способствует снижению прироста кариеса зубов [2,4,5,7,10]

Цель: определить эффективность оказания стоматологической помощи детям школьного возраста.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 223 школьника, обучающихся в МАОУ «Средняя общеобразовательная школа №165 с углубленным изучением английского языка» Ново-Савиновского района г. Казани. Соответственно возрасту были сформированы три исследуемые группы респондентов: 1 – школьники 7 лет (74 человека); 2 – 12 лет (76 человек); 3 – 15 лет (73 человек). Двенадцатилетний возраст был избран, как глобальный для мониторинга кариеса зубов и тенденций его динамики в разных странах, так как именно в этом возрасте прорезываются все постоянные зубы, кроме третьих моляров. В пятнадцать лет оценка интенсивности кариеса часто более весома, чем в 12 лет. Кроме того, это важный возраст для оценки индикаторов болезней пародонта у подростков [3]. Родители учеников,

принявшие участие в исследовании (совместное анкетное интервьюирование), предварительно были проинформированы о цели и методах предстоящего обследования, на что были получены письменные информированные согласия.

На первом этапе учащиеся проходили стоматологическое обследование с измерением индексов стоматологического здоровья по традиционным общепринятым методикам ВОЗ (1989).

Изучение гигиенического состояния полости рта проводился по показателям упрощенного индекса гигиены полости рта – ИГР-У (OHI-S, Green J.C., Vermillion J.R., 1964). Структурно-функциональную резистентность эмали зубов определяли у школьников с помощью теста эмалевой резистентности – ТЭР (В.Р. Окушко, 1983). Индексная оценка состояния тканей десны и эффективности проводимого лечения оценивалась при помощи папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (PMA) в модификации Parma и в цифровом значении (Parma, 1960). Уровень стоматологической помощи вычисляли по индексу УСП (П.А. Леус, 1987).

С помощью индекса гигиены OHI-S, были получены следующие данные, свидетельствующие о разных уровнях гигиены рта у школьников 7, 12 и 15 лет на двух этапах исследования (рис.1, 2).

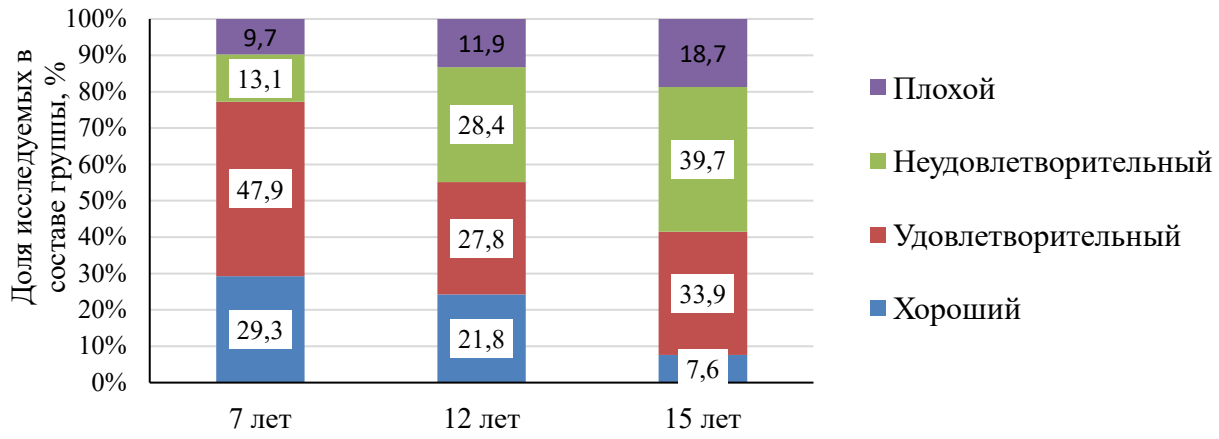


Рисунок 1 – Структура динамики изменения индекса гигиены OHI-S на I этапе

В результате изучения на I этапе показателей гигиенического индекса было установлено постепенное снижение оценок удовлетворительного и хорошего уровней гигиены рта и рост высоких неудовлетворительных и плохих показателей в группе детей 12 и 15 лет. В соответствии с полученными данными, в группе младшего школьного возраста отмечалось существенное преобладание лиц с хорошим и удовлетворительным уровнем гигиены рта ($p<0,001$). Их совокупная доля составила 90,3%, тогда как в группе детей 15-летней возрастной категории – 49,5%. Плохая или неудовлетворительная гигиена рта выявлялась у детей 7 лет, по сравнению с группой школьников 15-ти лет соответственно в 9,7% и 50,5%.

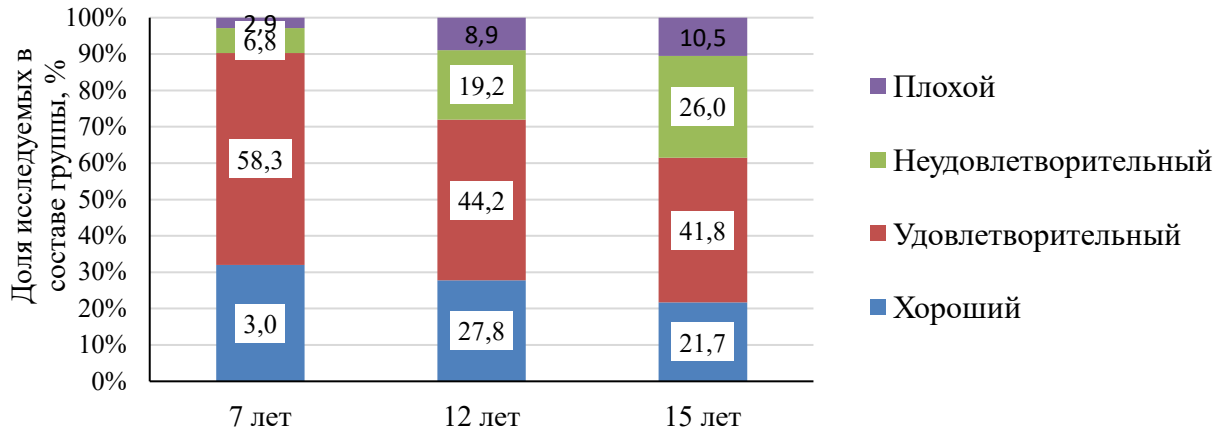


Рисунок 2 – Структура динамики изменения индекса гигиены OHI-S на II этапе

После проведения лечебно-профилактических мероприятий в сравнительной динамике изучения показателей исследуемых индексов достоверно констатировано увеличение положительной динамики значений.

В результате сравнения значений группового индекса УСП (уровня стоматологической помощи) в исследуемых школьных группах были также установлены статистически значимые различия ($p<0,001$).

Данные анализа индекса УСП свидетельствуют, что уровень стоматологической помощи соответствует оценке «недостаточный» у

школьников 7 лет в 9,2% случаев, в группе детей 12 лет - в 13,8% случаев, у школьников 15 лет – в 12,7% случаев. Сравнение уровней стоматологической помощи в исследуемых группах школьников представлено в таблице 1. В сравнительной динамике изучения показателей выявлено, что в возрасте 15 лет оценочный критерий «плохой» превышает аналогичный показатель в группе школьников 12 лет в 1,2 раза (21,4± 0,07 у 15-летних и 17,3 ± 0,01 у 12-летних)

Таблица 1 – Сравнительная оценка уровня стоматологической помощи УСП в исследуемых группах школьников

Уровень стоматологической помощи	ВОЗРАСТ						p
	7 ЛЕТ n=74		12 ЛЕТ n=76		15 ЛЕТ n =73		
Плохой (<10%)	3,6	0,8	8,3	0,9	19,4	2,1	<0,001
Недостаточный (10-49%)	20,8	9,2	13,8	9,2	12,7	13,9	<0,001
Удовлетворительный (50-74%)	69,7	70,2	71,2	75,4	64,1	73,8	<0,001
Хороший (>75%)	5,9	19,8	6,7	14,5	3,9	10,2	

* - различия распределения групп статистически значимы (p<0,05)

Анализ показателей индекса УСП позволяет говорить о существенном улучшении уровня стоматологической помощи во всех ключевых группах. Так, в группе 7-летних детей он улучшился на 21,1%, у 12- летних детей он увеличился на 27,2 % (75,4 % и 71,2 %), у 15-летних – на 21,2 % (73,8 % и 64,1 %), то есть соответствует оценке «хороший».

Вывод. Таким образом, разработанная и апробированная нами программа профилактики стоматологических заболеваний в школьных стоматологических

кабинетах продемонстрировала достаточно эффективный клинико-диагностический результат, способствующий организации улучшения качества стоматологической помощи детям.

Список литературы:

1. Авраамова, О.Г. Эффективность реализации профилактического направления в системе школьной стоматологии / О.Г. Авраамова, А.Г. Колесник, Т.В. Кулаженко [и др.] // Стоматология.–2014.—№ 3.—С.53—56.
2. Березин К.А.. Стоматологическая заболеваемость детей школьного возраста / К.А. Березин, О.Р. Исмагилов, А.В. Шулаев, Старцева Е.Ю., Ахметова Г.М. // Проблемы стоматологии.—2019.—Том 15, № 4.—С.140—149.
3. ВОЗ. Стоматологическое обследование. Основные методы. – Женева, 1997. – 76 с.
4. Зыкин, А.Г. Оптимизация методов профилактики основных стоматологических заболеваний у детей младшего школьного возраста и подростков / А.Г. Зыкин // Проблемы стоматологии.—2014.—№ 3.—С.54—56.
5. Исмагилов О.Р. Организация прогнозирования основных стоматологических заболеваний среди детей школьного возраста / О.Р. Исмагилов, А.В. Шулаев, К.А. Березин // Уральский медицинский журнал.—2017.—№ 9.—С.87—90.
6. Кузьмина Э.М. Типовая модель для разработки регионально ориентированных программ профилактики стоматологических заболеваний, предназначенных для детского возраста / Э.М. Кузьмина // Стоматология детского возраста и профилактика.—2003.—№ 3—4.—С.23—27.
7. Кучма В.Р. и др. Гигиенические проблемы школьных инноваций / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, М.И. Степанова. М.: Издательство Научного центра здоровья детей РАМН, 2009.

8. Леус, П.А. Обоснование долгосрочных измеримых целей достижения стоматологического здоровья в коммунальных программах профилактики стоматологических заболеваний / П.А. Леус, О.В. Шевченко // Стоматология детского возраста и профилактика.—2013.—№ 2.—С.3—7.
9. Маслак, Е.Е. Стоматологическая помощь школьникам Волгограда / Е.Е. Маслак, С.В. Ставская, Е.В. Романчук, М.Л. Яновская // Стоматология детского возраста и профилактика.—2011.—№ 2.—С.51—56.
10. Организация системы профилактики основных стоматологических заболеваний детского населения России. Концепция /Кулаков А.А [и др.] //М.:ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 96с.
11. Приказ Минздрава СССР, Гособразования СССР от 11.08.88 N 639/271 «О мерах по улучшению профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах» (вместе с «Методическими указаниями «Комплексная программа профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у детей»).
12. Сарап, Л.Р. Оценка клинической эффективности комплекса профилактических мероприятий у детей младшего школьного возраста / Л.Р. Сарап, А.В.О. Мансимов, Е.В. Сарап, О.Ю. Фисенко // Стоматология детского возраста и профилактика.—2012.—№ 2.—С.64—68.
13. Флейшер, Г.М. Проведение комплексных программ профилактики стоматологических заболеваний у детей и подростков в новых экономических условиях / Г.М. Флейшер // Инновационная наука.—2016.—№ 2-5.—С.131—139.
14. Eaton, K.A. The platform for better oral health in Europe--report of a new initiative / K.A. Eaton // Community Dent. Health.—2012.—Vol.29, № 2.—P.131—133.
15. Jodkowska, E. Polish public programme of dental caries prevention in children aged 6, 12 and 18 years in 2012 / E. Jodkowska, M. Wierzbicka, I. Struzycka, E. Rusyan // Przegl. Epidemiol.—2014.—Vol.68, № 1.—P.45—52.

16. Kemparaj, U. Caries risk assessment among school children in davangere city using cariogram / U. Kemparaj, S. Chavan, N.L. Shetty // Int. J. Prev. Med.— 2014.— Vol.5. № 5.—P.664671.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ЖИТЕЛЕЙ НИЗМЕННЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Омарова Х.О., Макаева Э.О., Омаров О.Г., Салимханов А.Э.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

Актуальность. Для планирования и организации стоматологической помощи большое значение имеют данные об уровне и объеме поражения населения заболеваниями зубов и полости рта.

Как известно, информацию о состоянии стоматологического здоровья населения можно получить в результате эпидемиологического исследования.

Данные этих исследований позволяют определить потребность населения в стоматологической помощи, что является необходимым условием для разработки программ профилактики стоматологических заболеваний.

В связи с этим мы поставили перед собой задачу изучить показатели распространенности дефектов зубных рядов у населения г.Махачкалы и некоторых населенных пунктов, прилегающих к городу.

Материал и методика. Исследования проводили учитывая типологические особенности зон республики, Кировского района г.Махачкалы, включая прилегающие к городу населенные пункты Шамхал, Тюбе, Богатыревка; Новокули и Чапаевка Новолакского района республики Дагестан.

Были обследованы 1316 человек от 15 до 65 лет, родившихся и постоянно проживающих в этой природно-климатической зоне: женщин – 737 (54%), мужчин – 605 (46%).

Но возрасту обследованных разделили на 10 групп. Первую группу составили жители от 15 до 19 лет, вторую – от 20 до 24 лет, третью – от 25 до 29

лет, четвертую – от 30 до 34 лет, пятую – от 35 до 39 лет, шестую – от 40 до 44 лет, седьмую – от 45 до 49 лет, восьмую – от 50 до 54 лет, девятую – от 55 до 59 лет, десятую – 60 лет и старше.

Данные опроса и инструментального обследования вносили в карту, в которой регистрировали паспортные данные, зубную формулу, сроки удаления зубов, наличие вторичных деформаций, а также наличие заболеваний пародонтита, протезов в полости рта, их состояние, сроки пользования ими, вид прикуса и др.

Для определения топографии дефектов зубных рядов использовали классификацию Кеннеди, а в зависимости от количества отсутствующих зубов всех больных разделили на 4 группы.

К первой группе были отнесены лица, имевшие дефекты не более 3 зубов на одной или обеих челюстях; ко второй – от 4 до 6 зубов; к третьей – от 7 до 9 зубов и к четвертой группе – 10 зубов и более.

Результаты исследования. В результате обследования выявлено, что в этиологии частичной потери зубов, как правило, лежат 2 основные группы заболеваний зубов – осложненный кариес и заболевания пародонта, что согласуется с данными ряда авторов.

Результаты исследования показали, что распространенность дефектов зубных рядов составляет в среднем 61,1±0,6%.

Сравнительный анализ выявил, что распространенность дефектов зубных рядов у мужчин (62,9±0,9%) достоверно выше, чем у женщин (59,6±0,9%) $p<0,001$. В то же время выявлены различия в распространенности этой патологии в обследованных селах.

В соответствии с классификацией дефектов зубных рядов по Кеннеди включенные дефекты (III класс) выявлены у 70,4% обследованных, двусторонние концевые дефекты (I класс) – у 14,4%, односторонние (I класс) – у 11,1 %, а

дефекты переднего участка зубных рядов (IV класс) – у 4,1 %.

Распространенность дефектов зубных рядов III класса была наиболее высокой во 2-5-й возрастных группах – среднем 497,2 на 1000 обследованных. С увеличением возраста распространенность таких дефектов снижалась, что и приводило к уменьшению потребности данного контингента в несъемных конструкциях протезов.

Частота дефектов I класса увеличивалась прямо пропорционально возрасту и чаще обнаруживалась у лиц мужского пола, составляя в среднем 143,7 на 1000 обследованных (соответственно 169,6 у мужчин и 71,9% – у женщин).

Распространенность дефектов II класса достигала максимальных показателей в 6-й и 7-й возрастных группах, составляя 127,8 на 1000 обследованных.

Распространенность дефектов IV класса была незначительна, в возрастном распределении этого показателя особенность не выявлена.

В зависимости от количества отсутствующих зубов обнаружено, что дефекты до 3 зубов имелись в 53,5% случаев, от 4 до 6 – в 20,5%, от 7 до 9 – в 6,8% и от 10 до 15 и более – в 19,2%.

Выводы. Таким образом, результаты эпидемиологического обследования свидетельствуют о высокой нуждаемости населения г.Махачкалы и некоторых низменных районов в ортопедической стоматологической помощи.

Своевременное возмещение возникших дефектов, т.е. раннее протезирование будет не только способствовать восстановлению целостности зубных рядов, улучшению функции жевания, но и явится эффективной мерой профилактики перегрузки оставшихся зубов, возникновения деформации зубочелюстной системы.

ИЗМЕНЕНИЕ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЕФЕКТА ЗУБНЫХ РЯДОВ

Омаров О.Г., Омарова Х.О., Макаева Э.О., Гасанова М.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

Актуальность. Своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение патологической перестройки зубочелюстной системы после утраты зубов и изучение функционального состояния мышц челюстно-лицевой области представляет интерес и остается актуальным вопросом стоматологии.

Целью исследования явилось изучение мышечного тонуса жевательных мышц в зависимости от класса дефектов зубных рядов и количества отсутствующих пар антагонистов.

Материал и методы. У 50 пациентов обоего пола в возрасте от 25 до 65 лет изучен мышечный тонус электромиотонометром конструкции Л.С. Персина с соавторами. Измерение мышечного тонуса проводили при максимальном волевом смыкании зубных рядов в состоянии центральной окклюзии и относительном физиологическом покое нижней челюсти и выражали в условных единицах – миотонах (М).

Результаты исследований. При сравнении с нормой определено некоторое снижение тонуса расслабленной жевательной мышцы до 60±1,7 М, при норме 64±2,3 М и существенное уменьшение тонуса сокращенной мышцы до 76±2,0 М при норме 90±3,2 М, т.е. на 15,6%. Уменьшение тонуса жевательных мышц по сравнению с нормой приводит к снижению степени возбудимости мышц на 38,5%, о чем свидетельствует показатель разности тонуса сокращенных и расслабленных мышц, равный 16 М, при норме 26 М. Не было установ-

лено различия между показателями левой и правой жевательных мышц.

Проведенный анализ показателей мышечного тонуса в зависимости от дефектов зубных рядов по классификации В.А. Пономаревой показал, что тонус расслабленных мышц одинаков при всех классах, а тонус сокращенных мышц закономерно снижается от 1 к 3 классу, от 81±2,2 М до 69±2,3 М.

При 1 классе определено снижение тонуса сокращенных жевательных мышц на 10%, при 2 классе – на 14,5%; при 3 классе – на 23,4% по сравнению с нормой. В связи с этим показатель разности имеет наибольшее значение при 1 классе – 21 М; наименьшее при 3 классе –10 М. Снижение возбудимости мышц при сравнении с нормой при 1 классе на 19%, при 2 классе – на 34,6%, при 3 классе – на 61,5%.

Анализ показателей мышечного тонуса в зависимости от количества отсутствующих пар антагонистов у лиц с 1 классом дефектов зубных рядов позволил определить снижение тонуса сокращенных мышц пропорционально отсутствующим парам антагонистов, тогда как тонус расслабленных мышц у лиц существенно не меняется. Так, тонус сокращенных жевательных мышц при отсутствии одной и двух пар антагонистов в пределах нормы, тогда как при отсутствии трех пар этот показатель снижен на 12,2% а при отсутствии четырех пар – на 24,4%.

Показатель разности сокращенных и расслабленных мышц уменьшается от 30 М у лиц с отсутствием одной пары антагонистов до 9 М, у лиц с отсутствием четырех пар, и наибольшее отклонение этого показателя определено при отсутствии четырех пар антагонистов на 65.4%.

Результаты исследования позволили определить изменение среднего значения показателей мышечного тонуса при непосредственном протезировании. Через 1 месяц после наложения протезов произошло незначительное снижение тонуса сокращенных и расслабленных мышц, так среднее значение мышечного

тонуса расслабленных мышц равно 59±1,6 М (до лечения – 60±1,7 М) сокращенных мышц – 75±2 М (до лечения – 76±2,1М) (Р<0,5).

Через 3 месяца с момента наложения съемных протезов определено некоторое повышение показателя тонуса расслабленных мыши (до 61= 1,7М) по сравнению с таковым показателем до лечения (Р<0,05)и значительное увеличение тонуса сокращенных мышц (до 85±2,4М) (Р<0,001), показатель которого приближается к среднему значению нормы.

Показатель разности тонуса сокращенных и расслабленных мышц до лечения равен 16 М. Через 3 месяца произошло повышение значения показателя разности до 24 М, то есть на 41% больше по сравнению с показателем до лечения, что соответствует нормальному значению.

Следовательно, через 3 месяца после наложения непосредственных съемных протезов определяется улучшение тонуса сокращенных и расслабленных мышц, отмечается снижение возбудимости жевательных мышц по сравнению с нормой на 8%.

Через 3 месяца после наложения протезов тонус расслабленных мышц при всех классах не изменился.

Определено увеличение тонуса сокращенных мыши до 88±2,4 М при 1 классе дефектов зубных рядов (до лечения 80±2,7 М), до 84±3 М – при 2 классе (до лечения 78±2,4 М) и до 82±2,7 М – при 3 классе (до лечения 72±2,4 М). В связи с этим повышается разность тонуса сокращенных и расслабленных мыши, причем этот показатель при I классе равен 26 М, что на 30% больше, чем до лечения и соответствует среднему значению нормы, при 2 классе 24 М, при 3 классе – 22 М, что на 26% и на 83% соответственно больше, чем до лечения.

Следовательно, через 3 месяца после непосредственного съемного протезирования при сравнении с нормой отмечается снижение возбудимости жевательных мышц при 3 классе на 15,4%, при 2 классе – на 8% и при 1 классе со-

ответствует норме.

Выводы. Таким образом, результаты изучения функционального состояния мыши челюстно-лицевой области методом миотонометрии позволили определить существенное изменение мышечного тонуса у лиц с частичной утратой зубов в зависимости от классов дефектов зубных рядов и количества отсутствующих пар антагонистов. Наиболее благоприятное состояние зубочелюстной системы выявляется при непосредственном протезировании, что является наиболее рациональным и патогенетически обоснованным ортопедическим лечением для профилактики зубочелюстных деформаций.

СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Макаева Э.О., Омарова Х.О., Омаров О.Г., Багов А.Д.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

Актуальность. В литературе мало данных стоматологической заболеваемости у больных, страдающих хроническим алкоголизмом. В связи с этим мы поставили перед собой задачу изучить распространенность и интенсивность кариеса зубов и заболеваний пародонта у этих больных и потребность в стоматологической помощи.

Материал и методика. Проведено стоматологическое обследование 23 больных, находящихся на лечении в наркологической больнице, страдающих хроническим алкоголизмом.

Больных распределили по возрастным группам: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 лет, у которых определяли интенсивность кариеса зубов КПУ и его распространенность, т.е. процент лиц имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы. Состояние тканей пародонта оценивали по индексу CPITN, который позволяет выявить такие клинические признаки, как кровоточивость десен, наличие наддесневого и поддесневого зубного камня, пародонтальные карманы. Интенсивность поражений тканей пародонта у каждого обследованного определяли худшим показателем, отмеченным в том или ином сегменте зубного ряда, а индекс гигиены – по Федорову-Володкиной (1971).

Результаты исследования. На основании полученных данных, распространенность кариеса зубов составляет 96%. средняя интенсивность – 16,2. Если проанализировать составные КПУ по возрастным группам, то можно отме-

тить следующее.

Наибольшее количество кариозных зубов (К) приходится на возраст 30-39 лет и составляет 8,2 на 1 больного, в том числе число зубов с неосложненным кариесом – 3,8; с осложненным – 2,3; корней, подлежащих удалению – 1,5.

С возрастом число зубов, подлежащих лечению, уменьшается. Так, в группе 40-49 лет на одного больного приходится 4,4 зуба, подлежащих лечению; 2,5 – удалению, а в возрастной группе 50-59 лет – соответственно 3,2 и 0,9. Число зубов, удаленных ранее, увеличивается с 4,1 до 13.

Для всех возрастных групп характерно низкое количество сохраненных пломб – в среднем 2,2 на 1-го больного.

Индекс КПУ у больных с алкоголизмом выше на 2,1. Если анализировать структуру КПУ, то видно, что компонент – К у больных, страдающих хроническим алкоголизмом, выше в 5,4 раза, чем в среднем. Соотношение осложненного кариеса к неосложненному составляет 1,4:1; число сохраненных пломб в 2,5 раза меньше, чем по республике.

Полученные данные свидетельствуют об очень низком уровне санации полости рта и индивидуальной гигиены.

Обследование больных выявило уровень распространенности заболеваний пародонта, достигающий 100%.

С возрастом отмечается выраженное прогрессирование патологического процесса. Если в группе 30-39-летних пародонтальные карманы более 6 мм встречаются в 35% случаев, то уже в группе 40-49 лет – 66,5% случаев. У больных 30-39 лет обнаружены карманы до 4 мм в 61% наблюдений и более 6 мм – в 35% наблюдений (по республике 47,5 и 19,5 соответственно). Однако надо отметить, что выраженные воспалительные явления в пародонте встречаются редко. Это объясняется тем, что все больные получают интенсивное специальное, гипосенсибилизирующее, противовоспалительное лечение.

Одним из обязательных компонентов специального комплексного лечения является трихопол, который, как известно, снижает интенсивность воспалительного процесса в пародонте. Вероятно, имеет значение и то, что все больные – злостные курильщики (действие тиоцината натрия), употребляют концентрированные растворы чая (содержит танин).

Выводы. Таким образом, в результате обследования были установлены высокая заболеваемость кариесом и распространенность заболеваний пародонта в развившейся и термональной стадии.

На основании полученных данных можно рассчитать потребность в стоматологической помощи, необходимого для проведения санации полости рта в течение 3-6 мес. (время пребывания в стационаре).

Анализ заболеваемости показал, то в среднем на каждого больного приходится 2,6 зуба, подлежащих лечению по поводу кариеса; 2,3 зуба – подлежащих лечению по поводу осложненного кариеса; 1,8 зуба – подлежащих удалению.

На основании полученных данных можно рассчитать потребность в стоматологической помощи, необходимого для проведения санации полости рта в течение 3-6 мес. (время пребывания в стационаре).

ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИЧЕСКОГО СООТВЕТСТВИЯ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОСВЕЩЕНИЯ

Мамедов Ф.С., Будайчиева М.А., Будайчиева П.М.

Научный руководитель: к.м.н., асс. Будайчиев Г.М-А.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Основным параметром восприятия улыбки является ее эстетическая привлекательность и оптическая целостность. Соответствие оттенка реставрации тканям зуба в условиях дневного естественного освещения может меняться при освещении зубных рядов различными типами искусственных источников света, в частности, флуоресцентного, белого, ультрафиолетового, сценического и тому подобное.

Цель. Установить оптическое соответствие материалов для восстановления зубов под действием ультрафиолетового излучения.

Материалы и методы. Исследовали две группы материалов: композиты химического отверждения на основе акриловых полимеров для изготовления временных коронок Protemp 2 (3M) ручного замешивания, Protemp 4 (3M), VisalysTemp (Kettenbach) не нуждающихся в замешивании и фото-полимерные наногибридные композиты TetricN-Ceram (IvoclarVivadent) и Empress (IvoclarVivadent). Для проведения эксперимента были изготовлены диски одинакового размера диаметром 0.8 см и толщиной 0.5 см с каждого материала, которые одновременно разместили на темном не флуоресцентном фоне с подписью для каждого образца. Исследование проводилось в полностью затемненной комнате. Под действием светового потока 590 Лм ультрафиолетовых лучей, ко-

торые падали под углом 90° к поверхности образца, возникало явление флуоресценции, которое фотодокументировали. По полученным фотографиям визуально определяли оптическую градацию образцов - от самого светлого до самого темного, в сравнении с контрольным образцом удаленного неповрежденного зуба.

Результаты. Результаты проведенных исследований показали, что все материалы как акриловые композиты, так и наногибридные композиты, демонстрировали флуоресцентные свойства при попадании ультрафиолетового света. Среди исследуемых материалов флуоресценцию, которая больше всего соответствовала цвету тканей зуба, имел образец VisalysTemp (Kettenbach). Далее, в порядке уменьшения проявлений флуоресценции расположились образцы Protemp 4 (3M), Protemp 2(3M), образцы композитов TetricN-Ceram (IvoclarVivadent), Empress (IvoclarVivadent).

Выводы. Оптические свойства материалов необходимо учитывать для получения максимально эстетичного результата и получения оптической целостности зубного ряда при разных видах освещения. Простой метод освещения источником ультрафиолетовых лучей позволяет определить оптическую градацию между зубом и оцениваемым материалом.

ПРОТОКОЛЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЁННЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ. ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ВРАЧЕЙ – ЭНДОДОНТИСТОВ

Иналов Д. М., Мамедов Ф.С., Будайчиева М.А., Будайчиева П.М.

Научный руководитель: к.м.н., асс. Будайчиев Г.М-А.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Проблема совершенствования качества эндодонтического лечения остается важным вопросом современной стоматологии. Когда мы говорим о стандартах в современной эндодонтической практике, часто возникает непонимание терминов для описания этих стандартов. Когда усовершенствованные технологии предлагают явно лучшие результаты лечения, соответственно они не являются предметом выбора лечения, а необходимым требованием для выполнения навыков и внедрение их в практику.

Цель. Целью нашего исследования был обзор мировых стандартов лечения труднопроходимых корневых каналов, их оценка на практике и обзор наиболее распространенных ошибок врачей-стоматологов и стоматологов-эндодонтистов.

Материалы и методы. Исследование состояло из трех этапов: экспериментального, клинического и статистического. Экспериментальный - заключался в изучении протоколов лечения искривленных корневых каналов, которые ведут зарубежные стоматологи и их сравнительная характеристика с отечественными. Клинический этап работы включал подбор пациентов с клиническими проявлениями искривленных каналов и их лечение согласно иностранным протоколам эндодонтического лечения в стоматологической клинике «Все

Свои» г. Каспийска. Статистический этап заключался в системном исследовании ошибок, которые чаще всего допускают стоматологи.

Результаты. Лечение корневых каналов постоянных зубов представляет собой биологически допустимую и механическую обработку корневых каналов для ускорения и восстановления перирадикулярных тканей. Полагаясь на статьи американской ассоциации эндодонтистов, мы нашли ряд существенных различий с отечественной системой лечения искривленных каналов. На клиническом этапе мы опробовали их на практике и вели динамическое наблюдение в течение лечения. В течении статистического этапа мы систематизировали типичные ошибки в практике врачей-стоматологов, полагаясь на данные американской ассоциации стоматологов. Также мы приняли во внимание работы известного эндодонтиста Доминико Рекуччи, который собственно описал процесс инструментальной обработки искривленных каналов, что способствует положительному эффекту от эндодонтического лечения и предотвращения появления осложнений.

Выводы. Практическая эндодонтия претерпела изменения в предоставлении услуг и развитии научных открытий. Новые технологии в области инструментария, рентгендиагностики, направленные на сохранение собственных зубов с достоверными результатами являются неотъемлемыми частями современной эндодонтии, которая постоянно развивается. Морфология системы корневых каналов является чрезвычайно тяжелой: апикальные разветвления каналов, перешейки и неровности стенок канала, где бактерии могут находиться в виде биопленок. Для полного удаления патогенных микроорганизмов из дентальных канальцев существует определенный протокол действий, которым успешно пользуются зарубежные стоматологи. Таким образом, врачи должны соблюдать не только отечественные протоколы, но и интересоваться зарубежными, внедряя в практику новые технологии.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ ПЛОМБ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ГИГИЕНЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Будайчиева П.М., Будайчиева М.А.

Научный руководитель: к.м.н., асс. Будайчиев Г.М-А.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Согласно статистике, 50-60% всех типов кариозных полостей подлежат реставрации в результате клинического диагноза "вторичный кариес". Повторное моделирование коронки зуба предполагает потерю здоровых тканей эмали и дентина. Обычно, наличие визуально заметного дефекта по краям реставрации свидетельствует об увеличении риска развития вторичного кариеса. В случае нарушения краевого прилегания материала к тканям зуба, возникают кариес-уязвимые зоны, аналогичные таковым в участках естественных ямок и фиссур. Создаются благоприятные условия для формирования зубной бляшки. Однако, наличие краевого прилегания не является достаточным фактором, чтобы детерминировать рецидив кариеса. Прогрессирование повторного поражения твердых тканей обусловливается динамическим балансом между патологическими факторами, которые приводят к деминерализации защитных факторов, которые инициируют реминерализацию. Именно поэтому, гигиенический статус полости рта влияет на определение вероятности возникновения вторичного кариеса. Таким образом, зависимость между степенью краевого прилегания и гигиеническим индексом имеет важное значение для роста долговечности реставраций и избежания необходимости вынужденного повторного лечения кариеса.

Цель. Клинически оценить зависимость между степенью краевого прилегания пломбы и гигиеническим индексом полости рта по Green-Vermillion.

Материалы и методы. Обязательным условием для привлечения пациентов в исследование было наличие визуально заметного дефекта на границе пломба-зуб. В стоматологической клинике «Все Свои» г. Каспийска нами было обследовано 30 пациентов и определены показатели гигиены полости рта по Green-Vermillion и степень краевого прилегания различных типов реставраций согласно международной классификации Американской Ассоциации Стоматологов.

Результаты. У пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта (по индексу Green-Vermillion) определялась тенденция к ухудшению краевого прилегания пломбы. Значительно реже наблюдалось сочетание плохого краевого прилегания с высоким индексом гигиены.

Выводы. Несмотря на то, что нарушение краевого прилегания и рецидив кариеса обусловлены многими факторами, среди которых значительную роль играют тип пломбировочного материала, использования систем изоляции рабочего поля, наличие бруксизма у пациента и тому подобное, корреляция между гигиеническим статусом ротовой полости и качеством краевого прилегания имеет существенное значение для риска развития вторичного кариеса.

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Будайчиева М.А., Будайчиева П.М.

Научный руководитель: к.м.н., асс. Будайчиев Г.М-А.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Высокие показатели распространенности болезней слизистой оболочки полости рта и пародонта, например, афт, стоматитов, пародонтитов, а также гингивитов, как самостоятельного, так и симптоматического типов, требуют разработки новых методов внесения активных фармацевтических ингредиентов, при помощи усовершенствованных лекарственных форм, непосредственно к очагу заболевания. Традиционные лекарственные формы, которые на сегодня применяются с целью локальной терапии в полости рта, имеют ряд недостатков, в частности дополнительно травмируют и без того пораженные преимущественно воспалительными процессами эпителиальные ткани, вызывая при этом лишние болевые ощущения и подавляют психоэмоциональное состояние больного, а их недостаточная противомикробная действие может способствовать нарушению микробиоценоза и увеличению патогенной микрофлоры. Кроме того, большинство лекарственных средств локального типа применения не способны поддерживать достаточную терапевтическую концентрацию и соответствующее время для достижения лечебного эффекта

Цель. Выявить и проанализировать современные, альтернативные методы доставки лечебного вещества в ткани пародонта и слизистой оболочки полости рта. В частности, стоматологические лекарственные пленки, как метод атравматичного и пролонгированного лечения больных.

Материалы и методы. Проведен обзор и анализ научных источников, в которых описано терапевтическое лечение с использованием стоматологических лекарственных пленок различного типа действия и фармакотерапевтической активности, в составе лекарственной формы.

Результаты. В процессе научного поиска были собраны и обработаны данные 5 разных по типу действия стоматологических пленок, в частности:

1. Антибактериальные адгезивные стоматологические пленки содержащие: линкомицина гидрохлорид в количестве 0,05-0,09 мг/см2; клиндамицина фосфат в количестве 0,05-0,09 мг/см2; сульфат гентамицина в количестве 0,05-0,09 мг/см2.
2. Противопротозойные адгезивные стоматологические пленки содержащие-метронидазол в количестве 0,01-0,03 мг/см2.
3. Антисептические адгезивные стоматологические пленки содержат - хлоргексидина биглюконат в количестве 0,01-0,03 мг/см2.
4. Кератопластические адгезивные стоматологические пленки содержат - солкосерил в количестве 0,01-0,03 мг/см2.
5. Адгезивные стоматологические пленки с комбинированным действием содержит: -хлоргексидина биглюконат и дексаметазон в количестве 0,01-0,03 мг/см2; -лидокаина гидрохлорид по 0,03-0,05 мг/см2 и хлоргексидина биглюконат 0,01-0,03 мг/см2.

Выводы. В результате детального изучения научных источников, были обработаны данные о современные методики локального введения активных фармацевтических ингредиентов до очага поражения и проведено ализе 5, чаще всего применяемых типов стоматологических пленок, которые обладают соответствующим спектром фармакотерапевтической действия и могут использоваться не только в составе терапевтической схемы, а и как монокомпонентные средства лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Поскольку лекарственные формы на полимерной основе обладают рядом преимуществ по сравнению с другими лекарственными формами, например, такими как: заявленное локальное действие, пролонгированный эффект, точность дозировки лекарственного средства, уменьшение болевых ощущений и атравматичность.

ГИЕНИЧЕСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Сосулина Л.Л., Лазаричева Е.С., Игнатьева А.П., Маулина А.А.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Ижевск

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный технический университет имени М.Т. Калашникова»

Актуальность. В условиях реформирования здравоохранения одной из приоритетных проблем является сохранение и укрепление здоровья населения. Высокая интенсивность и распространенность основных стоматологических заболеваний в различных группах населения придает профилактическому направлению в стоматологии важное значение. Так, распространенность кариеса постоянных зубов в различных регионах России колеблется у детей от 61 до 96%, а у взрослых достигает 100% [1,3].

Как известно, стоматологическое здоровье индивидуума на 80-90% определяется образом жизни, его поведением и только на 10-20% организацией стоматологической помощи [5]. Это означает, что стоматологическое здоровье каждого из нас зависит от наших собственных усилий по тщательному уходу за полостью рта с использованием адекватных средств и методов гигиены полости рта, регулярных посещений стоматолога и собственного решения в участии или пренебрежении к профилактическим программам, которые нам предлагаются [1,2,3,4,5].

Профилактические мероприятия в стоматологии носят разнонаправленный характер, и очень важная роль принадлежит формированию санитарной культуры, здорового образа жизни [4].

Студенты вузов являются с одной стороны своего рода показателем стоматологической грамотности детей, так как недавно окончили школу, с другой

стороны – их необходимо рассматривать как будущих трансляторов медицинских знаний и умений для различных слоев населения.

Цель исследования - на основании данных анкетного интервьюирования оценить уровень стоматологической грамотности студентов высших учебных заведений Удмуртской Республики.

Материал и методы. На основании добровольного информированного согласия проведено анкетирование 193 студентов вузов г. Ижевска (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России, ФГБОУ ВО «ИжГТУ им. М.Т. Калашникова», ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет») в возрасте 17-23 лет.

Для оценки уровня стоматологической просвещенности использовалась специально разработанная нами анкета для определения стоматологической грамотности (Свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности №02.20 от 12 мая 2020года).

Опрос проводился путем самостоятельного заполнения анкет студентами, в удобное для них время с соблюдением всех деонтологических требований. Особо подчеркивалось соблюдение в тайне полученных сведений. При этом подробно разъяснялась цель исследования и необходимость искренних ответов. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программы MS Exel.

Результаты и их обсуждение. Изучение уровня гигиенической грамотности студентов высших учебных заведений г. Ижевска показал следующие результаты. На вопрос, в чем заключается профилактика стоматологических заболеваний, были получены следующие ответы: все опрошенные студенты медицинского вуза и Удмуртского университета отметили гигиену полости рта как способ профилактики стоматологических заболеваний, среди студентов ИжГТУ положительно ответили на этот вопрос 93,7%. О роли питания как фак-

тора развития стоматологической патологии указали 78,5% студентов ИГМА, 58,3% студентов ИжГТУ и 48% студентов УдГУ. На применении фторидов в качестве кариеспрофилактического средства указали 46,4% студентов ИГМА, 6,2% студентов ИжГТУ и 3,3% студентов УдГУ.

В ИГМА и ИжГТУ с целью профилактики обратились за последний год в поликлинику 32,1% и 46,7% студентов соответственно, в УдГУ этот показатель максимальный – 60%. С целью лечения обращаются к специалисту 13,3% студентов ИжГТУ, 36% студентов УдГУ, в медицинском вузе этот показатель наибольший – 57,1%.

Анализ гигиенического поведения показал удовлетворительный его уровень. Так, подавляющее большинство осуществляют гигиену полости рта 2 раза в день (60% в ИжГТУ; 88% - УдГУ; 67,8% - ИГМА, $p>0,05$). От 12% до 21,4% студентов вузов проводят чистку зубов 1 раз в день, и единицы (10,7%) проводят чистку зубов после каждого приема пищи, в основном это студенты-медики.

Что касается времени, которое тратится на осуществление гигиены полости рта, то большинство студентов уделяют от 1 до 2 минут (в ИжГТУ - 40,3%; в УдГУ - 52%; в ИГМА - 75,7%, $p>0,05$), более 2 минут тратят на эту процедуру от 4% до 14,3% опрошенных в разных вузах. Чистку языка осуществляли от 12 до 14,3% опрошенных.

В результате анкетирования установлено, что все респонденты пользовались для чистки зубов зубной пастой. По рекомендации врача-стоматолога осуществляли выбор зубной пасты около 20% опрошенных. В части случаев ее покупка осуществлялась с учетом телевизионной рекламы: в УдГУ к рекламе «прислушались» 64%, в ИГМА – 67,8%, в ИжГТУ – 100%. Знакомые и друзья советовали средства гигиены в 32,1% - 44% случаев. Достоверной разницы между данными студентов разных вузов не обнаружено.

Часть опрошенных указали на использование дополнительных предметов (флоссы) и средств гигиены полости рта (бальзамы, ополаскиватели). Так, флоссы используют 42,8% студентов ИГМА и 48% студентов УдГУ ($p>0,05$), студенты ИжГТУ пользуются ими лишь в 6,7%, что достоверно ниже, чем студенты других вузов ($p<0,05$). Жидкие средства гигиены полости рта применяют от 53,3% до 84% студентов разных вузов ($p>0,05$).

Модными сейчас электрическими зубными щетками пользуются 20%-32,1% всех студентов, чаще всего это студенты-медики. Мануальную зубную щетку меняют ежемесячно 20,6%-40% респондентов, от 6% до 8% меняют зубную щетку, когда деформируется щетина.

Вывод. Уровень стоматологической грамотности студентов высших учебных заведений Удмуртской республики находится на удовлетворительном уровне. Имеется масса информации, получаемой студентами из интернет-источников, телевизионных программ и рекламы. Сегодняшние студенты вузов - это будущие родители, поэтому санитарное просвещение и их стоматологическая грамотность являются залогом сохранения здоровья будущего поколения. Для этого требуется активное проведение санитарно-просветительной работы путем медико-педагогического убеждения с учетом специфики обучения в различных вузах республики.

Список литературы.

1. Авраамова, О.Г. Улучшение стоматологического здоровья населения в результате приоритета профилактики, диспансеризации и воспитания здорового образа жизни/ О.Г. Авраамова, Т.В. Кулаженко, О.В. Шевченко, З.Р. Ахмедова, В.В. Горячева // Здоровье и образование в XXI веке. - 2017. -№3. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/uluchshenie-stomatologicheskogo-zdorovya-naseleniya-v-rezultate-prioriteta-profilaktiki-dispanserizatsii-i-vospitaniya-zdorovogo (дата обращения: 28.04.2020)

2. Косюга, С.Ю. Роль стоматологического просвещения в профилактике стоматологических заболеваний у школьников 14 лет/ С.Ю. Косюга, О.В. Лекомцева// «Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований», № 5, 2018, с. 113-118, URL: http://www.applied-research.ru/ru/article/view?id=12227 (дата обращения: 19.06.2018)//

3. Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина, О.О. Янушевич, И.Н. Кузьмина// – М.: МГМСУ, 2019.- 304 с.

4. Помыткина, Т.Ю. Роль семейных отношений в формировании стоматологического здоровья подростков/ Т.Ю. Помыткина, М.В. Мосеева, А.А. Тропина //МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЖУРНАЛ – С.101-105 - №7(97)-2020, часть 2.

5. Тропина, А.А. Влияние профилактических мероприятий на кариесогенную ситуацию среди молодого поколения/ А.А. Тропина, М.В. Воробьев., Ш.Ф. Джураева, М.В. Мосеева, В.В. Гущин//Научное обозрение. Медицинские науки. - 2019. - №1. - С. 55-59.

ОГЛАВЛЕНИЕ

№	Название статьи. *Авторы (соавторы).*	СТР.
1.	**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (обзор литературы).** *Курбанов О.Р., Махмудов Ш.Р., Будайчиев Г.М-А.*	3
2.	**ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ.** *Будайчиев Г.М-А., Курбанов О.Р., Будайчиев М-А.Г., Будайчиева М.А.*	17
3.	**МОТИВАЦИЯ ЖИТЕЛЕЙ Г. КИЗЛЯР К ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.** *Ф. И. Османова.*	22
4.	**ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.** *Ф. И. Османова*	41
5.	**ПОКАЗАТЕЛИ БАЗАЛЬНОГО КРОВОТОКА В МИКРОСОСУДАХ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.** *Будайчиев Г.М-А., Абакаров Т.А., Махмудова З.К., Меджидова Н.М., Халилов Х.Х.*	49
6.	**АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.** *Будайчиев Г.М-А., Меджидова Н.М., Халилов Х.Х., Будайчиев М-А. Г.*	53
7.	**ПОВЫШЕННАЯ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.КАСПИЙСК.** *Будайчиев М-А. Г., Курбанов О.Р., Будайчиев Г.М-А., Будайчиева М.А.*	57
8.	**СОСТОЯНИЕ СИСТЕМ ГОМЕОСТАЗА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ.** *Пинелис И.С., Пинелис Ю.И.*	62
9.	**УЧЕНИЕ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ О ПРОБЛЕМЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНЫХ БОЛЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФОТООТВЕРЖДАЕМЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ.** *Будайчиев Г.М-А., Курбанов О.Р., Будайчиев М-А.Г., Махмудова З.К., Халилов Х.Х., Меджидова Н.М.*	67
10.	**МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ.** *Дудник О.В., Мамедов Ад.А.*	71
11.	**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИАПОЛА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ У ПОДРОСТКОВ.** *Алимирзоев Ф.А., Чу-*	77

	*динов А.Н., Абдуллатипов Г.М***.**	
12.	**АНАЛИЗ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.** *Чудинов А.Н., Абдуллатипов Г.М., Алимирзоев Ф.А., Гасанова Л.Г., Бигаева У.С.*	**79**
13.	**РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ.** *Жахбаров А.Г., Чудинов А.Н., Бигаева У.С., Гасанова Л.Г.*	**82**
14.	**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.** *Джентамиров У.Ш., Байрамуков М.Х., Афанасьева О.Ю., Чернышев Д.А.*	**84**
15.	**КАРИЕС В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).** *Скрипкина Г.И., Екимов Е.В., Порубай В.В.*	**90**
16.	**ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ.** *Норова М.Б, Хабибова Н.Н.*	**96**
17.	**РОТОВАЯ ЖИДКОСТЬ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).** *Скрипкина Г.И., Екимов Е.В., Анохина А.А.*	**102**
18.	**ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РЕЖУЩИХ ИНСТРУМЕНТОВ**. *Катман М.А., Яшнова Н.Б.*	**108**
19.	**ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА.** *Пинелис Ю.И., Аксенова Т.А.*	**112**
20.	**САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.** *Пинелис Ю.И., Дашеева С.Е., Ильчининов А.А.*	**118**
21.	**ВРОЖДЕННЫЙ ИММУННИТЕТ И «ПОЛ – АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА» У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА.** *Пинелис Ю.И., Лхасаранова И.Б., Караваева Т.М., Максименя М.В.*	**121**
22.	**ПРАВОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ**. *Абакаров Т.А., Аталаев М.М., О.Р. Курбанов., З.О. Курбанов., Салимханов А.Э.*	**124**
23.	**ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИИ.** *Алиева А.О., Абакаров Т.А., Курбанов О.Р., Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А., Махмудова З.К.*	**129**

24.	**АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНЫХ БОЛЕЙ.** *Рослякова А.А., Дащенко А.С., Афанасьева О.Ю.*	**134**
25.	**ПРИМЕНЕНИЕ АУТОГЕННЫХ КОСТНЫХ ТРАНСПЛАНТОВ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЕ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА.** *Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Валиева Ф.С., Исматов Н.С., Мавлянова У.Н.*	**140**
26.	**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КОЛЛАПАН-Л ПРИ ЗУБОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ У ЖЕНЩИН.** *Ибрагимов Д. Д., Гаффаров У. Б., Валиева Ф. С., Шукурова З.С., Мавлянова У.Н.*	**144**
27.	**ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.** *Хамитова Ф. А.*	**149**
28.	**ФАКТОР КОНФИГУРАЦИИ ПОЛОСТИ (С-ФАКТОР), КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЛИМЕРИЗАЦИОННОГО СТРЕССА ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫМИ КОМПОЗИТАМИ (Обзор литературы).** *Володина Е.В., Герасимов Д. И., Останина Д.А., Митронин Ю.А.*	**155**
29.	**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОВТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ.** *Григорьев С.С., Епишова А.А., Сорокоумова Д.В., Исаева С.Т.*	**162**
30.	**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.** *Жумаев Л.Р, Хамраев С.Ж.*	**168**
31.	**РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА**. *Камалова М.К.*	**172**
32.	**ВАРИАЦИИ ОРАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.** *Иванова К.С., Джумаханова А.Ж., Александрина Е.С.*	**179**
33.	**АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ.** *Ткаченко Т.Б., Фархуллин А.И., Фархуллина А.С.*	**185**
34.	**РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ КРУПНОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА И ГРУПП СРАВНЕНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.** *Курбанов О.Р., Ахмедова С.К., Алимирзоев Ф.А, Салимханов А.Э., Курбанов З.О., Абдуллатипов Г.М.*	**192**
35.	**ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛОГО**	**201**

	НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА. *Акавов А.Н., Курбанов З.О., Курбанов О.Р., Будайчиев Г.М-А., Алиева А.О., Бигаева У.С., Омарова А.М.*	
36.	**ЗАВИСИМОСТЬ ПОРАЖЕННОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.** *Хасаева М.И., Курбанов О.Р., Курбанов З.О., Ахмедова С.К., Будайчиев Г.М-А., Будайчиева М.А.*	**208**
37.	**ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У НАСЕЛЕНИЯ ТРЕХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОН РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.** *Акавов А.Н., Курбанов О. Р., Курбанов З.О., Будайчиева М.А.*	**214**
38.	**КОМПЛЕКС МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.** *О.Р. Курбанов, Абакаров Т.А., А.О.Алиева, Курбанов З.О., Будайчиев Г.М-А.*	**220**
39.	**АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОТБЕЛИВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ.** *Македонова Ю.А., Ванькаева Л.С., Ткачева А.Б.*	**227**
40.	**НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ У НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА.** *Курбанов З.О., Алиева А. О., Курбанов О.Р., Абакаров Т.А., Акавов А.Н, Ахмедова С.К., Гасанова Л.Г.*	**231**
41.	**ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАНА.** *Абакаров Т.А., Курбанов О.Р., Алиева А.О., Будайчиев Г.М-А., Курбанов З.О., Абдуллатипов Г.М., Ахмедова С.К., Бигаева У.С.*	**238**
42.	**РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ КРУПНОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА.** *Курбанов О.Р., Ахмедова С.К., Алимирзоев Ф.А.*	**245**
43.	**ОН ПЕРВЫЙ В РОССИИ ПРОИЗВЕЛ РЕЗЕКЦИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.** *Османова Ф.М., Алиева Л.А., Гасанова Л.Г.*	**253**
44.	**ПОТРЕБНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.** *Акавов А.Н., Курбанов О.Р., Курбанов З.О.*	**258**
45.	**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У НАСЕЛЕНИЯ РАВНИННОЙ ЗОНЫ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.** *Курбанов З.О., Курбанов О.Р., Алиева А.О.*	**267**
46.	**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРАНИОФАСЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ДЕТЕЙ I и II ПЕРИОДА ДЕТСТВА С РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА.** *Камбарова Ш.А.*	**273**

47.	**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СТЕНОК ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ЛАТЕКСНЫМ КАТЕТЕРОМ.** *Пулатова Ш.К.*	**276**
48.	**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКЦИОННОГО CO_2-ЛАЗЕРА ПРИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.** *Хамраев С.Ж., Сафарова М.С.*	**280**
49.	**ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ И ЗНАЧЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА.** *Жахбаров А.Г., Чудинов А.Н., Гасанова Л.Г., Салимханов А.Э.*	**284**
50.	**ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.** *Абдурахманов Г.Г.*	**288**
51.	**ПУТИ РЕШЕНИЯ КОНФЛИКТЫХ СИТУАЦИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.** *Маммараева А.М., Гасанова Л.Г., Османова Ф.М.*	**292**
52.	**СТРУКТУРА ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ г. МАХАЧКАЛЫ.** *Чудинов А.Н., Жахбаров А.Г., Гасанова Л. Г., Бигаева У. С., Салимханов А.Э.*	**296**
53.	**МЕРЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РЕЦИДИВА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ПРИЧИНЫ ИХ ПОЯВЛЕНИЯ.** *Алимирзоев Ф.А.*	**300**
54.	**АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ПОДРОСТКОВ 12-15 ЛЕТ Г. ВОЛГОГРАДА.** *Быстрова А.Ю., Салова А.М.*	**305**
55.	**ЗАКИСЬ АЗОТА-КИСЛОРОДНАЯ СЕДАЦИЯ И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ.** *Корнеева Н.М., Попова Д.С., Рабаданова К.С.*	**312**
56.	**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ОДОНТОГЕННЫМИ КИСТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ.** *Лабутова М.А., Серенко Е.О.*	**318**
57.	**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ** *Хасаева М.И., Курбанов О.Р., Алиева А.О., Курбанов З.О., Ахмедова С.К., Бигаева У.С***.**	**323**
58.	**АНАТОМИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ЧЕЛОВЕКА.** *Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т.*	**331**
59.	**АНАЛИЗ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ.** *Абакаров Т.А., Махмудов Ш.Р., Курбанов О.Р., Аталаев М.М., Алиев А.А.*	**337**

60.	**АНАЛИЗ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСОВ.** *Ахмедова С.К., Алимирзоев Ф.А., Салимханов А.Э., Абдуллатипов Г.М., Дибирова П.Ш., Омарова А.М.*	**348**
61.	**ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ В ШКОЛЬНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ.** *Ахмедова С.К., Бигаева У.С., Омарова А.М., Дибирова П.Ш., Омарова П.Х.*	**358**
62.	**ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗА И УЧЕТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ И НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ.** *Абакаров Т.А., Аталаев М.М., Махмудов Ш.Р., Алиев А.А.*	**367**
63.	**ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ОШИБОК ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ.** *Алиева А.О., Курбанов З.О.*	**377**
64.	**ОПЫТ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ - ОБТУРАТОРОМ С ТЕЛЕСКОПИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИЕЙ (на примере клинического случая).** *Карасева В.В.*	**388**
65.	**КРИТЕРИИ В ПОЛОСТИ РТА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИАГНОСТИКУ, ТЯЖЕСТЬ, ПРОФИЛАКТИКУ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID-19.** *Митронин А.В., Юрцева Е.Д., Михейкина А.М.*	**395**
66.	**ВЛИЯНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ FAM20A НА АМЕЛОГЕНЕЗ.** *Митронин А. В., Юрцева Е. Д., Рогачева Е.Р.*	**402**
67.	**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ УГЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.** *Хакимов А.А., Хасанов А.И., Тешабоев М.Г., Абобакиров Д.М.*	**409**
68.	**САНАЦИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ - КАК МЕТОД СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ.** *Султанов А.С., Султанова М.А., Османова Т.Т.*	**417**
69.	**ВЛИЯНИЕ ПЕРЕКИСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ НА ГАЛИТОЗ.** *Султанова М.А., Кафаров Р.Т., Гитинова А.М.*	**420**
70.	**ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЭМАЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЦВЕТА ЗУБОВ.** *Султанова М.А., Османова Т.Т., Гитинова А.М.*	**424**
71.	**ПОБОЧНОЕ ПОСЛЕДСТВИЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОЛОРИТА.** *Султанова М.А., Гитинова А.М.*	**427**

72.	**ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА.** *Мащилиева М.М., Меджидова Н.М., Будайчиев Г.М-А., Будайчиева М.А.*	**430**
73.	**ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА И СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ПОДРОСТКОВ 12-16 ЛЕТ ВО ВРЕМЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСЪЁМНОЙ ТЕХНИКОЙ.** *Меджидова Н.М., Мащилиева М.М., Будайчиев Г.М-А., Будайчиева М.А.*	**434.**
74.	**ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИРРИГАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.** *Ванькаева Л.С., Церенов Ц.И., Алиев Н.Д., Гаврикова Л.М., Македонова Ю.А.*	**439**
75.	**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА.** *Курбанова Э.А., Магомедов А.А.*	**444**
76.	**ТЕХНОЛОГИЯ ОТСРОЧЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА.** *Курбанова Э.А., Магомедов А.А.*	**451**
77.	**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕОХИМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ.** *Курбанова Э.А.*	**456**
78.	**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА.** *Курбанова Э.А.*	**463**
79.	**ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОКРИСТАЛЛИЗАЦИИ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ ПРИ НЕДОСТАТКЕ ВИТАМИНА D У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.** *Еловикова Т.М., Саблина С.Н., Григорьев С. С., Кощеев А.С.*	**470**
80.	**СИМУЛЯЦИОННЫЙ ЦЕНТР ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ».** *Будайчиев М.Г., Эфендиев М.Н.*	**476**
81.	**СТОМАТОЛОГИЯ ОТ КАМЕННОГО ВЕКА ДО НАВИГАЦИОННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.** *Будайчиев М.Г., Расулов И.М.*	**480**
82.	**ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИОСЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПУТЕМ НЕОПЕРАТИВНОГО УСТРАНЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ОЧАГА.** *Кажлаев Ю.Н., Горячев Н.А.*	**484**
83.	**УСТРОЙСТВО ДЛЯ ТЕРМОРЕЗЕКЦИИ ГУТТАПЕРЧЕВЫХ ШТИФТОВ С ПОДСВЕТКОЙ.** *Кажлаев Ю.Н.*	**491**

84.	**ПАРНО-ЛИНЕЙНОЕ ШИНИРОВАНИЕ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШТИФТОВО-КОМПОЗИТНОЙ КОНСТРУКЦИИ.** *Кажлаев Ю.Н.*	**495**
85.	**КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИНГИВИТА АКВАКОМПЛЕКСОМ ГЛИЦЕРОСОЛЬВАТА ТИТАНА.** *Еловикова Т.М., Кощеев А.С.*	**501**
86.	**ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО ПРЕПОДАВАНИЯ АНАТОМИИ В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.** *Т.С. Гусейнов, С. Т.Гусейнова, Ш.К. Таймазова, А.И. Ганиева.*	**508**
87.	**ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.** *Азизов К.А., Гусенов С.Г., Алиев А.А.*	**512**
88.	**ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ.** *Гусенов С.Г., Азизов К.А., Кишев М.М***.**	**517**
89.	**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНОСТИ ДВУХМЕРНОГО И ТРЕХМЕРНОГО ЛУЧЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ.** *Афанасьева О.Ю., Алимова А.Д., Михайленко П.А., Цокарев Д.С.*	**521**
90.	**КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА.** *Митяева Т.С., Скрипкина Г.И., Гарифуллина А.Ж., Романова Ю.Г.*	**526**
91.	**ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.** *Гамидова З.Ш., Ордашев Х.А.*	**533**
92.	**СПОСОБ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ***. Яхёева Г.С., Усмонов Ф.К.*	**536**
93.	**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.** *Патрушева М.С., Варгина С.А., Хван А. А., Харгелюнова Д.Б.*	**543**
94.	**СОВРЕМЕННЫЕ ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ.** *Табульда С.Н., Певнева В.А., Джумаханова А.Ж.*	**549**

95.	**ОЦЕНКА ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.** *Усманова И.Н., Аль Кофиш М. А. М., Бдаир З.Р., Бикбулатова Е.Ф., Шафиева А.Ф.*	**555**
96.	**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА.** *Усманова И. Н., Плеханова Ф. М.*	**561**
97.	**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЕЙКОПЛАКИИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.** *Михалев Д.Е., Байдик О.Д.*	**566**
98.	**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА.** *Спевак Е.М., Христофорандо Д.Ю.*	**571**
99.	**ИРРИГАЦИОННЫЕ РАСТВОРЫ: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ.** *Афанасьева О.Ю., Ярмова Э.Н., Донцова Д.И.*	**576**
100.	**ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ГЕРПЕНОКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА.** *Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Джанбулатов М.А., Магомалиева Л.М., Даниев Н.М., Джанбулатова К.М.*	**581**
101.	**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИАЛУДЕНТ ГЕЛЯ С МЕТРОНИДАЗОЛОМ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА.** *Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Джанбулатов М.А., Алибекова М.А., Даниев Н.М., Джанбулатова А.М.*	**585**
102.	**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ РЕБЕНКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.** *Гулиев Р.А., Чубова Л.С., Осыко А.Н.*	**592**
103.	**ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОТБЕЛИВАНИИ ВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ.** *Гаража И.С., Гаража С. Н., Гришилова Е.Н., Шилова С.Г., Кражан И.А.*	**597**
104.	**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ.** *Шилова С.Г., Кражан И.А., Кражан Д.С., Орлов М.Н., Зотова Р.И.*	**601**
105.	**РЕЗУЛЬТАТЫ ИНДЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ.** *Зеленская А.В, Хубаева Ф.С., Кражан И.А, Ильина Е.Е.,*	**607**

	Ивашова А.В., Некрасова Е.Ф.	
106.	**ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРЕПАРАТОМ С АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ.** *Гаража С.Н., Ивашова А.В, Зеленская А.В., Гришилова Е.Н, Гаража И.С.*	**611**
107.	**ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТА ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ, ИММОБИЛИЗОВАННОГО НА ПОЛИСОРБЕ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА.** *Гаража С.Н., Кражан И.А., Кражан Д.С., Зеленская А.В., Шилова С.Г., Гаража Н.Н.*	**616**
108.	**ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.** *Абдрашитова А.Б, Салеев Р.А., Шулаев А.В.*	**620**
109.	**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, КАК ФИЛОСОФСКОЕ, СОЦИАЛЬНОЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ПОНЯТИЕ.** *Федорова Н.С., Салеев Н.Р.*	**628**
110	**. МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЛИТЬЯ.** *Денисов Н.Д., Салеева Л.Р., Кузнецов Э.Ю.*	**635**
111.	**СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЕ ЗУБЫ И ОДОНТОМЫ, КАК ФАКТОР РЕТЕНЦИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ.** *Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Кроман Ю.О., Соколов А.В., Петрухин А.Б.*	**641**
112.	**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПАРАДОНТИТОМ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.** *Абдурахманов Г.Г.*	**647**
113.	**ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ И ПАРОДОНТИТА.** *Багатаева П. Р., Минкаилова С.Р.*	**656**
114.	**ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ АФТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.** *Македонова Ю.А., Александрина Е.С., Романенко М.В., Спиридонова О.В.*	**662**
115.	**ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ НА РАЗВИТИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ 12-15 ЛЕТ.** *Андрюшина А.В., Антонова А.А.*	**669**
116.	**«PULPOTEC»КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ.** *Климова А.А. ,Куркина О.Н.*	**675**
117.	**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОДНЫХ**	**678**

	РАСТВОРОВ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКЕ ПОЛОСТИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА. *Родионова А.А.*	
118.	**СТРУКТУРА ИНДЕКСА ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ Г. ИЖЕВСКА.** *Мосеева М.В, Екатериничева А.М, Байтерикова Д.О, Клочкова М.В, Дубовцева О.А.*	**681**
119.	**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОВЯЗКИ «SURGICAL DRESSING».** *Афанасьева О.Ю., Столбовская Е.В., Симонян Ю.А., Бражник Р.Ю.*	**686**
120.	**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С БРУКСИЗМОМ И СВЯЗЬ С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.** *Рамазонова Г.Э., Мирхусанова Р.С., Мун Т.О., Дадабаева М.У.*	**691**
121.	**АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ СТЕПЕНИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ АНОМАЛИИ СО СТЕПЕНЬЮ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ У ПРИЗЫВНИКОВ.** *Аликулиев В. К. оглы.*	**697**
122.	**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ.** *Басс Д.В. Гречишников Н.С.*	**702**
123.	**ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ.** *Стрельник С. Ю., Хусаинова Д.Х., Короткая А.Р., Афанасьева О.Ю, Фомичев Е.В.*	**709**
124.	**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ .** *Березин В.А., Салеев Р.А., Шулаев А.В., Березин К.А.*	**717**
125.	**ДИАГНОСТИКА КЕРАТОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА.** *Березин К.А., Цыплаков Д.Э., Шулаев А.В., Макарова Н.А., Старцева Е.Ю.*	**724**
126.	**ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ**. *Абдулкеримов Т.Х., Мандра Ю.В., Абдулкеримов З.Х.*	**731**
127.	**ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗОНАНСНО-ЧАСТОТНЫХ МЕТОДИК ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ГРИБКОВОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ.** *Орлов М.Н., Гарус Я.Н., Ивенский В.Н., Шилова С.Г.*	**737**
128.	**ТРЕВОЖНОСТЬ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 6-12 ЛЕТ И СО-**	**741**

	СТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА. *А.В.Разилова*	
129.	**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.** *Исмагилов О.Р., Салеев Р.А., К.А., Шулаев А.В., Старцева Е.Ю.*	**746**
130.	**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ЖИТЕЛЕЙ НИЗМЕННЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.** *Омарова Х.О., Макаева Э.О., Омаров О.Г., Салимханов А.Э.*	**753**
131.	**ИЗМЕНЕНИЕ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЕФЕКТА ЗУБНЫХ РЯДОВ.** *Омаров О.Г., Омарова Х.О., Макаева Э.О., Гасанова М.А.*	**756**
132.	**СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ.** *Макаева Э.О., Омарова Х.О., Омаров О.Г., Багов А.Д.*	**760**
133.	**ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИЧЕСКОГО СООТВЕТСТВИЯ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОСВЕЩЕНИЯ.** *Мамедов Ф.С., Будайчиева М.А., Будайчиева П.М.*	**763**
134.	**ПРОТОКОЛЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЁННЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ. ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ВРАЧЕЙ – ЭНДОДОНТИСТОВ.** *Иналов Д. М., Мамедов Ф.С., Будайчиева М.А., Будайчиева П.М.*	**765**
135.	**ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ ПЛОМБ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ГИГИЕНЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ.** *Будайчиева П.М., Будайчиева М.А.*	**768**
136.	**АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ.** *Будайчиева М.А., Будайчиева П.М.*	**770**
137.	**ГИЕНИЧЕСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.** *Сосулина Л.Л., Лазаричева Е.С., Игнатьева А.П., Маулина А.А.*	**773**

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ

Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием

В оформлении обложки использована фотография из twitter.com

Главный редактор
профессор Курбанов Оми Рамазанович

Ответственный секретарь и составитель
к.м.н., Будайчиев Гасан Магомед-Алиевич