



СТА СПб

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ



11-12

апреля
2024 года

**МАТЕРИАЛЫ VII МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2024

СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

материалы VII Международной
научно-практической конференции

11–12 апреля 2024 года

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2024

УДК 616.31(063):616-053.2

ББК 56.6я5+57.33

C56

Современная детская стоматология и ортодонтия: материалы VII Международной научно-практической конференции. – СПб.: Человек, 2024. – 64 с.

Редакционная коллегия:

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

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

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

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

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

Солдатова Л.Н. – д.м.н., доцент, профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

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

Ризаев Ж.А. – д.м.н., профессор, ректор Самаркандского государственного медицинского института, заведующий кафедрой общественного здоровья и менеджмента здравоохранения.

Шомуродов К.Э. – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института.

Хазратов А.И. – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургии полости рта и дентальной имплантологии Самаркандского государственного медицинского института.

Рубникович С.П. – д.м.н., профессор, член-корреспондент Национальной академии наук Беларуси, ректор УО БГМУ.

Издательство ООО «Человек»

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

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

Подписано в печать 10.04.2024. Формат 60×90/16.

Гарнитура Мириад. Усл.-печ. л. 4. Уст. тираж 500 экз.

СОДЕРЖАНИЕ

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ХЕЙЛИТА У ЛИЦ С ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ГЕЛЕМ ОРИГИНАЛЬНОГО СОСТАВА	6
Аверьянов С.В., Ахметова Д.Х.	
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ.....	7
Агрба А.И.	
ВЗАИМООТНОШЕНИЕ С РОДИТЕЛЯМИ ПАЦИЕНТА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА.....	8
Баринев Е.Х., Иорданишвили А.К., Фокина Е.В., Черкалина Е.Н.	
«ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ» У ЛИЦ СО СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.....	9
Беделов Н.Н., Керимханов К.А., Иорданишвили А.К.	
МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКИ.....	11
Бугоркова И.А., Тутова К.С.	
ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ.....	12
Бугоркова И.А., Вагин А.В.	
БЫСТРЕЕ, ВЫШЕ, СИЛЬНЕЕ! МОЖНО ЛИ УСКОРИТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ УЩЕРБА ДЛЯ ТКАНЕЙ, С ОПТИМАЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ?....	13
Васильченко О.В., Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В.	
РАЦИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ВОСЬМЫХ ЗУБОВ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ.....	13
Гольдштейн Е.В., Зубкова Н.В., Фархуллин А.И.	
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ.....	14
Госков И.А.	
ВЛИЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ НА СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ.....	15
Девятченко Л.А., Кабытова М.В.	
НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ	15
Дегтяренко Е.В., Демченко Е.В., Ермакова И.Д.	
ОБОСНОВАНИЕ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА НА ДЕТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ	17
Дорошенко Н.В., Кабанова А.А., Александрович А.С.	
ИЗУЧЕНИЕ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КАК ПОРОКА РАЗВИТИЯ.....	18
Дудорова А.В., Ефремова Е.В., Кячина Т.А.	
ГИПЕРПЛАЗИЯ И ГИПОПЛАЗИЯ МЫШЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. СПОНТАННЫЙ ЛИЗИС МЫШЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ.....	19
Думчев Н.Н., Зубкова Н.В.	
СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ	20
Забышный А.А.	
ВАЖНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ИЗ ТАДЖИКИСТАНА.....	21
Ибрагимзода А.М., Ашуров Г.Г., Иорданишвили А.К., Удальцова Н.А.	
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	22
Иорданишвили А.К.	
ГРАЖДАНИН И ВОИН (ЭССЕ О Л.М. РЕЙСНЕР).....	24
Иорданишвили А.К.	
Л.М. РЕЙСНЕР: КРАТКИЙ ОЧЕРК О ЖИЗНИ	26
Иорданишвили А.К.	

СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	27
Иорданишвили А.К.	
АНАЛИЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ЛИЦА В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ	28
Кабанова А.А., Олевский М.В., Чернина Т.Н., Кабанова С.А., Кисляк М.М., Буткайте К., Унуковская Е.П.	
АКТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ У ДЕТЕЙ	29
Карпова Л.С., Ткаченко Т.Б., Савушкина Н.А.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ ИЗ СОРБЕНТА «ЦЕЛОФОРМ» ПРИ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ.....	30
Ксембаев С.С., Нестерова Е.Е., Мамаева Е.В., Мубаракова Л.Н., Торгашова О.Е., Хафизова Л.Н., Шарафеев А.А.	
МЕЗИОДЕНС: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ	31
Левенец А.А., Вагин А.В.	
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	32
Левенец А.А., Вагин А.В.	
ХАРАКТЕРИСТИКА РАСТЯЖИМОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	33
Леус Л.И., Леус П.А., Солдатов В.С., Иорданишвили А.К.	
АКТУАЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ СПАСТИЧНОСТИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	34
Македонова Ю.А., Павлова-Адамович А.Г., Ярыгина Е.Н.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ ТАХОКОМБ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНАМИ НЕБА.....	34
Муратов И.В., Солдатова Л.Н.	
УЧИМСЯ НА ЧУЖИХ ОШИБКАХ (О СБОРНИКЕ МЕДИЦИНСКИХ ЛЯПУСОВ ПРОФЕССОРА С.С. КСЕМБАЕВА).....	36
Даниэль Нуриев	
ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА, КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ	37
Огонян Е.А., Огонян В.Р.	
ВЛИЯНИЕ ТРАВМЫ РЕЗЦОВ НА РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	38
Плотников А.С., Шишмарева А.С., Меньшикова Е.В.	
ПЕРЕКРЕСТНЫЙ ПРИКУС В ПРАКТИКЕ ОРТОДОНТА.....	38
Прохорова В.В., Солдатова Л.Н., Шефова А.В.	
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ГРАФИЧЕСКОЙ РЕПРОДУКЦИИ ФОРМЫ ЗУБНЫХ ДУГ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	39
Пуздырева М.Н., Фищев С.Б.	
КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРЕДОРТОДОНТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНОЙ КОСТРУКЦИИ.....	40
Разакова Ш.К., Ашуров Г.Г., Зарипов А.Р.	
УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА И ИХ РОДИТЕЛЕЙ КАСАТЕЛЬНО КАЧЕСТВЕННОГО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА НА ФОНЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ	44
Рафикова Н.Ф., Кардашенко Я.Р., Ткаченко Т.Б.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА С ПОМОЩЬЮ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА НА ОСНОВЕ СТЕВИИ ...	45
Романенко И.Г., Гайдарев В.К.	
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ АНАЛИЗЕ БОКОВОЙ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЫ.....	46
Рыбаков А.В., Зубкова Н.В., Маркеева Е.С.	
САНОЛОГИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ОСНОВНЫХ АГЕНТОВ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ – ОСНОВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	47
Свердлова С.В., Соколович Н.А., Джахангирова Н.З.	

ОСТЕОПАТИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОРТОДОНТА	48
Скумина П.С., Зубкова Н.В.	
АНАЛИЗ АКТУАЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	49
Солдатова Л.Н., Шефова А.В.	
НЕДОСТАТОК МЕСТА В ЗУБНОМ РЯДУ.....	50
Степанов Г.В., Ульянова Л.Г., Аверьянов С.В., Высочкина А.С.	
ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕЙ С ВЗРЫВНОЙ ОСКОЛОЧНОЙ ТРАВМОЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	51
Тарануха С.В., Левенец А.А., Авраменко О.О.	
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В СТОМАТОЛОГИИ. ВОЗМОЖНОСТИ, ОЖИДАНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ	52
Темирова Х.Т., Васильченко О.В., Маркеева Е.С., Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В., Бархатова Ч.Т.	
ДИАГНОСТИКА И ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	53
Ткаченко Т.Б., Бахтин М.А.	
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ РЕНТГЕНЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОРТОДОНТИИ	53
Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В., Маркеева Е.С., Бархатова Ч.Т.	
ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ВВЕДЕНИИ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА С ПОМОЩЬЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА.....	54
Фархуллин А.И., Ткаченко Т.Б.	
ОПТИМИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РТА В РЕТЕНЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ..	54
Федорова А.В., Солдатова Л.Н., Солдатов В.С., Иорданишвили А.К.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ИНТРАОРАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ В РЕТЕНЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	55
Федорова А.В., Солдатова Л.Н., Солдатов В.С., Иорданишвили А.К.	
ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕТЕНЦИИ ПОСТОЯННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	56
Филоненко С.А., Солдатова Л.Н.	
ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.....	57
Хелашвили Е.З., Шишмарева А.С., Шишмарева Ю.С.	
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ НЕБНОГО ШВА И МЕЖАЛЪВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ДО И ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДИАСТЕМОЙ.....	57
Худоеров С.А., Ашуров Г.Г.	
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....	61
Швецов М.М., Малышев М.Е., Иорданишвили А.К.	
УДАЛЕНИЕ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ И ЗАТРУДНЕНИЕ ГЛОТАНИЯ.....	63
Alex Clement	
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ.....	63
Шевелева Н.Ю., Гулиева А.Ю.	
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ	64

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ХЕЙЛИТА У ЛИЦ С ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ГЕЛЕМ ОРИГИНАЛЬНОГО СОСТАВА

Аверьянов С.В., Ахметова Д.Х.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Воспалительные заболевания губ – хейлиты – сопровождаются следующей клинической картиной: сухость, шелушение, образование корочек, гиперемия, болезненность, ощущение жжения красной каймы губ (ККГ). При наличии ортодонтической патологии у пациента может развиваться хейлит. В силу того, что при отсутствии лечения некоторые формы хейлита и хронические рецидивирующие трещины губ, представляющие предраковые заболевания, могут озлокачествляться, определяется острая необходимость в проведении адекватного комплексного лечения врачами стоматологического профиля.

В настоящее время существует множество схем лечения воспалительных заболеваний ККГ, которые не лишены недостатков. Поэтому актуальной задачей перед современной стоматологией является анализ имеющихся алгоритмов лечения, его коррекция и разработка новых средств и методов лечения хейлитов.

Предложенный нами алгоритм лечения включает несколько этапов, включающих диагностику, профилактические меры и собственно лечение хейлитов с дальнейшим динамическим наблюдением с применением стоматологического геля оригинального состава

Как и при лечении других нозологий, необходимо в начале лечения провести тщательную диагностику, включающей сбор анамнеза, проведение клинического осмотра с применением основных и дополнительных методов. Так, например, для дифференциальной неинвазивной диагностики можно использовать метод аутофлуоресцентной стоматоскопии всем пациентам при первичном обращении с хейлитами. При обращении пациента к врачу узкого профиля следует дополнительно проводить консультацию с врачами смежных специальностей (например, при выявлении аномалий прикреплений уздечек губ и языка требуется консультация врача стоматолога-хирурга с дальнейшим устранением аномалии).

Как и любое плановое стоматологическое вмешательство, лечение хейлита следует начинать с профессиональной гигиены рта, включающей комплекс следующих мер: обработка рта антисептиками; проведение мероприятий по профилактике образования биопленки на зубах (индикация налета красителями с демонстрацией пациенту, мотивация, обучение рациональной гигиене рта с индивидуальным подбором средств гигиены); механическое удаление отложений с поверхности зубов (ультразвуковым методом, методом Air-Flow); полировки поверхностей зубов; использование флоссов, стоматологического ирригатора и зубных ершиков при наличии скученного положения зубов, двукратная чистка языка по 3–4 минут с использованием скребка для языка. Это снижает инфекционную нагрузку на организм, что существенно сказывается на прогрессе лечения.

При наличии вредных привычек (кусание и облизывание губ, курение, употребление алкоголя) или же факторов риска развития хейлита (обветривание, воздействие солнечного излучения, стрессы и т. д.) необходимо проведение профилактических мероприятий – ношение двучелюстных капп, избегать пребывания на солнце и пересушивания губ, коррекция психоэмоционального состояния.

Непосредственно лечение хейлита у лиц с ортодонтической патологией предполагает проведение ортодонтического лечения с методикой профессионального применения стоматологического геля оригинального состава врачом. После обработки ККГ и рта антисептиками с последующим высушиванием поверхности ККГ, с помощью ватной палочки или шпателя следует наносить на воспаленные участки ККГ стоматологический гель на 15–20 минут, 2–3 раз в день в течение 3–7 дней.

Дополнительно к методике профессионального применения назначается методика домашнего применения стоматологического геля пациентом, представляющей нанесение 2–3 раз в день после еды и очищения зубов щеткой полости рта, обработки ККГ и рта антисептиками стоматологического геля с помощью ватной палочки на воспаленную поверхность ККГ в течение 3–7 дней. После проведения аппликационных процедур пациенту не рекомендуется принимать пищу, пить и полоскать рот в течение 30 минут.

В добавок к проведению местной терапии назначается общеукрепляющая терапия, включающей курсовой прием пациентом комплекса витаминов группы В, Аевит в течение 1 месяца, а также проведение психотерапии и/или назначение медикаментозной терапии, направленной на устранение тревоги, эмоциональных расстройств, которые могут быть дополнительно вызваны началом проведения ортодонтического лечения.

Первые 3 месяца после комплексного лечения пациента с хейлитами ККГ осмотр проводится 1 раз в 10 дней, затем с целью контроля 1 раз в 6 месяцев. При необходимости рекомендуется применение стоматологического геля в качестве поддерживающей терапии на этапах диспансерного наблюдения.

Данный способ был оценен с помощью следующих критериев эффективности: сроки заживления, отсутствие жалоб пациента, нормализация цвета, размера, целостности красной каймы губ. Применение стоматологического геля оригинального состава в качестве лечения хейлита у лиц с ортодонтической патологией обеспечивает положительные непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты лечения.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Агрба А.И.

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

Цель исследования – на основании изучения отечественных и зарубежных литературных источников рассмотреть возрастные особенности развития верхнечелюстных пазух у детей и подростков.

Верхнечелюстная пазуха (*sinusmaxillaris*) располагается в теле верхнечелюстной кости, форма ее традиционно сравнивается с трехгранной пирамидой, основанием которой является латеральная стенка полости носа, а верхушка соответствует скуловому отростку верхней челюсти. Верхнечелюстная пазуха была впервые проиллюстрирована и описана Леонардо да Винчи в 1489 году, позже задокументирована английским анатомом Натаниэлем Хаймором в 1651 году, впоследствии названная его именем.

Верхнечелюстная пазуха начинает формироваться на 10 неделе внутриутробного развития из хрящевой капсулы в виде щелеобразного углубления.

В процессе ее роста, вертикальная пластинка верхней челюсти удлиняется кзади, отделяя нижнюю часть орбиты от боковой хрящевой капсулы. Другая вертикальная пластинка верхней челюсти образует задне-нижнюю боковую стенку полости носа. На 15–16-й неделях внутриутробного развития она представлена в виде полости округлой формы, окружена хрящевой капсулой, и достигает верхушки верхней челюсти. К 24-й неделе верхнечелюстная пазуха уже находится в полости верхней челюсти. Наиболее интенсивный рост верхнечелюстной пазухи наблюдается с 16-й по 20-ю и с 25-й по 28-ю недели внутриутробного развития. Преимущественно увеличение верхнечелюстной пазухи происходит в передне-заднем направлении и к 37 неделе внутриутробного развития и достигает 4 мм, в то время как размер в ширину равен 1,13 мм. На момент рождения ребенка объем пазухи составляет 6–8 мм³.

Верхнечелюстная пазуха у новорожденного представляет собой узкую полость, расположенную у внутреннего угла глазницы. Верхняя (глазничная) стенка верхнечелюстной пазухи долго остается хрящевой, к ней плотно прилежит слизистая оболочка. Большая часть внутренней стенки пазухи располагается значительно выше по отношению к нижнему носовому ходу, чем у взрослых: ее нижний край расположен выше места прикрепления нижней носовой раковины или на одном уровне с ней. Устье верхнечелюстной пазухи у детей раннего возраста относительно больше по ширине и длине, чем у взрослых. После рождения верхнечелюстная пазуха начинает медленно увеличиваться, сохраняя свою прежнюю форму. В возрасте 3–4 лет верхнечелюстные пазухи хорошо выражены, по форме соответствуют таковым у взрослых.

В процессе роста и развития ребенка имеется тенденция к увеличению размеров верхнечелюстной пазухи, что связано в первую очередь с возрастными изменениями зубов и альвеолярного отростка, сопровождающихся изменениями функциональной нагрузки на челюсти в процессе жевания.

Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи у детей значительно толще, чем у взрослых, и, соответственно, в ней отмечаются более интенсивные изменения при любом воспалении.

Следует также отметить, что компьютерная томография позволяет расширить диагностические возможности, просматривая снимки в цифровом трехмерном изображении, можно точно оценить состояние и размеры соустья пазухи; выявить врожденное или приобретенное нарушения вентиляции; определить особенности анатомического строения назальных структур.

Магнитно-резонансная томография является одним из современных неинвазивных методов лучевой диагностики, позволяющих получать изображения околоносовых пазух. Она обладает высокой контрастностью изображения мягких тканей и позволяет выявлять и характеризовать патологические процессы, развивающиеся в слизистой оболочке верхнечелюстных пазух. Одной из слабых сторон метода является недостаточная четкость изображения

костных структур, что ограничивает его применение при исследовании ряда органов, в том числе верхнечелюстных пазух.

Таким образом, представленные сведения имеют прикладное значение для специалистов, работающих в области детской стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии.

ВЗАИМООТНОШЕНИЕ С РОДИТЕЛЯМИ ПАЦИЕНТА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Баринов Е.Х., Иорданишвили А.К., Фокина Е.В., Черкалина Е.Н.

*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России, Москва;
ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Здоровье человека является одной из основных ценностей и неотчуждаемым правом человека. Конфликты в обществе неизбежное социальное явление, однако, именно в медицинских организациях они всегда требуют незамедлительного разрешения. Вопрос правовых взаимоотношений между пациентом, его представителем и врачом – стоматологом является относительно новым.

Целью исследования явилось изучение проблемы конфликтов возникающих при оказании стоматологической помощи в детском возрасте для их профилактики.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью исследования, были изучены и проанализированы 730 гражданских дел, из которых было выбрано 10 гражданских дел, возбужденных по поводу жалоб родителей пациентов на профессиональные ошибки и дефекты оказания стоматологической помощи детям. Проанализированы исковые заявления.

Результаты. Анализ изученных материалов показал, что большинство конфликтов возникает по вине врача-стоматолога, который не может найти контакт с родителями маленького пациента. В свою очередь родители (представители) пациенты не идут на контакт с врачом. К сожалению, мировоззрение пациентов меняется не так быстро, как хотелось бы. Некоторые родители считают, что излишне «пугать» их и они лучше знают, что необходимо их ребенку. Но врач имеет дело с живым организмом, реакцию которого предсказать порой невозможно, и, даже при грамотном проведенном лечении, может иметь место осложнение. Врач обязан разъяснить пациенту (или его представителю) возможности альтернативного лечения, обсудив все варианты, включая отказ от лечения, рассказать о возможных рисках, связанных с лечением, и не в коем случае, в рекламных целях и конкурентной борьбе, не создавать у пациентов повышенного уровня ожидания результатов. В настоящее время актуально внедрение в практику детского врача-стоматолога документа, содержащего сведения об имеющейся проблеме у ребенка, о необходимости дополнительных методов обследования, о плане предстоящего лечения, возможных неудачах в процессе лечения и прогнозе. Такой документ стал необходим, так как стоматология детского возраста частично стала платной услугой, что подразумевает (согласно Закону о защите прав потребителя) доведение до сведения родителей полной информации о предлагаемой услуге. Информированное добровольное согласие является важным документом для детского врача-стоматолога. Данный документ представляет собой осознанное личное решение пациента (его представителя), сделанное на основе полученной от лечащего врача достоверной, полной и всесторонней информации о цели характере, способах, последствиях и альтернативных вариантах медицинского вмешательства. При этом обязанность врача-стоматолога состоит в предоставлении пациенту в доступной форме всей необходимой информации для того, чтобы принятое решение было правильным. Четко определенного законом или иным государственным нормативным актом механизма реализации права пациента на информированное добровольное согласие в настоящее время не существует. Чем подробнее и точнее будет определена форма добровольного согласия пациента, тем меньше взаимного непонимания и проблем возникнет в последствии, а в случае разногласий будет возможность вернуться к этой форме. Ознакомиться и подписать добровольное информированное согласие должны родители ребенка или его опекуны. В случае если на прием ребенка привели иные близкие или дальние родственники, сопровождающие лица, они должны иметь на руках доверенность от родителей, заверенную нотариально. Это очень важный момент: подписывая доверенность, родители передают право принятия решений о здоровье своего ребенка. Причем, доведение до сведения родителей или опекунов информации о здоровье ребенка или подопечного без их ведома, является разглашением врачебной тайны и преследуется по закону. Что же должно содержаться в бланке добровольного информированного согласия? Прежде всего, клиника должна оповестить родителей о том,

что наличие добровольного информированного согласия предусмотрено законом, а не является прихотью клиники. Соответственно, оно должно содержать фамилию, имя, отчество сопровождающего лица и ребенка, диагноз, план предлагаемого лечения и его возможные варианты, что, в принципе не вызывает вопросов у родителей. Более спорными являются описание возможных негативных последствий лечения или отказа от него, прогнозов и гарантийных обязательств. При прочтении данных пунктов могут быть описаны неприятные для пациента осложнения: перфорация дна полости зуба, неуспех при перелечивании каналов и, как следствие, удаление зуба. Все это переносится более спокойно, если дело касается молочных зубов. Но при лечении постоянного прикуса, это может вызвать негодование родителей и сомнение в компетентности врача-стоматолога. К сожалению, мировоззрение пациентов меняется не так быстро, как хотелось бы. Некоторые родители считают, что излишне «пугать» их. Но врач имеет дело с живым организмом, реакцию которого предсказать порой невозможно, и, даже при грамотно проведенном лечении, может иметь место осложнение. Врач обязан разъяснить пациенту (или его представителю) возможности альтернативного лечения, обсудив все варианты, включая отказ от лечения, рассказать о возможных рисках, связанных с лечением, и не в коем случае, в рекламных целях и конкурентной борьбе, не создавать у пациентов повышенного уровня ожидания результатов. Вышеизложенное свидетельствует, что перед началом любой манипуляции между родителями и врачом-стоматологом должен состояться конструктивный диалог о предполагаемых действиях врача (в доступной для родителей форме), в результате которого родители осознанно принимают решение о начале вмешательства, фиксируя на бумаге достигнутые договоренности. Это грамотный и честный подход квалифицированного специалиста, уверенного в своем деле. В соответствии с медицинскими правилами, стоматолог, как и любой врач, должен все делать с учетом мнения пациента и не имеет право скрывать и искажать информацию, касающуюся его здоровья и результатов лечения. Информированное добровольное согласие дает возможность быть полноправным участником принятия решения: лечиться или нет на предложенных условиях. Этот документ свидетельствует о профессиональной ответственности врача и уважении пациента.

Заключение. Таким образом, внедрение платных услуг в детскую стоматологию переводит в другую плоскость отношения между родителями и врачом. Формирование правовой базы создает основу для доверительных отношений, так как доктор должен не просто дать подписать родителям соответствующие документы, а предварительно все объяснить. И в процессе разговора показать свою профессиональную подготовку и умение создавать атмосферу максимального психологического комфорта. Дети оценят доктора, посещая стоматологический кабинет с удовольствием, а родители – отсутствием претензий даже в случае наступления осложнений, понимая, что доктор сделал все возможное.

«ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ» У ЛИЦ СО СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

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

ООО «Эстетика тела»,

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

Введение. Особенности личности человека играют важную роль в обеспечении эффективного лечения и в профилактике рецидивов не только при психосоматических заболеваниях, но и при стоматологической патологии. В то же время изучение отношения к болезни стоматологических пациентов в процессе адаптационного периода с использованием общепринятых клинических методов исследования сравнительно редко освещается в доступной отечественной и зарубежной литературе.

Цель исследования. Изучить личностное реагирование пациентов при полной утрате зубов при их стоматологической реабилитации с помощью полных съемных акриловых зубных протезов.

Материал и методы. В ходе работы обследовано 48 (15 мужчины и 33 женщины) пациентов пожилого возраста (61–74 лет), которые имели полную потерю зубов и были разделены на 2 группы исследования: 1 – группа сравнения; 2 – основная группа. Пациенты 1 (23 чел., 8 мужчин и 15 женщин) и 2 (25 чел., 7 мужчин и 18 женщин) групп исследования имели полную потерю зубов. Им были изготовлены для стоматологической реабилитации съемные акриловые протезы. Пациентам 2 группы с первого дня адаптационного периода было предложено использовать отечественный крем для фиксации протезов «Асепта Parodontal» с экстрактом лекарственных трав (АО «ВЕРТЕКС» г. Санкт-Петербург, Россия), в то время как у пациентов 1 группы исследования адаптационный период проходил без применения каких-либо адгезивных средств для фиксации протезов. В качестве контрольной группы было обследо-

вано 17 (4 мужчины и 13 женщин) человек пожилого возраста (61–67 лет), которые не имели дефектов зубных рядов (потеря естественных зубов отсутствовала или дефекты были устранены с использованием мостовидных протезов, в том числе на искусственных опорах), деформаций и аномалий прикуса, а также декомпенсированной формы повышенной стираемости зубов.

Для определения типа отношения пациента к болезни была использована клиническая методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), в которой реализовалась клинико-психологическая типология отношения пациента к болезни. Методика предусматривает возможность определения одного из двенадцати типов реагирования: сенситивный (С), тревожный (Т), ипохондрический (И), меланхолический (М), апатический (А), неврастенический (Н), эгоцентрический (Э), паранойяльный (П), анозогнозический (З), дисфорический (Д), эргопатический (Р) и гармоничный (Г), которые выделены в 3 блока: I) условно-адаптивный (Г, Э, З); II) интрапсихически-дезадаптивный (Т, И, Н, М, А); III) интерпсихически-дезадаптивный (С, Э, П, Д). Тип отношения к болезни у людей, завершивших стоматологическое ортопедическое лечение определяли трижды: до протезирования зубов, на 5–7-е сутки и по завершению адаптационного периода, то есть на 30-е сутки после завершения ортопедического лечения.

Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна–Уитни при отличии от нормального распределения показателей. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05.

Результаты. Среди пациентов контрольной группы исследования, которые не имели дефектов зубных рядов или утраченные зубы были восстановлены с использованием мостовидных протезов, в том числе на денальных имплантатах, в основном отмечались, согласно методика ТОБОЛ, типы отношения к болезни ($p \leq 0,05$), входящие в первый, условно-адаптивный, блок, а именно гармоничный у 9 (52,94%) чел., эргопатический у 4 (23,53%) чел. и анозогнозический у 2 (11,76%) чел. У 2 (11,76%) чел. определялись типы отношения к болезни, входящие, соответственно, во второй интрапсихически-дезадаптивный, и третий интерпсихически-дезадаптивный блоки, а именно, 1 (5,88%) чел. определялся меланхолический и у 1 (5,88%) чел. эгоцентрический тип отношения к болезни. При меланхолическом типе отношения к болезни у пациента отмечалось преимущественно интрапсихическая направленность реагирования на болезнь. При эгоцентрическом тип отношения к болезни для пациента было характерно выставление напоказ своего видения результата стоматологического лечения по устранению утраты зубов, а также поиск «преференций» связанных с использованными видами фиксации протезов (на денальных имплантатах).

Так, среди типов отношения к болезни у лиц, страдающих полной потерей зубов группы сравнения (1-я группа) и основной (2-я группа) существенных различий не выявлено. Из 1-й и 2-й группы, соответственно 16 (69,57%) и 19 (76,0%) чел. имели типы отношения к болезни, которые входили в первый условно-адаптивный блок, а именно, соответственно, гармоничный 7 и 9 чел., эргопатический – 5 и 6 чел. и анозогнозический – 4 и 4 чел.

У пациентов 1-й группы (сравнения) до лечения у 4 (%) и 3 (%) чел. определялись типы отношения к болезни, входящие, соответственно, во второй, интрапсихически-дезадаптивный блок (неврастенический – 2 чел., меланхолический – 2 чел.) и третий интерпсихически-дезадаптивный блок (эгоцентрический – 1 чел., паранойяльный – 2 чел.).

У пациентов 2 основной группы до лечения у 4 (16,0%) чел. определялись только типы отношения к болезни, входящие во второй интрапсихически-дезадаптивный блок (ипохондрический – 2 чел., меланхолический – 2 чел., апатический – 2 чел.). На 5–7-е сутки адаптационного периода, учитывая трудности в привыкании к новым схемным зубным протезам для лечения полной потери зубов, как в 1-й, так и во 2-й группе исследования уменьшилось количество пациентов с типами отношения к болезни, входящих в первый условно-адаптивный блок, соответственно на 13 (56,52%) чел. и 6 (24,0%) чел., что свидетельствует о более благоприятном течении периода адаптации у пациентов 2-й основной группы, использовавших адгезивное средство для фиксации зубных протезов, что, очевидно, облегчало психоэмоциональное состояние при пользовании съемными зубными протезами для устранения полной утраты зубов.

В конце адаптационного периода, если у всех пациентов 2-й (основной) группы ($p \leq 0,05$), согласно методики ТОБОЛ, определились типы отношения к болезни входящие в первый условно-адаптивный блок, то у пациентов 1-й группы (сравнения) в аналогичные типы отношения к болезни выявлены лишь у 9 (39,13%) чел. ($p \leq 0,05$). У 14 (60,87%) пациентов из 1-й группы к окончанию адаптационного периода сохранялись типы отношения к болезни, входящие, соответственно, во 2-й (интрапсихически-дезадаптивный) и 3-й (интерпсихически-дезадаптивный) блоки, что свидетельствовало о проблемах в привыкании к новым съемным акриловым протезам, изготовленным им для лечения полной потери зубов.

Заключение. Полная утрата зубов приводит к расширению встречаемости различных типов отношения к болезни, которые входят как в I условно-адаптивный блок, так во II (интрапсихически-дезадаптивный) и III (интерпсихически-дезадаптивный) блоки. У пациентов 2-й группы, которые на протяжении адаптационного периода ежедневно применяли адгезивный крем «Асепта Parodontal» для фиксации протезов к окончанию адаптационного периода отмечены только типы отношения к болезни входящие, согласно методики ТОБОЛ, в I условно-адаптивный блок, что положительно характеризует возможность использования этого адгезивного крема на внутреннюю картину болезни пациента, то есть на его реагирование на болезнь и ее лечение. У пациентов 1-й группы в конце адаптационного периода сохранялись проблемы с реагированием на болезнь, так как типы отношения к болезни, входящие в I условно-адаптивный блок по методике ТОБОЛ, имели только 9 (39,13%) чел.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКИ Бугоркова И.А., Тутова К.С.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия

Введение. Дети с врожденными дефектами челюстно-лицевой области, а именно с врожденными расщелинами неба (ВРН) имеют выраженные морфофункциональные нарушения, такие как расстройство функции сосания, глотания, дыхания, речи, а так же косметические деформации лица. По мере роста ребенка расщелина создает ощутимые препятствия к его социальной адаптации за счет наличия косметического дефекта и нарушения речи. Все вышесказанное явилось стимулом для проведения ранних хирургических вмешательств по восстановлению жизненно важных функций и как можно раньше социализировать таких детей.

Цель исследования. Оптимизация хирургического метода лечения детей с ВРН путем использования коллагеновых мембран в сочетании с аутогенным тромбоцитарным концентратом при пластике дефектов твердого неба.

Материалы и методы. Исследование основано на изучении и анализе историй болезни детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) находящихся на хирургическом лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии №2 для детей ЦГКБ №1 г Донецка с 2019–2023 г., что составило 225 детей. Пациентам которым проводилась ураностафилопластика были разделены на две группы: (основная) в которую вошли 48 пациентов и (контрольная) группа 39, возраст детей от 1 года до 4 лет. Дети из основной группы были прооперированы с использованием коллагеновой мембраны, которая является резорбируемой двухслойной для направленной костной и тканевой регенерации, состоит из коллагена 1-го и 3-го типа, в сочетании с аутогенным тромбоцитарным концентратом, что позволяет получить максимально возможный стимулирующий эффект клеточной активности при ураностафилопластике. В свою очередь дети из контрольной группы были прооперированы по стандартной методике щадящей ураностафилопластики.

Результаты исследования. За исследуемый период 225 детей с ВРГН получили хирургическое лечение, из них 91 хейлопластика, 87 ураностафилопластика и стафилопластика 47. Ранний послеоперационный период у детей из основной группы протекал гладко, без выраженного болевого синдрома. Послеоперационная рана заживала первичным натяжением в течении 10 дней, что снизило количество дней пребывания в стационаре на 2-3 дня по сравнению с контрольной группой. В группе контроля у 3 детей в ранний послеоперационный период был выражен болевой синдром, отек, гиперемия с незначительным сукровичным экссудатом. В поздний послеоперационный период у детей из основной группы отмечается образование атрофичного, гладкого рубца на всем протяжении дефекта без видимых грубых деформаций. В свою очередь в группе контроля у 15 (38,4%) детей наблюдали вторичные выраженные деформации верхней челюсти в виде сужения в боковых отделах, недоразвития верхней челюсти, что приводит к челюстному дисбалансу требующего повторного оперативного вмешательства и/или длительного аппаратного ортодонтического лечения.

Выводы. Разработанный модифицированный подход при проведении первичной ураностафилопластики позволил снизить количество осложнений в ранний и поздний послеоперационный период путем использования мембраны в сочетании с аутогенным тромбоцитарным концентратом на ложе твердого неба, создавая оптимальные условия для построения репаративного регенерата на всем протяжении дефекта, тем самым уменьшая образование грубых рубцов, нивелируя влияние некомпенсированных сил, которые являются основными причинами задержки развития верхней челюсти в боковых отделах.

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ

Бугоркова И.А., Вагин А.В.

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького
Минздрава России, Донецк, Россия*

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) является часто встречающейся патологией с множеством фенотипических проявлений. Своевременная диагностика, лечение и профилактика осложнений ДСТ составляют актуальную проблему современной медицины. Отдельно стоит отметить актуальность данной проблемы в стоматологии, так как именно врач-стоматолог в большинстве случаев первым сталкивается с проявлениями ДСТ и может способствовать раннему выявлению патологического состояния.

Цель данного исследования – выявить маркеры, позволяющие проводить скрининговую диагностику ДСТ на ранних стадиях развития. Сформировать принципы комплексного подхода к диагностике ДСТ.

Материалы и методы. Исследование основано на наблюдениях 21 пациента с проявлениями ДСТ (основная группа) и 11 пациентов без признаков заболевания (контрольная группа), анализе медицинской документации. В исследовании учитывались признаки, выявленные на стоматологическом приеме и выясненные в ходе анализа медицинской документации. При этом разделение на синдромные и несиндромные формы не проводилось. В двух группах было 17 мальчиков и 15 девочек. Возраст детей от 1 года до 15 лет.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования установлено, что у всех больных основной группы имелись проявления нарушений созревания и развития соединительной ткани. Эти проявления выражались в дефектах челюстно-лицевой области, недоразвитии анатомических структур и развитии дистрофических заболеваний. Были выявлены как отдельные нарушения, так и их сочетания. В ходе стоматологического осмотра у 14 детей (66%) из I группы было выявлено астеническое телосложение и дефицит массы тела. У 6 детей (28%) наблюдалась бледность, сухость и гиперэластичность кожи. При осмотре ротовой полости рта у 4 детей (19%) слизистая оболочка бледная, истонченная, сухая, слюнные железы уплотненные, секреция снижена. При исследовании височно-нижнечелюстных суставов у 10 детей (47%) отмечались признаки дистрофических изменений: щелканье при движениях, гипермобильность. Больные жаловались на быстрое утомление суставов при жевании. У 17 детей (81%) выявлены укороченные уздечки верхней и нижней губы, у 11 детей (52%) – короткая уздечка языка, у 8 детей (38%) – дополнительные уздечки и мелкое преддверие ротовой полости. У 7 детей (33%) выявлялись нарушения прикуса, связанные с первичной адентией временных и постоянных зубов, деформацией альвеолярных отростков. У 12 детей (57%) отмечалась значительное поражение твердых тканей зуба кариесом. У 8 детей (38%) отмечалась системная гипоплазия эмали до полного обнажения дентина. У 3 детей (14%) присутствовали врожденные дефекты твердого и мягкого неба. В то же время, в контрольной группе патологии при внешнем осмотре выявлено не было. Двое детей предъявляли жалобы на тугоподвижность, быструю утомляемость и дискомфорт при движениях ВНЧС. В ходе диагностических мероприятий установлено, что указанные изменения произошли вскоре после перенесенных вирусных инфекций. Таким образом, дистрофические процессы в суставах были следствием затяжного течения инфекционного процесса, а не врожденной несостоятельности соединительной ткани. При осмотре преддверия ротовой полости патологии мягких тканей не выявлено. У двоих детей (9%) так же была выявлена адентия, но обусловленная вывихом зуба, следовательно, адентия была вторичной и не являлась диагностическим признаком ДСТ. У 6 детей (54%) наблюдался цветущий кариес, однако, в данных клинических случаях прогрессирование кариеса было обусловлено не нарушением созревания соединительной ткани, а неудовлетворительной гигиеной ротовой полости. У одного ребенка была выявлена гипоплазия эмали 33 зуба, что определяет процесс как локальный, а в анамнезе была отмечена травма зубного фолликула 33. При анализе медицинской документации детей I группы установлено, что маркеры ДСТ были отмечены врачами смежных специальностей. Офтальмологом: миопия у 5 детей, астигматизм у 2, атрезия носослезного канала у 1 ребенка. Ортопедом: гипермобильность суставов у 9 детей, гиперкифоз грудного отдела позвоночника у 3, синдром прямой спины у 2 детей, сколиоз у 4. Кардиологом: пролапс митрального клапана у 1 ребенка, ложные хорды левого желудочка у 3 детей. В контрольной группе ни один из детей не состоял на учете у указанных специалистов и не обращался к ним за помощью. Так же в ходе опроса выяснилось, что у 17 детей (81%) из основной группы имеются родственники первой и второй степени родства со схожими аномалиями.

Выводы: зазнообразие клинических проявлений ДСТ свидетельствует о системном течении процесса. Исходя из этого, подход к диагностике, лечению и наблюдению за пациентом должен быть комплексным и осуществляться

врачами смежных специальностей. Особенно внимательны должны быть врачи-стоматологи, так как они способны первыми выявить маркеры ДСТ и направить больного на дополнительное обследование. Знание маркеров заболевания и их раннее выявление должны стать основой для качественной и своевременной скрининговой диагностики ДСТ. Немаловажна и роль генеалогического исследования, которое должно стать вспомогательным методом при сомнении в постановке диагноза. Так же, в связи с обширным спектром возможных осложнений и значительным влиянием ДСТ на здоровье, а впоследствии на социальное и профессиональное становление пациента, должны быть разработаны комплексные принципы диспансеризации больных с ДСТ.

БЫСТРЕЕ, ВЫШЕ, СИЛЬНЕЕ! МОЖНО ЛИ УСКОРИТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ УЩЕРБА ДЛЯ ТКАНЕЙ, С ОПТИМАЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ?

Васильченко О.В., Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В.

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

Введение. Продолжительность ортодонтического лечения, в среднем составляет от 1,5 до 2 лет. Это зависит от клинической ситуации и степени ее выраженности; возраста пациента; вида и особенностей, используемой аппаратуры; дополнительных методов, используемых во время лечения и дисциплины пациента. Продолжительное лечение может снизить мотивацию пациентов и вызвать многочисленные побочные эффекты: деминерализацию эмали и заболевания пародонта; резорбцию костной ткани и корней. Поэтому ортодонтам и пациентам всегда желательны подходы к ускорению перемещения зубов при ортодонтическом лечении и, как следствие, сокращению продолжительности лечения.

Цель. Изучить современные методы, влияющие на скорость ортодонтического перемещения зубов.

Материалы и методы. При анализе научной отечественной и зарубежной литературы: выделяют хирургические и нехирургические методы для ускорения перемещения зубов. Хирургические – компактостеотомия, пьезохирургия, лазерная скаттеростеотомия; нехирургические – вибрационный, ультразвуковой, световой. Нами было проведено тестирование среди врачей-ортодентов, по результатам которого можно сделать следующие выводы: 87,5% врачей отдадут предпочтение в работе брекет-системе, 12,5% – элайнерам; 75% врачей используют самолигирующие пассивные брекет-системы; 81,3% опрошенных не используют способы, ускоряющие ортодонтическое лечение, а 18,8% используют такой способ, как компактостеотомия.

Вывод. Использование хирургических методов для ускорения перемещения зубов оправдано и доказано, а нехирургические методы еще на стадии клинических испытаний.

РАЦИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ВОСЬМЫХ ЗУБОВ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Гольдштейн Е.В., Зубкова Н.В., Фархуллин А.И.

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

Одним из сложных вопросов стоматологии является хирургическая подготовка полости рта к ортодонтическому лечению. Хирурги стоматологи осознают сложность проведения хирургического протокола в области проекции угла нижней челюсти с учетом ограниченного обзора операционного поля, наличия значимых анатомических структур (наличие в зоне операции лингвального нерва, ослабление костных структур после проведения удаления восьмого зуба и др.).

Если разделить третьи моляры по прорезыванию, то у подростков и взрослых пациентов более 70% таких зубов находится в ретенции, или полуретенции и могут быть дистопированными. Врач – стоматолог-хирург оценивает риски удаления таких зубов «мудрости» чаще всего по КТ и КЛКТ. Положение таких зубов может быть различным и от этого зависит сложность операции удаления, а также, тяжесть реабилитационного периода у пациента.

Вопрос о сохранении, или удалении третьих моляров, или зубов «мудрости» является междисциплинарным. Чаще всего удаление этих зубов требуется ортодонтическим пациентам. В числе причин удаления таких зубов «по

ортодонтическим показаниям» – недостаточно места при необходимости дистализации боковых зубов, необходимость установки микроимплантатов для опоры, предотвращение рецидивов зубочелюстных деформаций в ретенционном периоде ортодонтического лечения, особенности перемещения боковых зубов и устранения травматической окклюзии и т. п. Ретинированные и полуретинированные, дистопированные третьи моляры могут представлять трудности при лечении кариеса и его осложнений. Удаление третьих моляров часто необходимо перед проведением остеотомии нижней челюсти.

Но есть ситуации, когда врачи ортодонты направляют на удаление ретинированных зубов, но с учетом анатомических особенностей пациента, положения восьмых зубов и наличия анкилозированных корней операция по удалению таких зубов не может быть проведена. Такое решение принимает стоматолог-хирург, если восьмые зубы не создают «проблем» седьмым зубам.

В каких случаях рекомендовать пациенту удаление зубов «мудрости» в стационаре в условиях общего наркоза или седации, а когда можно удалять амбулаторно? Решение данного вопроса зависит от квалификации стоматолога хирурга. Когда положение третьих моляров в непосредственной близости к углу нижней челюсти и непосредственно связан с нижнечелюстным нервом рекомендовано направлять пациента на стационарное лечение во избежание переломов нижней челюсти в области угла во время проведения хирургического протокола. В большинстве случаев удаление ретинированных, полуретинированных и дистопированных зубов удел клинического приема, но необходимо донести информацию о принятом решении до врача-ортодонта для правильного решения в комплексном лечении пациента.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Госьков И.А.

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

Контроль за прорезыванием зубов, ростом челюстей, формированием зубных рядов и их смыканием может быть актуален уже начиная с 3 лет. Задачи, которые встают перед детским стоматологом, стоматологом-хирургом, нередко требуют совместного принятия решения, как минимум, с ортодонтом. Эффективное взаимодействие нескольких специалистов позволит держать под контролем формирование зубочелюстной системы ребенка и планировать сроки и объем при пластиках уздечки верхней губы, уздечки языка, удалении сверхкомплектных зубов, раскрытии ретинированных зубов и других хирургических вмешательствах, минимизируя риски осложнений.

Ключевым знанием для принятия решения в детской стоматологии безусловно является информация о сроках минерализации зачатков, сроках прорезывания временных и постоянных зубов, сроках формирования и резорбции корней, а также понимание функционирования зон роста лицевого скелета. Основой оптимизации ведения комплексных пациентов должно быть наличие необходимого объема обследования. В первую очередь стандартизированный фотопротокол и рентгенологическое исследование ЗЧС, наиболее информативным из которых сегодня является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). В специализированных детских клиниках активно используют анкеты психологической готовности ребенка к стоматологическому лечению.

Факторами, имеющими значение, при планировании хирургического вмешательства у детей будут являться:

- зубной возраст;
- стадия формирования корней;
- близость зон роста лицевого скелета;
- нуждаемость в санации полости рта;
- уровень гигиены полости рта;
- уровень сотрудничества со стороны ребенка.

Таким образом на протяжении всего периода формирования сначала временного, потом постоянного прикуса наблюдение ребенка должно осуществляться триумвиат «детский стоматолог-терапевт – стоматолог-хирург – ортодонт». При проведении плановых хирургических вмешательств одним из основных факторов быстрого заживления является гигиена полости рта. С этой целью важна встреча пациента с гигиенистом в пределах недели перед

операцией. Также залогом эффективного взаимодействия служит качественное обезболивание и психологический комфорт, для чего очень важно наличие в команде врача-анестезиолога.

Кроме того, нередко требуется помощь педиатра, оториноларинголога и логопеда.

Меддисциплинарное взаимодействие широкого круга специалистов позволяет обеспечить высокий уровень стоматологической помощи детям.

ВЛИЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ НА СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Девятченко Л.А., Кабытова М.В.

Кафедра стоматологии ИНМФО ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Хорошо известно, жевательная резинка получила широкое распространение во всем мире, более всего ее используют люди молодого возраста и конечно школьники. Доказано, что жевательная резинка, не содержащая сахара обладает кариеспрофилактическими свойствами, потому что введенные в ее состав сахарозаменители, такие как ксилит и сорбит, вызывают значительное снижение содержания *Str. mutans* в слюне и зубной бляшке за счет угнетения роста и метаболизма *Str. mutans*. В связи с этим наблюдается тенденция к уменьшению компонента зубного налета в гигиеническом индексе и повышению pH зубного налета, а соответственно подавляются кариесогенные свойства зубной бляшки. Тем не менее при нерациональном использовании жевательной резинки существует риск ее негативного воздействия на организм. К сожалению, на сегодняшний день большинство людей не имеют представления о правильном ее употреблении. К тому же реклама настойчиво предлагает поверить, что использовать жвачку нужно как можно чаще. В результате может появиться привычка постоянно жевать резинку. Известно, что жевательные движения при употреблении резинки по своему механическому воздействию отличаются от таковых при пережевывании пищи. Во время еды жевательная нагрузка уменьшается по мере измельчения пищевых продуктов. Влияние на ткани пародонта при использовании жевательной резинки характеризуется монотонностью из-за неизменности (стабильности) ее объема и текстуры. И как следствие возникает неоправданная нагрузка на ткани пародонта и на сам жевательный аппарат в целом. Действие механического фактора при жевании резинки благоприятно для укрепления структуры твердых тканей, а монотонность этого действия, т. е. нефизиологичность, сказывается отрицательно на регионарную сосудистую систему, что в свою очередь, нарушает трофику тканей пародонта. Жевательная резинка оказывает механическое воздействие на ткани пародонта, вызывая в них застойную гиперемиию. Частое употребление жевательной резинки способствует повышению тонуса сосудов пародонта, что вызывает уменьшение интенсивности его кровоснабжения.

НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ

Дегтяренко Е.В., Демченко Е.В., Ермакова И.Д.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия

Актуальность. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – это поражение слизистой оболочки полости рта (СОПР), характеризующееся периодическим появлением резко болезненных высыпаний. В соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения ХРАС поражает до 20% населения. Заболевание, как правило, встречается у пациентов старше 4 лет, что, вероятно, обусловлено морфологическими и иммуно-гистохимическими особенностями строения СОПР у детей младшего возраста. В настоящее время ведущей теорией развития ХРАС является инфекционно-аллергическая. Имеются многочисленные данные, свидетельствующие о связи афтозного стоматита с системными общесоматическими заболеваниями, в первую очередь, с такими как дисфункция или органические поражения желудочно-кишечного тракта. Бактериологические исследования свидетельствуют о наличии дисбактериоза у пациентов с ХРАС. Указанные этиопатогенетические механизмы необходимо учитывать при разработке комплексной схемы лечения ХРАС.

Цель. Разработка нового подхода к комплексной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей и оценка его клинической эффективности.

Материал и методы. Проведено комплексное стоматологическое обследование и лечение 29 пациентов с ХРАС в возрасте от 7 до 15 лет. Из них 13 человек составили контрольную группу, в которой лечение ХРАС осуществлялось традиционно в соответствии с общепринятыми рекомендациями. В основную группу включили 16 пациентов, терапия ХРАС проводилась в соответствии с новым подходом, разработанным на кафедре стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России. Предложенная комплексная схема лечения ХРАС этиопатогенетически обоснована и включает в себя местное применение суспензии «Энтеросгель», раствора «Деринат» и таблеток «Бактоблис», а также прием внутрь пробиотического препарата «Бактистатин».

Результаты и обсуждение. «Энтеросгель», как известно, представляет собой адсорбент полиметилсилоксана полигидрат. На основании наших собственных клинико-лабораторных исследований, а также данных Падалка И.О., Левченко Н.В. (2001) местное применение «Энтеросгеля» в виде полосканий полости рта улучшает гигиенический индекс, увеличивает скорость секреции ротовой жидкости, нормализует ее pH и минерализующий потенциал, увеличивает активность лизоцима. Полоскания полости рта суспензией «Энтеросгель» рекомендуется осуществлять после еды по 1–2 минуты 2–3 раза в день. Для приготовления суспензии необходимо растворить 1 чайную ложку сорбента в 1/3 стакана кипяченой воды.

Дезоксирибонуклеат натрия – «Деринат» позитивно влияет на клеточный и гуморальный иммунитет, стимулирует репаративные процессы, а также обладает противовоспалительным действием. Указанные свойства позволили включить данный препарат в схему местной терапии ХРАС, что обеспечило повышение эффективности лечения данной патологии. Полоскания ротовой полости раствором препарата осуществлялись 4 раза в сутки.

«Бактоблис» – топический пробиотик, содержащий микроорганизмы *Streptococcus salivarius* K12. Это представители нормальной микрофлоры полости рта, которые препятствуют прикреплению патогенных бактерий к слизистой оболочке полости рта и глотки и их инфицированию, вырабатывая саливарицины А и В – антибактериальные вещества местного действия, которые способны подавлять болезнетворные бактерии. Данный препарат способствует восстановлению нормальной микрофлоры полости рта. «Бактоблис» рекомендуется рассасывать 1 раз в день после чистки зубов перед сном.

«Бактистатин» – препарат с уникальным составом, содержащий биологически активные метаболиты бесклеточной культуральной жидкости бактерий *V.subtilis* штамм 3; цеолит (природный сорбент), ферментированный гидролизат соевой муки (пребиотический компонент). Данный препарат имеет широкий спектр показаний, в том числе, различные заболевания ЖКТ (дисбактериоз, гастрит, панкреатит и др), а также аллергические заболевания. Учитывая этиопатогенетические механизмы возникновения ХРАС, прием «Бактистатина» является оправданным и обоснованным. Детям с 6 лет рекомендовано по 1 капсуле 2 раза в день во время еды.

Результаты клинических наблюдений за пациентами основной и контрольной групп позволяют сделать вывод о выраженном лечебном эффекте у всех пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, которым проводилось лечение в соответствии с разработанной схемой. Пациенты основной группы отмечали клиническое улучшение уже на 3 сутки лечения по предложенной схеме. Это выразилось, в первую очередь, в значительном уменьшении болевых ощущений, а также в снижении интенсивности воспаления и активной эпителизации элементов поражения в сравнении с контрольной группой, лечение в которой осуществлялось традиционными способом. Полная эпителизация афты у детей основной группы наступала в среднем на 2–3 дня раньше.

Продолжающийся курс рассасывания препарата «Бактоблис» позволял закрепить достигнутый результат и удлинить срок ремиссии.

Выводы. Предложенная этиопатогенетически обоснованная комплексная схема лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей, включающая в себя местное применение суспензии «Энтеросгель», раствора «Деринат» и таблеток «Бактоблис», а также прием внутрь пробиотического препарата «Бактистатин» демонстрирует высокую клиническую эффективность.

ОБОСНОВАНИЕ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА НА ДЕТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Дорошенко Н.В., Кабанова А.А., Александрович А.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»,

УЗ «Витебская детская областная клиническая больница», г. Витебск, Республика Беларусь

Одной из актуальных тем в стоматологии является проблема борьбы с болью, страхом, тревожностью пациентов. Установлено, что распространенность DFA (Dental fear/anxiety, DFA) составляет в среднем от 10 до 20%, особенно часто встречается в детском возрасте. DFA являются одной из основных причин отказов от стоматологического лечения.

Кроме того, есть дети с особыми медицинскими потребностями, такими как коммуникативные нарушения, психические расстройства, ограничения подвижности, поведенческие расстройства и хронические заболевания, которые требуют специальных терапевтических взаимодействий в методах контроля поведения для выполнения стоматологических работ.

В ряде случаев из-за большого объема стоматологических вмешательств, необходимых ребенку, а также наличия проблем с контролем поведения, достижение сотрудничества пациентов с врачом не представляется возможным.

В таком случае общая анестезия может стать единственным вариантом обеспечения безопасного эффективного стоматологического лечения. Однако важно определить точные стоматологические причины для лечения детей под общей анестезией.

В своей статье А. Эсканилья-Казаль и др. указывают на то, что, хотя после операции под общей анестезией могут быть осложнения, она рекомендуется при определенных обстоятельствах, например, отсутствие сотрудничества со стороны ребенка.

Дж. Х. Нанн, Г. Дэвидсон, П.Х. Гордон и Дж. Сторрс также отмечают в качестве показаний для стоматологического лечения под общей анестезией проблемы с контролем поведения у детей, сопутствующие соматические заболевания, высокую тревожность и удаленность населенного пункта от стоматологических лечебных учреждений.

М. Гарави и Г. Солтани выявили, что стоматологи рекомендуют наркоз в случаях отказа детей от сотрудничества или наличия инвалидности.

Целью исследования явилась обоснование причин стоматологического лечения у детей под общей анестезией с точки зрения их родителей и врачей-стоматологов.

Разработаны анкеты для родителей и врачей-специалистов, включающие вопросы о причинах выбора общей анестезии. Полученные данные были проанализированы с использованием описательной статистики.

Самые часто указываемые родителями и врачами-стоматологами причины: возраст, отсутствие сотрудничества, большой объем планируемых стоматологических вмешательств. Наименьшее совпадение мнений специалистов «за» и родителей «против» касалось большого объема планируемых стоматологических вмешательств и качества стоматологической работы.

На основании полученных результатов и их анализа установлено, что причинами для проведения стоматологического лечения под наркозом у детей с точки зрения их родителей и врачей-стоматологов являются: возраст, обуславливающий незрелость личности, отсутствие сотрудничества ребенка с врачом во время стоматологического лечения, большой объем необходимых стоматологических манипуляций, наличие системного заболевания ребенка, нежелание родителей реализовывать методы поведенческого контроля, более высокое качество работы под наркозом, психические и физические поведенческие проблемы и сокращение количества сеансов лечения.

Полученные результаты указывают на целесообразность применения внутривенного наркоза на детском стоматологическом приеме.

ИЗУЧЕНИЕ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КАК ПОРОКА РАЗВИТИЯ

Дудорова А.В., Ефремова Е.В., Кячина Т.А.

*Кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии имени профессора М.Г. Привеса,
кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

Введение: частота врожденных пороков развития в популяции является важной характеристикой состояния здоровья населения. Пороки развития черепно-лицевой области частая патология в структуре общей детской заболеваемости. Они занимают третье место среди других видов врожденных аномалий. По данным мировой статистики частота встречаемости аномалий черепно-лицевой области составляет 1:2000 – 1:4000 (D.J. David, 2018).

Кроме врожденных аномалий и пороков развития ротовой полости и лица, имеют место и пороки развития в постнатальный период. Относительно органов и тканей челюстно-лицевой области это прежде всего касается нарушений формирования зубов: эмали и дентина, так называемая гипоплазия твердых тканей зубов.

В настоящее время отмечается значительный рост распространенности некариозных поражений зубов, приводящих к значительной потере эмали и дентина, снижению уровня минерализации зубов, функциональной резистентности, гиперчувствительности и эстетическому дефекту.

В настоящей работе было обращено внимание на нарушение развития отдельных зубов, местную гипоплазию твердых тканей, развитие которой, в отличие от системной гипоплазии, является не столь многофакторным патологическим процессом, развивается после рождения ребенка и в большей степени подлежит профилактике формирования.

Цель исследования: выявить причины и механизмы нарушения внутричелюстного формирования отдельных зубов, изучить тактику врача стоматолога для профилактики развития и лечения местной гипоплазии зубов.

Материал и методы. Для решения поставленных задач был осуществлен обзор отечественных и зарубежных литературных источников, составлена анкета, в которой представлены вопросы, касающиеся встречаемости местной гипоплазии зубов на клиническом приеме, возможных причин развития дефектов, жалоб пациентов, клиники, лечебно-диагностической тактики. Сбор данных для анализа результатов проводился на базе онлайн платформы «Google forms».

В анкетировании принимали участие врачи стоматологи, проживающие на территории Российской Федерации. Опрошенным было задано 20 вопросов для последующего анализа информации. Проведена статистическая обработка полученных данных.

Результаты: обзор литературы показал, что травматические повреждения временных зубов значительно распространены в раннем детском возрасте и наблюдаются до 30% детей, причем наиболее часто поражаются центральные резцы верхней челюсти. Нарушаются сложные клеточные и биохимические механизмы, происходящие во время амелогенеза, возникают пороки развития постоянных зубов. Гипоплазия твердых тканей зубов вследствие травмы может варьировать от белого и коричневатого изменения цвета эмали до выраженной ямчатости и борозчатости коронки зуба.

Инфекционно-воспалительный процесс при хроническом периодонтите временного зуба может разрушить кортикальную пластинку, окружающую зачаток постоянного зуба, и повлиять на развитие зубного органа: от ограниченных помутнений эмали до остановки развития зубного зачатка.

Кроме того установлено, что локальное облучение челюстно-лицевой области вызывает увеличение количества помутнений эмали. Повреждение амелобластов связывают с результатом прямого воздействия радиации.

Анализ анкетирования представлен в диаграммах с комментариями.

В своей клинической практике 93% врачей стоматологов встречались с местной гипоплазией эмали.

В качестве основной локализации поражения 75% опрошенных отметили постоянные резцы верхней челюсти. Меньшая частота поражения наблюдалась в области премоляров как верхней, так и нижней челюсти – 19%, и 6% приходилась на другие зубы.

На основе данных сбора анамнеза, анализа доступных медицинских карт пациентов было отмечено, что основными этиологическими факторами развития местной гипоплазии являлось травматическое повреждение (86%), далее – инфекционно-воспалительные процессы в периапикальных тканях временных резцов и моляров (13%), 1% связал нарушение формирования твердых тканей зубов с локальным лучевым воздействием.

Основные жалобы при местной гипоплазии зубов пациенты предъявляют на эстетические дефекты (74%), в меньшей степени на болезненность в области деминерализованных и отсутствующих участков твердых тканей зубов (21%).

65% опрошенных врачей в качестве основного метода лечения местной гипоплазии зубов отметили реминерализующую терапию, 35% отдали предпочтение эстетической реставрации зубов.

Выводы. Таким образом, обзор литературы и опрос практикующих врачей позволил понять, что проблема местной гипоплазии зубов актуальна, практически всегда можно идентифицировать этиологический фактор. Данный порок развития зубов снижает качество жизни пациентов, поскольку сопровождается жалобами, нуждается в лечении. При своевременном и квалифицированном оказании помощи при травме и инфекционно-воспалительных процессах во временных зубах возможно предупредить нарушение формирования твердых тканей постоянных зубов.

ГИПЕРПЛАЗИЯ И ГИПОПЛАЗИЯ МЫШЦЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. СПОНТАННЫЙ ЛИЗИС МЫШЦЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ

Думчев Н.Н., Зубкова Н.В.

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

На стадиях эмбрионального и постнатального роста могут возникать различные аномалии развития челюстных костей, приводящим к асимметрии и диспропорциям между челюстями. Важно отметить, что часто асимметричные деформации челюстно-лицевой области могут быть связаны с аномалиями развития височно-нижнечелюстного сустава, в частности с гиперплазией/гипоплазией, а также спонтанным лизисом мышцелковых отростков. Существующие методы консервативного лечения данных патологий не позволяют полностью устранить деформации, а лишь приводят к субкомпенсации. В связи с этим возрастает роль необходимости совершенствования методов диагностики и комплексного подхода к лечению этих заболеваний. Важность диагностики и лечения данной группы заболеваний имеет значение не только с точки зрения здоровья зубочелюстной системы, потому что, в конечном счете, аномалии развития приводят к серьезным функциональным расстройствам пищеварительной, дыхательной систем и речевого аппарата, но и к нарушениям эстетики лица, что обуславливает низкий уровень социализации пациентов и ведет к снижению их психоэмоционального статуса.

Целью данной научно-исследовательской работы является повышение эффективности дифференциальной диагностики асимметричных деформаций челюстей, обусловленных истинной гипоплазией, гиперплазией и спонтанным лизисом мышцелкового отростка нижней челюсти, а также данными нозологическими формами в составе врожденных и приобретенных клинических синдромов. Объектом исследования являются современные диагностические методы обследования пациентов с челюстно-лицевыми деформациями, вызванными нарушениями развития мышцелковых отростков нижней челюсти. Предмет исследования – актуальность и достаточность классических методов обследования пациентов с челюстно-лицевыми деформациями, вызванными нарушениями развития мышцелковых отростков нижней челюсти, и дифференциальная диагностика с основными врожденными синдромами, в клинике которых присутствуют признаки гиперплазии, гипоплазии и спонтанного лизиса мышцелковых отростков.

Материалы исследования – специализированная медицинская литература для изучения теоретических аспектов. Для практической части в качестве материалов выбраны данные медицинских карт, КЛКТ и ТРГ пациентов. В работе использованы методы: обобщение и систематизация известных данных, сопоставительный, сравнительный и статистический методы.

Основными в диагностике являются внешний осмотр лица, во время которого можно выявить асимметрию половин лица, ТРГ позволяет оценить пропорциональность черепа, окклюзионные взаимоотношения челюстей (боковая проекция), симметричность половин лица (прямая проекция), КЛКТ дает возможность измерить параметры мышцелковых отростков для сравнения размеров головок с правой и левой стороны относительно друг друга для выявления асимметрии, а также общий анамнез, позволяющий подтвердить или опровергнуть наличие синдрома, частью которого могут являться данные челюстно-лицевые аномалии развития.

В **результате** проведенной работы можно сделать вывод о значимости своевременной диагностики челюстно-лицевых деформаций. Раннее выявление патологии позволяет избежать прогрессирования асимметрий, что повышает благоприятность прогноза исхода лечения.

СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Забышный А.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия

Прорезывание зубов – это сложный физиологический процесс, когда происходит их вертикальное перемещение от места закладки и внутричелюстного развития до прорезывания коронки в зубном ряду. На прорезывание временных зубов оказывает влияние множество факторов: состояние здоровья матери, течение антенатального периода, заболевания в раннем возрасте (Л.Л. Соловейчик, 1967; В.Ю. Дорошина, 1997; М.И. Ворпаева, 1998). В специальной литературе по ортодонтии широко освещены лишь вопросы нарушения прорезывания, связанные с ретенцией постоянных зубов, однако вопросам осложненного прорезывания временных зубов посвящено значительно меньше публикаций.

Прорезывание временных зубов, как правило, начинается в 6 месяцев и заканчивается к 2,5–3 годам. Считается, что прорезывание зубов – процесс физиологический и безболезненный, однако это не всегда так. Процесс этот действительно физиологический, но не безболезненный и требует включения защитных и вспомогательных механизмов организма, в особенности у маленьких детей. Зуб, прежде чем прорезаться, должен проникнуть через костную часть альвеолярного отростка, хорошо иннервированную надкостницу и слизистую оболочку десен. В связи с вышеизложенным, целью настоящей работы явилось совершенствование клинической диагностики осложненного прорезывания путем изучения структуры его различных клинических вариантов.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами были обследованы 18 детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет с различными осложнениями, возникающими в процессе прорезывания временных зубов. Обследование проводилось по общепринятому алгоритму для амбулаторного стоматологического больного, учитывая возрастные особенности детей: в раннем детском возрасте жалобы и анамнез собраны со слов родителей.

Результаты. Наиболее частым осложнением прорезывания нами установлен острый катаральный гингивит (гингивит прорезывания), который диагностирован в 10 (55,5%) случаях. Из них у 6 (33,3%) детей это был локализованный гингивит, а у 4 (22,2%) – диффузный катаральный гингивит. У 4 детей с генерализованным гингивитом прорезывание сопровождалось общей реакцией организма, повышением температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр (лихорадка прорезывания). Гингивиты прорезывания еще называют эруптивными, т.е. возникающие во время прорезывания зубов. В этот период травмируется слизистая оболочка, что в свою очередь является хорошими входными воротами для различных инфицирующих агентов.

Из ранних осложнений в процессе прорезывания нами выявлены т.н. гематомы или кисты прорезывания у 3 (16,6%) детей в виде синюшно-багровых припухлостей слизистой оболочки десны над коронками прорезывающихся временных зубов. Кисты прорезывания – это разновидность мягкотканых доброкачественных кист, связанных с прорезыванием временных или постоянных зубов и появляющихся до появления этих зубов в полости рта. Это мягкотканый аналог ретенционных кист, но который относится к отдельной нозологической единице. Во время прорезывания образуется гематома, возникает она из-за того, что зуб не может прорвать слизистую оболочку и тем самым травмирует десну, разрывает кровеносные сосуды. Чем дольше образование в полости рта, тем больше его размеры, кроме того, объем припухлости будет зависеть от групповой принадлежности зуба.

Следующим вариантом осложнений были эрозия, афта или даже язва на нижней поверхности языка при преждевременном прорезывании (в 2 месяца) нижних центральных молочных резцов у 2 (11,1%) детей. Язва Рига-Феде – травматическая язва языка, вследствие хронической травмы острыми краями недавно прорезавшихся нижних резцов.

Одной из клинических форм осложненного прорезывания является перикоронарит в области прорезывающихся временных моляров. Наши наблюдения выявили такие перикоронариты у 3 (16,6%) детей, причем в одном случае капюшон слизистой оболочки над прорезывающимся зубом был эрозирован и вызывал болезненные ощущения при дотрагивании. Дальнейшее наблюдение за этими детьми не выявило никаких осложнений, связанных с абсцедированием перикоронарита.

Выводы. Полученные результаты исследования позволили выявить несколько клинических вариантов осложненного прорезывания временных зубов, что может представлять затруднения при диагностике. Наиболее частым осложнением прорезывания выявлен острый катаральный гингивит (гингивит прорезывания или эруптивный гингивит) – более 50% случаев. Часто данная форма гингивита протекает с умеренно выраженной общей реакцией (лихорадка прорезывания). Перикоронариты в области прорезывающихся временных моляров протекают в легкой форме и не требуют хирургического вмешательства.

ВАЖНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ИЗ ТАДЖИКИСТАНА

Ибрагимзода А.М., Ашуrow Г.Г., Иорданишвили А.К., Удальцова Н.А.

*Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров
Минздрава Республики Таджикистан, г. Душанбе, Республика Таджикистан;
ФГБОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России,
СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 29» Фрунзенского района Санкт-Петербурга,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Стоматологическое здоровье у людей любой национальности возраста является актуальной проблемой современной медицины и практического здравоохранения. Министерства здравоохранения многих стран, а также ряд общественных организаций, занимающихся здоровьем населения и экологией, уделяют важное место стоматологическому здоровью населения. В настоящее время многие люди в мире покидают свое место жительства в силу каких-либо неблагоприятных причин. Их обычно называют мигрантами. Считается, что мигрантом можно называть человека, который проживает в чужой стране, согласно определению Организации Объединенных Наций (ООН), более года. В настоящее время в России достаточно много мигрантов из Республики Таджикистан, то есть граждан Таджикистана, которые на какой-то период времени прибыли для реализации своих целей в Россию. Главной причиной приезда в Российскую Федерацию мигрантов из Республики Таджикистан являются экономические трудности.

Цель исследования. Изучить причины обращаемости за неотложной стоматологической помощью мигрантов из Таджикистана, временно проживающих на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Материал и методы. Были изучены журналы 3 государственных (муниципальных, ведомственных) медицинских организаций, в которых оказывается неотложная стоматологическая помощь в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Из этих журналов скопировали сведения, касающиеся оказания неотложной стоматологической помощи мигрантам из Республики Таджикистан. Всего было изучено 176 записей об оказании неотложной стоматологической помощи мигрантам из Республики Таджикистан, проживающих на территории г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Учитывали процентное отношение мигрантов из Таджикистана по отношению к другим людям, обратившимся за неотложной стоматологической помощью, а также сведения о диагнозе, по поводу которого они обратились в медицинскую организацию, а также характер оказанной неотложной стоматологической помощи. Материал набирали за 2021–2023 гг., то есть за 3 года.

Исследование полностью соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

Полученный в результате исследования цифровой материал обработан на персональном компьютере с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows v. 6.0».

Результаты исследования. В ходе проведенного клинико-статистического исследования было установлено, что из 4246 изученных записей об обращениях за оказанием неотложной стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинические медицинские организации 176 (4,15%) записей относились к лицам, являющихся мигрантами из Республики Таджикистан. Анализ 176 записей позволил установить, что из обратившихся было 112 (63,64%) мужчин и 64 (36,36%) женщин в возрасте от 21 до 55 лет. Среди обратившихся граждан Таджикистана за неотложной стоматологической помощью было 152 (86,36%) людей молодого возраста и 24 (13,64%) человек среднего возраста. Молодых мужчин было 97 чел., молодых женщин – 55 чел. Среди людей среднего возраста было 15 мужчин и 9 женщин.

Анализ полученных данных показал, что среди молодых мужчин причиной обращений за неотложной стоматологической помощью явился острый или обострившийся пульпит (11 (11,34%) чел.), острый или обострившийся хронический периодонтит (74 (76,29%) чел.), острый одонтогенный гнойный периостит челюстей (12 (12,37%) чел.).

Среди молодых женщин причиной обращений за неотложной стоматологической помощью явился острый или обострившийся пульпит (42 (76,36%) чел.), острый или обострившийся хронический периодонтит (7 (12,73%) чел.), острый одонтогенный гнойный периостит челюстей (6 (10,91%) чел.). Таким образом, у молодых женщин причиной обращения за неотложной стоматологической помощью в подавляющем большинстве случаев явилось острое или обострение хронического воспаления пульпы зуба ($p < 0,001$), а у молодых мужчин – острый или обострившийся хронический периодонтит ($p < 0,001$).

Анализ полученных данных при обработке сведений о людях среднего возраста показал, что среди мужчин причиной обращений за неотложной стоматологической помощью явился острый одонтогенный гнойный периостит челюстей (14 (93,33%) чел.), а также острый одонтогенный ограниченный остеомиелит нижней челюсти (7 (77,77%) чел.), а также острый или обострившийся хронический периодонтит (2 (22,23%) чел.). Таким образом, у мужчин среднего возраста основной причиной обращения за неотложной стоматологической помощью был острый гнойный одонтогенный периостит челюстей ($p < 0,001$), в то время, как у женщин среднего возраста причина обращения за неотложной стоматологической помощью не отличалась от той которая была у молодых женщин ($p \geq 0,05$). Этой причиной являлось острое или обострение хронического воспаления пульпы зуба ($p < 0,01$).

Результаты анализа показали, что при диагностировании острого или обострившегося хронического пульпита пациентам по время оказания неотложной помощи чаще накладывали девитализирующую пасту (49 (81,67%) чел.), реже – 11 (18,33%) чел., удаляли «причинные» зубы ($p < 0,01$). При гнойно-воспалительных заболеваниях, которые у всех пациентов были одонтогенными удаляли «причинные» зубы, а 1 мужчина среднего возраста, в связи с диагностированным у него острым одонтогенным ограниченным остеомиелитом нижней челюсти, был направлен в челюстно-лицевую стационар для оказания специализированного лечения у врача челюстно-лицевого хирурга.

Интересно отметить, что среди изученных клинических случаев отсутствовали обращения за неотложной стоматологической помощью со стороны мигрантов из Республики Таджикистан по поводу заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта, патологии височно-нижнечелюстного сустава и слюнных желез.

Беседы с врачами-стоматологами, работающими в медицинских организациях, на базе которых проводилось клинико-статистическое исследование, показали, что обращения мигрантов из Республики Таджикистан, а также других регионов ближнего зарубежья обычно происходят в ночное время (с 21 до 2 часов). Это связано с оказанием медицинских услуг за счет средств бюджета, то есть бесплатно для обращающихся. Оно как правило не используют возможность за плату получения анестезии более современными анестетиками.

Заключение. Резюмируя вышеизложенное можно заключить, что мужчины и женщины, являющиеся мигрантами из Республики Таджикистан и временно проживающие на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области сравнительно часто (4,15% случаев) обращаются в государственные медицинские организации за оказанием неотложной стоматологической помощи, особенно в ночное время. Анализ причин обращений показал, что это, в основном, острые или обострившиеся заболевания пульпы, периодонта, а также острый одонтогенный гнойный периостит челюстей. Причинами такой ситуации, очевидно, является «несанированная» полость рта. Таким образом, важным аспектом обеспечения сохранения стоматологического здоровья мигрантов из Таджикистана, временно проживающих на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области, является своевременного проводимая санация полости рта, организационные и экономические аспекты которой до настоящего времени нуждаются со-вершенствованию.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Иорданишвили А.К.

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России,
кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
ЧОУ ВО СПбМСИ, Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания (ОГВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО) у детей и подростков, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии в современной медицине, не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем детской челюст-

но-лицевой хирургии и стоматологии. Это обусловлено возрастанием количества детей с ОГЗ ЧЛО, число которых в челюстно-лицевых отделениях многопрофильных стационарах достигает около 50%, изменением клинического течения патологического процесса, увеличением тяжелых форм и распространенности на смежные клетчаточные пространства, а также частой встречаемостью угрожающих жизни осложнений, таких как контактный медиастинит, сепсис, тромбоз кавернозного синуса и др. В связи с этим проблема комплексного лечения детей и подростков с ОГВЗ ЧЛО часто выходит за рамки компетенции челюстно-лицевого хирурга или хирурга-стоматолога и приобретает значение для общих и торакальных хирургов, офтальмологов, оториноларингологов и нейрохирургов. Поэтому улучшение оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО у детей и подростков, а также оценки эффективности комплексной терапии, является актуальной задачей не только челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, но и современной мировой медицины.

Цель исследования. Разработать методику оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО и эффективности их комплексного лечения у детей и подростков.

Материалы и методы. Работа состояла из 2 этапов. На 1-м этапе, для создания методики оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО у взрослого человека был проведен анализ клинической картины 25 (18 мальчиков и 7 девочек) пациентов в возрасте от 9 до 16 лет, страдающих различными нозологическими формами ОГВЗ ЧЛО, что позволило выделить основные симптомы, которые легли в основу разработанной методики по оценке тяжести течения ОГВЗ ЧЛО и эффективности его лечения. На 2-м этапе клинической работы проведена апробация предложенной методики в практике челюстно-лицевого стационара.

Исследование полностью соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. Полученный в результате исследования цифровой материал обработан на персональном компьютере с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows v. 6.0».

Результаты исследования. Для оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО у детей и подростков и эффективности проводимого комплексного лечения был разработан следующий полуколичественный способ. Суть методики состоит в том, что врач оценивает состояние пациента с учетом клинической картины ОГВЗ ЧЛО и следующих признаков в баллах: 1) нозологическая форма ОГВЗ ЧЛО: 1) оценка состояния пациента, страдающего ОГВЗ ЧЛО: удовлетворительное – 0; средней тяжести – 1; тяжелая степень тяжести течения ОГВЗ ЧЛО на основании осмотра – 5; пациент здоров – 0; выявляется перистит или остеомиелит челюсти – 1; диагностируются окологлазничные абсцессы или флегмоны – 5; 3) температура тела пациента: 36,0–36,9°C – 0; 37–38,5°C – 1; ниже 36,0°C или выше 38,5°C – 5; 4) характеристика интоксикации по клинической картине крови пациента: отсутствие интоксикации – 0; наличие умеренно выраженной интоксикации (отмечается лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$) – 1; наличие выраженной интоксикации (лейкоцитоз выше $15 \times 10^9/\text{л}$) – 5; 5) характеристика СОЭ: до 10 мм/ч – 0; от 10–30 мм/ч – 1; более 30 мм/ч – 5. Не зависимо от возраста ребенка или подростка, после регистрации исходного клинического состояния пациента, страдающего ОГВЗ ЧЛО, согласно предложенной методики, необходимо осуществить подсчет баллов в сумме и оценить тяжесть течения патологии исходя из полученной суммы баллов: от 0 – пациент практически здоров; 1–4 балла – легкая степень тяжести ОГВЗ ЧЛО; 5–9 баллов – средняя степень тяжести течения ОГВЗ ЧЛО; 10–25 баллов – тяжелая степень тяжести течения ОГВЗ ЧЛО. Для определения эффективности проведенной комплексной терапии при ОГВЗ ЧЛО, не зависимо от возраста пациента, необходимо произвести расчет с использованием следующей формулы: Эффективность комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО (%) = $100 \times (A - B) / A$, где А – сумма баллов при клинической оценке состояния пациента до начала комплексных лечебно-профилактических мероприятий; В – сумма баллов при клинической оценке состояния пациента на этапе или по завершению комплексной терапии или мероприятий стоматологической реабилитации.

На втором этапе клинического исследования проведена апробация предложенной методики в практике детского челюстно-лицевого стационара на пациентах, страдающих различными нозологическими формами ОГВЗ ЧЛО. Апробация предложенного способа полуколичественной оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО оказалась простой и эффективной. Использование предложенной методики по оценке эффективности проводимого комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО позволило в цифровом выражении учитывать положительный эффект от выполняемого лечения или выполненных лечебно-профилактических мероприятий и/или стоматологической реабилитации.

Приведем клиническое наблюдение. Пациент Е., 15 лет, поступил в челюстно-лицевое отделение детской клинической больницы по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти от 4.6 зуба осложненного флегмоной поднижнечелюстного пространства слева. При поступлении в стационар, тяжесть течения у подростка

ОГВЗ ЧЛО с учетом клинической картины заболевания, состояния пациента и клинического анализа крови, по предложенной методике, можно было характеризовать как средней тяжести, так как цифровое значение предложенного индекса у этого пациента на момент поступления составила 9 усл. ед. Спустя 8 дней от момента поступления в стационар и начала комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО у подростка наступило значительное улучшение. Пациенту был удален «причинный» 4.6 зуб, вскрыта и дренирована флегмона левого поднижнечелюстного пространства, а также назначена медикаментозная (противомикробные, противовоспалительные, антигистаминные, общеукрепляющие препараты) терапия, что привело к снижению тяжести течения ОГВЗ ЧЛО до легкой степени, так как цифровое выражение клинической картины ОГВЗ ЧЛО составило 2 балла, что по предложенной методике, можно было характеризовать как легкую степень тяжести течения заболевания. Исходя из динамики течения ОГВЗ ЧЛО у пациента Е., 15 лет, он был выписан из стационара на амбулаторное долечивание. Использование предложенной методики позволило оценить эффективность проведенного комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО у пациента Е., 15 лет, которая составила 77,8%. Клинический опыт применения предложенной методики в челюстно-лицевом отделении многопрофильного стационара показал, что она может быть использована также для аналогичных целей у детей и подростков, а также взрослых пациентов с неонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО.

Выводы. Проведенное клиническое исследование позволило разработать методику оценки тяжести течения ОГВЗ ЧЛО в детской челюстно-лицевой хирургии, которая оказалась применимой для использования у пациентов с неонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО, а также у взрослых пациентов с аналогичной патологией. Методика проста в использовании, не занимает много времени и может применяться в клинической стоматологической практике и научных исследованиях.

ГРАЖДАНИН И ВОИН (ЭССЕ О Л.М. РЕЙСНЕР) Иорданишвили А.К.

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

В ранее опубликованной статье «П.Г. Дауге – ученый, человек, личность» на страницах журнала «Стоматология для всех» нами был проведен анализ профессиональной и общественной деятельности выдающегося отечественного стоматолога, основателя существующего до сих пор журнала «Стоматология» (ранее «Одونتология»), Заслуженного работника культуры Латвийской ССР, доктора медицинских наук Павла Георгиевича Дауге. Нам удалось осветить жизненный путь П.Г. Дауге, отметить его деятельность как профессионального революционера, врача и видного организатора стоматологической помощи в СССР. Профессиональная и общественная деятельность П.Г. Дауге весьма ярко проявилась на должности заведующего зубопробочной подсекацией Наркомата здравоохранения РСФСР, которую он занял исключительно по рекомендации В.И. Ленина. Особенно важно, что П.Г. Дауге был одним из первых специалистов в области стоматологии, который стал с высокой трибуны ратовать и настоятельно рекомендовать всем территориальным и ведомственным отделам здравоохранения проводить плановую санацию полости рта детям, а также некоторым категориям взрослых людей.

В настоящей работе хотим коснуться личной жизни П.Г. Дауге, так как, не смотря на высокие должности, его личная жизнь была далеко не безоблачной. Это касается не только его ареста в 1937 г., как и многих других известных личностей СССР, в связи массовыми политическими репрессиями, официальной идеологической основой которых служила так называемая концепция «усиления классовой борьбы по мере завершения строительства социализма», которая была сформулирована И.В. Сталиным на пленуме ЦК ВКП(б) в июле 1928 г. Органами НКВД проводилось упреждающее уничтожение остатков «буржуазных элементов», что являлось «жизненной необходимостью» с точки зрения защиты социалистического строя. Лишь по счастью для П.Г. Дауге стечению обстоятельств его дело уголовное дело не было доведено до суда и в 1939 г. он был освобожден. После освобождения П.Г. Дауге до конца своих дней сохранил чувство внутреннего страха за свою жизнь. Именно из-за этого чувства он в 1945 г., после окончания Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. (ВОВ), опасаясь за свою свободу и жизнь уехал на свои Родину в Латвию, где остался на постоянное проживание и уже не занимался врачебной работой и вопросами организации здравоохранения, а стал работать в Институте истории Латвийской коммунистической партии, осуществляя переводы произведений Ф. Энгельса и К. Маркса на латышский язык до конца своей жизни (2 сентября 1946 г.).

Подчеркну, что на появление у П.Г. Дауге после его ареста чувства страха повлияли также события, относящиеся исключительно к его личной жизни, которую он практически никогда не афишировал. Мало кто знает, но у П.Г. Дауге был сын - советский моряк-орденоносец Лев Михайлович Рейснер (2.01.1902 г. – 17.11.1941 г.), который командовал

в 1933–1937 гг. подводными лодками Д-1 «Декабрист» и «Пантера», а также подводной лодкой Д-2 «Народоволец». Следует пояснить, что фамилия и отчество сын П.Г. Дауге взял от друга родного отца – Михаила Андреевича Рейснера (7.03.1868 г. – 3.08.1928 г.), профессора, известного русского и советского ученого-юриста, публициста, социопсихолога и историка, активного участника революционного движения, одного из основателей русского психоаналитического общества и участника разработки первой советской конституции. Именно М.А. Рейснеру П.Г. Дауге передал на воспитание своего сына еще в раннем детстве из-за сложностей партийной работы и частыми разъездами, а также по семейным обстоятельствам. М.А. Рейснер в последствие стал отчимом для его сына. Но до 1918 г. П.Г. Дауге помогал финансово семье, воспитывавшей его сына, хотя она жила далеко не бедно, поддерживал с родителями не просто дружеские, но и весьма теплые отношения.

Следует отметить, что семья Рейснеров с 1905 г. до 1921 г. жила в Санкт-Петербурге на ул. Б. Зеленина, дом 26 б (ныне дом 28). У сына П.Г. Дауге – Л.М. Рейснера была сводная сестра Лариса Михайловна Рейснер (13.05.1895 г. – 9.02.1926 г.), которая также стала весьма известной личностью, некоторое время была секретарем А.В. Луначарского. Она известна как революционерка, писательница, поэтесса и комиссар Морского генерального штаба. Также был и сводный брат – Игорь Михайлович, (27.12.1889 г. – 7.02.1958 г.), доктор исторических наук, известный советский востоковед, специалист по Индии и Афганистану.

Сын П.Г. Дауге – Лев Рейснер в 1918 г. закончил Пехотные курсы красных офицеров, а в 1924 г. – Военно-морское училище (с 1926 г. – Высшее Военно-морское училище им. М.В. Фрунзе), и в этом же году – Специальные курсы усовершенствования командного состава, которые были организованы после Октябрьской социалистической революции вместо ранее существовавших Морских офицерских классов. В 1919–1920 гг. Л.М. Рейснер служил в должности помощника начальника дивизиона дозорных кораблей и командиром группы истребителей на Каспийском море и на реке Волге, а позднее – вахтенным на линкоре «Марат». В 1929–1931 гг. он являлся помощником командира подводной лодки Д-1 «Декабрист», в 1932–1933 гг. – командиром подводной лодки «Пантера», а в 1933–1937 гг. – командиром подводной лодки «Народоволец».

В 1933 г. под командованием сына П.Г. Дауге Л.М. Рейснера подводная лодка «Д-2 «Народоволец» в составе экспедиции особого назначения № 1 совершила переход новым в то время Беломорско-Балтийским каналом из г. Кронштадта в г. Мурманск, где была включена в состав Северной военной флотилии. Этот переход подводная лодка «Народоволец» совершила совместно с подводной лодкой Д-1 «Декабрист», а также эсминцами «Урицкий», «Рыков» и сторожевыми кораблями «Смерч» и «Ураган». Именно эти надводные и подводные корабли составили основу Северной военной флотилии, которая положила начало Северному флоту СССР.

В 1935 г. за подледный поход, выполненный на подводной лодке в Баренцевом море, Л.М. Рейснер был награжден высшей наградой СССР «Орденом Ленина». В 1937 г. Л.М. Рейснер командовал строящейся подводной лодкой типа «К», и в этом же году 16 августа в звании капитана 2 ранга был уволен из рядов Военно-Моского флота СССР, а в декабре 1937 г. арестован. Причиной ареста сына П.Г. Дауге явилось часто высказываемое им мнение о недостаточных правах командиров на флоте, необходимость заимствования некоторых правил морской культуры у царского флота, а также недооценка Л.М. Рейснером партийно-политической работы на флоте. Также в вину ему были поставлены семейные связи, так как его сводная сестра Л.М. Рейснер, уже после ее смерти, была обвинена в связях с троцкистами.

Сыну П.Г. Дауге повезло меньше, чем ему. Л.М. Рейснер был обвинен по приговору военного трибунала Северного Флота 6.05.1941 г. по статьям 58-б и 58-10 УК РСФСР и приговорен к 15 годам исправительно-трудовых лагерей и 5 годам «поражения в правах». В возрасте 39 лет сын П.Г. Дауге Л.М. Рейснер в заключение скончался 17 ноября 1941 г. Он был реабилитирован Верховным судом СССР лишь спустя 27 лет, а именно 29.02.1968 г.

Судьба сына П.Г. Дауге, его репрессирование и смерть, также сказались на постоянном сохраняющемся внутреннем чувстве страха, которое сопровождало одного из основоположников отечественной стоматологии с 1937 г. до конца его дней. Это также стало одним из главных аргументов для переезда П.Г. Дауге в 1945 г. в Латвию. Таковы сложные стороны жизни одного из основоположников отечественной медицины П.Г. Дауге, этого удивительного человека внесшего огромный вклад в развитие стоматологии и общества в нашей стране. Его личная жизнь – это частица боли всего советского народа.

Л.М. РЕЙСНЕР: КРАТКИЙ ОЧЕРК О ЖИЗНИ Иорданишвили А.К.

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

Во время подготовки сведений об одном из первых организаторов зубоврачебной помощи в нашей стране П.Г. Дауге и подготовки серии публикаций мы лишь кратко осветили его жизненный путь, а также отметили деятельность как профессионального революционера, врача и видного организатора стоматологической помощи в СССР. Анализируя имеющиеся в многочисленных источниках сведения о П.Г. Дауге, мы узнали, что у него был сын – советский моряк-орденоносец Лев Михайлович Рейснер (02.01.1902 – 17.11.1941), который командовал в 1933–1937 гг. подводными лодками Д-1 «Декабрист» и «Пантера», а также подводной лодкой Д-2 «Народоволец». Следует пояснить, что фамилия и отчество сына П.Г. Дауге взято от друга отца Михаила Андреевича Рейснера (7.03.1868 – 3.08.1928), профессора, известного русского и советского ученого-юриста, публициста, социопсихолога и историка, активного участника революционного движения, одного из основателей русского психоаналитического общества и участника разработки первой советской конституции, так как именно М.А. Рейснеру П.Г. Дауге передал на воспитание своего сына еще в раннем детстве из-за сложностей партийной работы и частыми разъездами, а также по семейным обстоятельствам. М.А. Рейснер в последствие стал отчимом для его сына.

Родные дети М.А. Рейснера также стали весьма известными гражданами нашей страны. Его сын, Игорь Михайлович Рейснер, был крупным советским ученым-востоковедом, а дочь, Лариса Михайловна Рейснер, известна как революционерка и участница гражданской войны, а также как писательница, журналист и поэтесса. Именно эти разносторонние качества Л.М. Рейснер (02.05.1895, г. Люблин – 09.02.1926, г. Москва) побудили нас напомнить читателю о ее революционной и творческой деятельности, так как, не смотря на короткую жизнь, она смогла многое сделать, причем, весьма профессионально и интересно.

Знакомясь с биографией Л.М. Рейснер, сразу стало очевидно ее талант и должное упорство как глубоко мыслящего человека, так как она в 1912 г. окончила с золотой медалью гимназию Д. Прокофьевой в г. Петербурге а в 1912–1917 гг. прошла полный курс обучения не только в Психоневрологическом институте Петербурга, но и была слушателем Петербургского университета на юридическом и филологическом факультетах. Следует отметить, что семья Рейснеров с 1905 г. до 1921 г. жила в Санкт-Петербурге на ул. Б. Зеленина, дом 26Б (ныне дом 28). Очевидно, домашняя учеба и подготовка, проживание вместе с семьей в Берлине и Париже в 1903–1907 гг., а также полученные знания в институте и университете позволили Л.М. Рейснер стать писательницей, журналистом и поэтессой, которая в начале своей творческой карьеры издавалась под псевдонимом Лео Ринус. Считаются, что первой ее творческой удачей стала героико-романтическая пьеса «Атлантида», изданная в 1913 г. в альманахе «шиповник». Если в начале творческой деятельности в свет выходили отдельные ее брошюры, то в 1915–1916 гг. она издавала журнал «Рудин», за время его существования вышло всего 8 номеров. Этот журнал закрылся из-за недостатка финансирования и невозможности типографской деятельности. Подчеркнем, что именно в этом журнале она публикует свои стихи, фелетоны и др., при этом, как редактор, открывала дорогу молодым талантам, особенно из университетского «Кружка поэтов». Благодаря этому ей удалось близко общаться с Н.С. Гумелевым, В.А. Рождественским и О.Э. Мандельштамом, а также известными художниками того времени С.Н. Грузенбергом и Н.Н. Купреяновым, А.Д. Топиковым и др. В 1917–1918 гг. она официально являлась сотрудницей журнала «Летопись» и газеты «Новая жизнь», редактором которой был М. Горький.

Особо следует отметить тот вклад в сохранение культурного наследия, который внесла Л.М. Рейснер будучи в эти годы секретарем первого наркома просвещения РСФСР А.В. Луначарского, а также членом многочисленных комиссий по вопросам искусства при Исполнительном комитете Совета рабочих и солдатских депутатов, а также в комиссии по изданию русских классиков, и будучи членом художественного совета Народного комиссариата просвещения. Нужно подчеркнуть, что она внесла определенный вклад в сохранение ценного имущества и произведений искусства, находившихся в то время в Зимнем дворце.

Большую роль на деятельность Л.М. Рейснер оказал переезд семьи в 1918 г. в г. Москву, где она знакомится и выходит замуж за заместителя народного комиссара по морским делам Федора Федоровича Раскольникова и в этом же году убывает с ним в Нижний Новгород, так как последний был назначен членом Реввоенсовета Восточного фронта, где сама стала работать на должности флаг-секретаря командующего Волжской военной флотилией, которой стал командовать ее муж. В этот же год она была комиссаром отряда разведки, а также корреспондентом газе-

ты «Известия». С начала 1919 г. Л.М. Рейснер, в связи с ее назначением комиссаром Морского Генерального штаба приезжает на должность в г. Москву, а через год в Петроград, так как ее мужа назначают командующим Балтийским флотом. Именно в этот год (1929) она знакомится и заводит дружбу с А.А. Блоком, который, по словам современников охотно проводил с ней время, что, на наш взгляд, подчеркивает обаятельность и красоту Л.М. Рейснер.

В 1921–1923 гг. она вместе с мужем жила в Афганистане, где Ф.Ф. Раскольников представлял молодую республику на должности российского посла, а в 1923–1924 гг., после развода, была на нелегальной работе в Германии, одновременно собирала материал для своих книг, а также на это время приходится ее знакомство с К.Б. Радеком. Они стали свидетелями гамбургского восстания, что отражено в ее книге «Гамбург на баррикадах» (1924).

После возвращения в Россию Л.М. Рейснер много путешествует по стране, что стало возможным благодаря ее работе, так как она являлась корреспондентом газет «Известия», «Красная газета», «Правда». Именно в эти годы, после своих поездок на Ура, Донбасс, Иваново-Вознесенск и др. она написала книгу «Уголь, железо и живые люди».

В 1925 г. Л.М. Рейснер более двух месяцев проживает в Германии, проходит лечение, одновременно посещает предприятия А. Круппа и Ульштейна (UlsteinGrup), и на основании своих впечатлений пишет два цикла очерков: «Берлин в 1923 году» и «В стране Гинденбурга».

По приезду из Германии она берет на воспитание беспризорника Алешу Макарова (после смерти Л.М. Рейснер и ее матери убежал из дома) и заводит дружбу с писательницей Л.Н. Сейфуллиной [6], которая уже в те годы была известна своими повестями «Правонарушители» (1922, была переведена на несколько иностранных языков), «Перегной» (1923) и «Виринея» (1924; была в 1925 г. совместно с мужем В.П. Правдухиным повесть переработана в пьесу и продолжительное время ее постановка шла в ряде театров страны).

Во втором полугодии 1925 г. она глубоко занята очерками о декабристах, которые представляли собой исторические этюды-портреты, посвященные декабристам. Именно это произведение «Портреты декабристов» (1925) стало последним большим творческим трудом. Интересно отметить, что наш современник российский ученый филолог и литературовед Ю.В. Зобнин считал, что в своем творчестве Л.М. Рейснер стояла, совместно с Д.А. Фурмановым и А.С. Серафимовичем, у истоков социалистического реализма.

9 февраля 1926 г. в возрасте 30 лет она умирает от брюшного тифа в Кремлевской больнице на руках у матери, которая сразу после смерти дочери покончила собой. Л.М. Рейснер была похоронена на 20 участке Ваганьковского кладбища в г. Москве. Со слов бывших военных моряков, с которыми автору этих строк удалось общаться, рассказы-валя, что могила Л.М. Рейснер в памятные даты для флора страны посещалась военными моряками СССР.

В литературе, после смерти о Л.М. Рейснер, о ней отзывались весьма доброжелательно и с большим сожалением. Так В.Т. Шаламов писал о ней как о «надежде литературы, красавице, героине Гражданской войны», а М. Кольцов как о «великолепном, редком, отборном человеческом экземпляре».

Наверно Л.М. Рейснер, очевидно, была реально красива, фотографии тех лет это подтверждают, а ее современник писатель Ю.Н. Либединский описывал «необычайную красоту ее», а поэт Вс.А. Рождественский рассказывал, как с друзьями побывал в гостях у «прекрасной комиссарши», когда она жила в здании Адмиралтейства. В литературе интересно описывают некоторые аспекты ее личной жизни Л.М. Рейснер. Но на то, она и личная жизнь. Этот вопрос мы не старались раскрывать в данном эссе. Таковы спирали жизни одной из уникальных женщин России Л.М. Рейснер, этого удивительного человека, которая, не смотря на свою короткую жизнь, внесла большой вклад в развитие нашей национальной культуры и общества.

СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Иорданишвили А.К.

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

В 2009 г. в учебнике для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов заслуженный деятель науки профессор Т.Г. Робустова впервые включила классификацию операции удаления зуба у взрослых людей по степеням сложности, выделив VI степень. Практический опыт использования этой классификации в практическом здравоохранении показал целесообразность ее существования. Ее стали использовать молодые врачи стоматолого-хирурги и врачи стоматологи общей практике для определения медицинской организации, где следует выполнить операцию удаления зуба исходя из степени сложности ее выполнения. Кроме этого, в медицинских организа-

циях, оказывающих стоматологическую медицинскую помощь за плату, эту классификацию стали использовать при определении расценок на оказание услуги по выполнению операции удаления зуба (чем выше класс сложности, тем стоимость хирургического вмешательства выше). Также нашла указанная классификация применение в судебной стоматологии при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «стоматологическим» делам. Таким образом, назрела необходимость наличия аналогичной классификации, рассматривающей сложность операции удаления зуба в детской стоматологии.

Исходя из своего клинического опыта, полагаем, что в детской стоматологии можно выделить пять степеней сложности операции удаления зуба у детей и подростков.

Степень I – удаление подвижных временных зубов (с формирующимися или рассасывающимися корнями), а также постоянных зубов, например, при агрессивных формах пародонтита.

Степень II – удаление временных зубов и постоянных однокорневых зубов, располагающихся в зубной дуге и не имеющих разрушений их коронковой части.

Степень III – удаление постоянных многокорневых зубов, а также однокорневых зубов, располагающихся вне зубной дуги и имеющих разрушений их коронковой части.

Степень IV – удаление полуретинированных и дистопированных зубов.

Степень V – удаление ретинированных и дистопированных зубов.

Как правило, осуществление операции удаления зуба при сложности I–II класса, возможно в амбулаторных условиях. При малом клиническом опыте врача-стоматолога желательнее не выполнять в амбулаторных условиях операцию удаления зуба, относящиеся к IV и V степени сложности.

Следует напомнить, что среди показаний к операции удаления зуба в детской стоматологии существуют абсолютные и относительные показания. К абсолютным показаниям относят острые и обострившиеся одонтогенные гнойно-воспалительные процессы челюстей и околочелюстных мягких тканей, травмы зубов, при которых невозможно сохранение зуба, а также подвижные зубы, мешающие приему пищи. Все противопоказания к операции удаления зуба являются ОТНОСИТЕЛЬНЫМИ. При наличии каких-либо соматических заболеваний операцию удаления зуба следует проводить в условиях стационара после соответствующей подготовки ребенка или подростка, что наиболее отвечает требованиям по охране жизни и здоровья граждан, в том числе детей и подростков.

АНАЛИЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ЛИЦА В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ **Кабанова А.А., Олевский М.В., Чернина Т.Н., Кабанова С.А., Кисляк М.М.,** **Буткайте К., Унуковская Е.П.**

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Врожденные пороки челюстно-лицевой области в связи с их частотой, тяжестью анатомических и функциональных нарушений, трудностью социальной адаптации пациентов, экономическими аспектами являются одной из важнейших проблем медицины.

Частота врожденных пороков развития в популяции является важной характеристикой состояния здоровья населения. Распространенность врожденных пороков развития человека является важной характеристикой состояния здоровья населения. По данным ВОЗ частота рождаемости детей с патологией в среднем составляет 1:750 новорожденных, что составляет 20–30% от всех пороков развития человека. В странах СНГ показатель заболеваемости колеблется от 3,5 до 5 тыс. случаев в год. Ученые Республики Беларусь представили данные национального генетического мониторинга за последние 10 лет, где выявлен рост частоты рождения детей с патологией ЧЛЮ со средним темпом 0,025 случаев на 1000 живорожденных в год.

Цель – проанализировать нозологическую структуру врожденных аномалий лица в Витебской области Республики Беларусь за период 2007–2022 гг.

Ретроспективный анализ (2007–2022 гг.) проводился на основе сети областных регистров врожденных пороков развития г. Витебска (Республика Беларусь), которые были проанализированы с целью изучения временных тенденций, топографии, соотношения полов. Исследование проведено в полном соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации.

Полученные результаты. В Витебской области зарегистрировано 236 случаев врожденной патологии челюстно-лицевой области. В 2007 г. выявлено 10 случаев, в 2008 г. – 15, в 2009 г. – 20, в 2010 г. – 10, в 2011 г. – 20, в 2012 г. – 24, в

2013 г. – 12, в 2014 г. – 13, в 2015 г. – 18, в 2016 г. – 21, в 2017 г. – 12, в 2018 г. – 14, в 2019 г. – 9, в 2020 г. – 12, в 2021 г. – 18, в 2022 г. – 8 больных.

Анализ диагноза показал, что за период 2007-2022 гг. выявлено 39 случаев с расщелиной мягкого неба, 58 – расщелины твердого и мягкого неба, 36 – двусторонняя расщелина верхней губы, твердого и мягкого неба, 10 – двусторонняя расщелина верхней губы, 2 – двусторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка, 38 – односторонняя расщелина верхней губы и неба, 22 – односторонняя расщелина верхней губы, 9 – односторонняя расщелина губы и альвеолярного отростка, 1 – расщелина лица.

За период 2007-2022 гг. зарегистрировано 180 случаев живорождений, что составило 76,27%. В 50 случаях был произведен аборт (21,19%). В 6 (2,54%) случаях наблюдались мертворожденные дети.

Проанализировано соотношение мужского и женского пола среди зарегистрированных случаев врожденных аномалий лица. Так за исследуемый период 2007-2022 гг. мужской пол был определен в 124 случаях (52,54%), женский – в 94 случаях (39,83%). Также в 18 случаях пол не был идентифицирован, что составило 7,63%.

Заключение. Так, ежегодно в Витебской области в среднем рождается 15 больных с врожденными аномалиями лица, что составляет 1 случай на 810 новорожденных. Большинство из них – мужчины (53%) с изолированной расщелиной неба (41%).

АКТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ У ДЕТЕЙ

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

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

Системная гипоплазия эмали (СГЭ) (K00.4) – некариозное поражение зубов, порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей.

Гипоплазия твердых тканей зуба возникает в результате как нарушения формирования эмали энамелобластами, так и ослабления процесса минерализации эмалевых призм при нарушении метаболических процессов в зачатках зубов.

Недоразвитие эмали при гипоплазии необратимо, т. е. гипопластические дефекты не претерпевают обратного развития и остаются на всю жизнь.

Цель: оценить эффективность применения методики инфильтрации композитной смолой ICON (DMG) на зубах пораженных пятнистой формой СГЭ у детей.

Материалы и методы:

Исследование проводилось на базе НИИ Стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ им. И.П.Павлова на отделении ортодонтии и детской стоматологии.

В профилактическом стоматологическом осмотре приняло участие 50 детей, из них для исследования была отобрана группа из 15 человек (7 девочек и 8 мальчиков).

Критерии включения в исследование: дети с пятнистой формой системной гипоплазии эмали на резцах, возраст от 6 до 12 лет, длительное время проживающие в городе Санкт-Петербург.

Всеми родителями подписано информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Всем пациентам с пятнистой формой СГЭ была выполнена инфильтрация эмали светоотверждаемой смолой ICON (DMG) пораженных участков эмали.

Степень исходной минерализации эмали и динамику эффективности методик определяли методом лазерной флуоресценции с помощью аппарата DIAGNOdent pen (KaVo, Германия).

При проверке гипотез достаточным условием отклонения нулевой гипотезы являлось р-значение, меньшее 0,05. Р-значения, соответствующие статистически значимым отличиям в таблицах выделены курсивом. Так же был рассчитан размер эффекта по Коэну. Данный показатель указывает на силу связи между независимой и зависимой переменными. Чем выше размер эффекта, тем сильнее ассоциация.

Результаты: В результате проведенного исследования выявлено, что здоровая эмаль зубов с пятнистой формой СГЭ в выборке параметр «Интактная эмаль» 4,00 (2,50-6,00) статистически значимо отличается от пораженной эмали «Пятно до» 11,20 (3,14) ($p = 0,001$). Размер эффекта по Коэну между этими параметрами огромный (2,7).

Очевидно, что метод инфильтрации эмали светоотверждаемой смолой (ICON, DMG) меняет степень минерализации эмали. Таким образом гипоминерализованный участок эмали в выборке параметр «Пятно до» 11,20 (3,14), статистически значимо отличается после композитной смолы «Пятно после» 6,07 (2,89) ($p < 0,001$). Размер эффекта по Козну между этими параметрами очень большой (1,7).

Выявлено, что через 3, 6 месяцев, 1 год степень гипоминерализованного участка выборке параметр «Пятно до» 11,20 (3,14) статистически значимо отличается от «Пятно через 3 месяца» 4,73 (2,49) ($p < 0,001$) и от «Пятно через 6 месяца» 4,00 (2,50–5,50) ($p < 0,001$), а так же «Пятно через 1 год» 4,00 (3,00–5,00) ($p < 0,001$).

Однако, результаты контрольных измерений в 3 месяца и 1 год после процедуры (ICON, DMG), в выборке параметр «Пятно через 3 месяца» 4,73 (2,49) статистически значимо отличается от «Пятно через 1 год» 4,00 (3,00–5,00) ($p = 0,034$).

Как следует из полученных данных, результаты динамики сравнения гипоминерализованных участков через 3 мес и 6 мес; 6 мес и 1 год после ICON (DMG) статистически значимо не отличаются.

Выводы: у пациентов с пятнистой формой СГЭ статистически доказана эффективность применения метода инфильтрации эмали светоотверждаемой смолой ICON (DMG). Динамика повышения уровня минерализации участков гипоминерализованной эмали стабильна в течение одного года после метода инфильтрации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ ИЗ СОРБЕНТА «ЦЕЛОФОРМ» ПРИ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ

Ксембаев С.С., Нестерова Е.Е., Мамаева Е.В., Мубаракова Л.Н.,
Торгашова О.Е., Хафизова Л.Н., Шарафеев А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Как известно послеоперационный период – важный и сложный этап любого хирургического вмешательства, от которого во многом зависит исход операции. Не являются исключением и мукогингивальные операции, при которых необходим адекватный выбор временной защитной повязки для закрытия образующейся раневой поверхности (Адамян А.А., Лизанец М.Н., Добыш В. и др., 1991).

Цель исследования. Разработать раневое покрытие из сорбента «Целоформ» и оценить его эффективность при операциях вестибулопластики у детей.

Материал и методы. В качестве раневого покрытия был использован порошковый сорбент «Целоформ» основе модифицированной хлопковой целлюлозы (Ксембаев С.С., Вавилов Ю.Г., 2010).

Клиническая часть исследования была проведена у 55 пациентов в возрасте 8–12 лет, которым выполнялась операция вестибулопластики по Эдлану-Мейхеру. Образовавшуюся в ходе операции раневую поверхность слизистой оболочки альвеолярного отростка покрывали порошком «Целоформ».

Результаты. Обоснована техническая возможность использования отечественного сорбента «Целоформ» в качестве раневого покрытия при вестибулопластике.

На следующий день после операции у всех пациентов отсутствовали жалобы на болезненность в области операционной раны. Кроме того, отсутствовал послеоперационный отек тканей нижней губы после проведения вестибулопластики. На наш взгляд это связано с хорошими сорбционными свойствами хлопковой целлюлозы, которая позволяет «дышать» операционной ране и в то же время защищает ее от негативного воздействия агрессивных факторов полости рта (микрофлоры, остатков пищи и т.п.).

На 8–9-й день удаляли раневое покрытие, которое легко отходило от эпителизирующей раны. Полная эпителизация раны наступала на 11–12-е сутки.

Разработан алгоритм закрытия операционной раны: аппликация, по окончании оперативного вмешательства, всей раневой поверхности порошком сорбента «Целоформ» → на следующий и последующие дни подсыпание, по необходимости, порошка по всей поверхности раневого покрытия → назначение туалета рта с использованием растворов антисептика → удаление раневого покрытия на 7–8-й день (при его полном отхождении от эпителизирующей поверхности операционной раны).

В результате оперативного вмешательства у всех детей были устранены аномалии прикрепления мягких тканей – глубина преддверия рта увеличилась до 8–10 мм.

Таким образом, установлена высокая клиническая эффективность раневого покрытия при вестибулопластике на основе сорбента «Целоформ», заключающаяся в обеспечении надежной изоляции раневой поверхности на весь пе-

риод заживления, полном отсутствии болевого синдрома и выраженной воспалительной реакции. При проведении операции вестибулопластики, для улучшения результатов оперативного вмешательства, рекомендуется использовать в качестве раневого покрытия отечественный сорбент «Целоформ», который позволяет устранить болевой синдром и существенно снизить послеоперационную воспалительную реакцию, что положительно сказывается на качестве жизни ребенка в послеоперационном периоде.

Заключение. Таким образом, вследствие использования сорбента «Целоформ» в качестве раневого покрытия при операции вестибулопластика:

- рана защищена от агрессивной среды рта, включая микрофлору, остатки пищи и др., что исключает возможность ее вторичного инфицирования;
- отсутствует болевой синдром, выраженный послеоперационный воспалительный отек и гематомы;
- в послеоперационном периоде не снижается качество жизни ребенка;
- сокращаются сроки заживления операционной раны;
- отсутствуют противопоказания, нет побочных и аллергических реакций.

МЕЗИОДЕНС: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Левенец А.А., Вагин А.В.

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия*

Актуальность: наиболее распространенными сверхкомплектными зубами являются так называемые мезиоденсы. Частота встречаемости подобных одиночных сверхкомплектных зубов по данным разных авторов составляет более 50% от всех случаев сверхкомплектных зубов. Однако выявление таких зубов является затруднительным, так как наличие сверхкомплектного зуба не причиняет дискомфорта, протекает бессимптомно, но при этом он постоянно воздействует на окружающие структуры, влияя на их рост и развитие.

Цель исследования: разработать меры для наиболее раннего выявления маркеров заболевания, своевременной постановки диагноза и назначения лечения, что позволит уменьшить степень проявления или вовсе избежать осложнений от наличия сверхкомплектных зубов.

Материалы и методы: Проведен анализ литературных источников, содержащих сведения о сверхкомплектных зубах во фронтальном отделе верхней челюсти, их этиологии и влиянии на развитие зубочелюстной системы. Так же был проведен анализ клинического случая сочетанной патологии сверхкомплектного зуба и аномалии прикрепления мягких тканей ротовой полости.

Результаты и их обсуждение: Мезиоденс встречается чаще в сменном прикусе и является распространенным заболеванием в детской стоматологии, так как встречается у 0,15–1,9% населения. При этом возраст выявления варьирует от 4,2 до 16,5 лет. У мальчиков данный порок развития встречается чаще, чем у девочек (1,7:1-3,1:1). По одной из теорий мезиоденс является атавизмом- проявлением эффекта спящих генов. Другая утверждает, что сверхкомплектный зуб образуется в результате геминии зубного фолликула. По третьей теории мезиоденс образуется по причине высокой активности зубной пластинки, которая дает начало большему количеству фолликулов. Все три теории опираются на генетический фактор, как причину возникновения аномалии. Диагностика сверхкомплектного зуба не является сложной задачей, если он успел прорезаться. Однако, в большинстве случаев, мезиоденс ретенирован и выявляется случайно, при рентгенологическом обследовании. Так же предпосылками для выявления мезиоденс являются жалобы на развившиеся осложнения, такие как асимметрия лица, зубных рядов, чрезмерная диастема, ретенция и дистопия комплектных зубов, деформация неба, образование одонтогенных кист. Методом выбора в данном случае должна стать компьютерная томография. Она позволит точно определить размер, форму зуба, его взаимоотношение с окружающими анатомическими образованиями. Лечение мезиоденсов только хирургическое и должно проводиться как можно раньше, желательно до 8–10 лет. В таком случае осложнения будут минимальны. С увеличением срока присутствия сверхкомплектного зуба растет необходимость и объем дальнейшего ортодонтического лечения.

Клинический случай. В июле 2021 года в клинику ЦГКБ №1 города Донецка обратились родители мальчика 7 лет с жалобами на неправильное положение зубов на верхней челюсти, косметический дефект, на короткую уздечку верхней губы у ребенка, наличие диастемы. Был осмотрен ортодонтом по месту жительства, выявлен сверхкомплектный зуб на верхней челюсти слева во фронтальном отделе и короткая уздечка верхней губы, направлен в

клинику на консультацию к хирургу-стоматологу. Консультированы зав. отд. Госпитализирован в стоматологическое отделение №2, в плановом порядке, для оперативного лечения с основным диагнозом «Сверхкомплектный зуб верхней челюсти в области 11 зуба». Сопутствующий диагноз- «Короткая уздечка верхней губы». Оперативное лечение: 06.07.21 г. – Проведено атипичное удаление сверхкомплектного зуба, френулопластика под общим обезболиванием. После оперативного вмешательства была назначена антибиотикотерапия, десенсибилизирующая терапия, перевязки послеоперационной раны, физиотерапия 19.07.2021 г. выписан из отделения в удовлетворительном состоянии, с выздоровлением. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением.

Выводы: мезиоден является распространенной, но трудно выявляемой патологией, что становится причиной возникновения широкого спектра осложнений поздней диагностики. Статистические данные подтверждают необходимость разработки скрининговых методов для обнаружения сверхкомплектных зубов, особенно у людей с отягощенной наследственностью, у которых шанс развития заболевания в разы выше. КЛКТ следует считать методом выбора в диагностике мезиоденсов, так как она позволяет получить максимальное количество данных и впоследствии разработать наиболее оптимальный план лечения. Само лечение должно проводиться как можно раньше, быть комплексным и включать хирургическое вмешательство с целью удаления сверхкомплектного зуба и дальнейшее ортодонтическое лечение с целью ликвидации осложнений мезиоденса. Так же стоит уделять внимание сопутствующим заболеваниям, способным в комплексе с влиянием сверхкомплектного зуба вызывать большие нарушения, нежели изолированная патология.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Левенец А.А., Вагин А.В.

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия*

Актуальность. Стоматологическая помощь является одним из самых массовых видов специализированной медицинской помощи, в которой часто нуждаются и дети разного возраста, имеющие различные соматические и психоневрологические сопутствующие заболевания (СЗ). У подобных пациентов повышен риск проявления побочных и токсических эффектов при проведении обезболивания, что требует разработки индивидуального подхода к выбору препарата и методики анестезии.

Цель исследования – разработать наиболее оптимальные и индивидуализированные стандарты проведения анестезии у детей с различной сопутствующей патологией.

Материалы и методы. Был проведен анализ литературных источников, содержащих сведения об эффектах, оказываемых анестезирующими препаратами и их компонентами на различные системы организма. Так же был изучен клинический опыт применения различных анестезирующих препаратов и методик анестезии у пациентов с СЗ.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования были установлены возможные негативные эффекты, которые способны оказывать анестетики при применении их у детей с различными СЗ. Следует отметить, что анестетики и их компоненты и в здоровом организме способны вызывать токсические реакции, воздействуя на разные органы и системы, но в организме с сопутствующей патологией подобные эффекты могут приводить к более тяжелым последствиям, усугубляя течение имеющегося СЗ. Так, местные анестетики в целом снижают сократительную активность миокарда, а у детей с сердечно-сосудистой патологией могут вызвать проявления скрытой или усугубление имеющейся сердечной недостаточности. В этом случае, а также при других заболеваниях сердечно-сосудистой системы, таких как гипертонзия, нарушения сердечного ритма, рекомендуется снизить дозу анестезирующего препарата и вазоконстриктора. У пациентов со склонностью к кровотечениям перед проведением анестезии следует выяснить причину снижения свертываемости. Если она обусловлена приемом антикоагулянтов, то нужно рекомендовать прекращение приема лекарств за несколько дней до вмешательства. При кровотечениях, обусловленных наследственной гемофилией, следует назначить антифибринолитическую терапию перед проведением вмешательства. Так же нужно обратить внимание на концентрацию фактора свертывания, концентрация которого в крови должна составлять более 50%. При выборе техники анестезии у таких пациентов следует отдать предпочтение внутрисвязочной или инфльтрационной анестезии, так как образование гематом при этих способах минимально. При нарушении функций печени снижается метаболизм анестетика, его связывание с белками и увеличивается период полувыведения. Эти факторы значительно увеличивают риск передозировки. Пациентам следует назначать наименьшую

возможную дозу и отдать предпочтение препаратам эфирного типа, которые метаболизируются в плазме крови. У пациентов с сахарным диабетом (СД) адреналин вызывает нарушение регуляции уровня глюкозы в крови, так как является антагонистом инсулина. Перед лечением необходимо оценить степень компенсации СД и при необходимости уменьшить или исключить применение вазоконстриктора. Психоневрологические нарушения у детей могут стать причиной сильного страха при виде шприца и упорного нежелания сотрудничать, к тому же адреналин в составе анестетика будет усиливать проявления стресса у возбужденного ребенка. Решением в данной ситуации может стать применение альтернативных методов обезболивания, например, безигольного инъектора, который ребенок не будет воспринимать как шприц. При психомоторном возбуждении рекомендовано снижение концентрации адреналина в анестетике.

Выводы. При выборе методики и препарата для местной анестезии необходим индивидуальный подход к каждому пациенту, исходя из состояния его соматического и психического здоровья. Необходим тщательный сбор анамнеза, анализ медицинской документации. Так же, если в процессе сбора анамнеза выясняются обстоятельства, которые могут повлиять на проведение местной анестезии, необходимо проконсультироваться с лечащим врачом, у которого ребенок состоит на учете.

ХАРАКТЕРИСТИКА РАСТЯЖИМОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Леус Л.И., Леус П.А., Солдатов В.С., Иорданишвили А.К.

ООО Клиника профилактической стоматологии «Дентхелз», г. Минск, Республика Беларусь;

ООО Лечебно-диагностический центр «Альфа-Дент»,

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

Введение. Сохранение стоматологического здоровья у пациентов, страдающих сахарным диабетом, является актуальной задачей стоматологии. Показано, что практически у всех пациентов, страдающих сахарным диабетом, встречаются воспалительные заболевания пародонта (гингивит, пародонтит). Интерес представляет изучение предрасполагающих факторов, которые усугубляют показатели встречаемости и тяжести течения воспалительной патологии пародонта при эндокринопатиях.

Цель работы. Оценить характеристику растяжимости слюны у детей, страдающих сахарным диабетом.

Методы исследования. В ходе клинической работы были обследованы 25 школьников (8–12 лет), которые были разделены на 2 группы исследования. В 1-ю контрольную группу вошли 17 (8 мальчиков и 9 девочек), которые были практически здоровы. Во 2-ю основную группу вошли 8 (2 мальчика и 6 девочек), которые страдали сахарным диабетом I типа и находились под динамическим наблюдением у районного врача-эндокринолога, а также у врача-стоматолога в рамках динамического наблюдения, обязательного для школьников. В ходе работы изучали растяжимость слюны по методике П.А. Леуса и Л.В. Белясовой (1995). Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05. Исследование соответствовало этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

Результаты и их обсуждение. В ходе осмотра полости рта установили, что у пациентов 2-й основной группы, не смотря на отсутствие клинических признаков сухости слизистой оболочки рта, определялись симптомы хронического гингивита, характеризующиеся застойной гиперемией десневого края и незначительной кровоточивостью. У всех пациентов 2-й группы исследования определялась средняя растяжимость слюны (100%), которая характеризовалась тем, что обрыв нити слюны, после захватывания ее в подъязычной области из образовавшегося за некоторое время «озерца» и выведении из полости рта происходил до кончика носа. Это могло характеризовать ротовую жидкость как повышенной вязкости. У всех пациентов 1-й контрольной группы не было отмечено признаков сухости полости рта. Анализ растяжимости ротовой жидкости показал, что у всех пациентов 1-й группы исследования определялась короткая растяжимость слюны (100%), которая характеризовалась тем, что обрыв нити слюны, после захватывания ее в подъязычной области из образовавшегося за некоторое время «озерца» происходил непосредственно в полости рта ($p < 0,001$).

Исследование показало, что у детей, страдающих сахарным диабетом I типа, не смотря на отсутствие синдрома «сухого рта», отмечается повышение растяжимости ротовой жидкости. Это косвенно характеризует наличие у них повышенной вязкости слюны, что способствует ухудшению самоочистения рта, а также прогрессированию воспа-

лительной патологии пародонта, а также увеличению интенсивности кариозного процесса, что подтверждается рядом исследований (П.К. Леус, 2018; Л.Н. Солдатова и соавт., 2022).

Заключение. У детей, страдающих сахарным диабетом I типа, выявляется повышение растяжимости смешанной слюны, что свидетельствует о необходимости оптимизации лечебно-профилактических мероприятий, в том числе индивидуальной гигиены рта, для повышения их стоматологического здоровья. Учитывая возможность влияния на свойства ротовой жидкости и важность ее нормализации (П.А. Леуса, 2018), важным представляется создание профилактических стоматологических программ для детей, страдающих сахарным диабетом.

АКТУАЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ СПАСТИЧНОСТИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Македонова Ю.А., Павлова-Адамович А.Г., Ярыгина Е.Н.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Распространенность детского церебрального паралича в России составляет 1,7–3,1 на 1000 новорожденных. Заболевание детский церебральный паралич характеризуется двигательными нарушениями, приводящими к ограничению функциональной активности. При спастической форме детского церебрального паралича у пациентов наблюдается гипертонус мускулатуры, в том числе и челюстно-лицевой области.

Врачам-стоматологам очень важно воздействовать на спастичность жевательных мышц, так как при гипертонусе жевательной мускулатуры у пациентов уменьшается объем открывания рта. Детям невозможно полноценно санировать полость рта, проводить профессиональную и индивидуальную гигиену. Таким пациентам лечение зубов, как правило, осуществляют под общим наркозом.

При обследовании 30 детей от 6 до 12 лет со спастической формой ДЦП в 95% случаев наблюдается патологическая стираемость зубов, сколы пломб, травмы вследствие прикусывания слизистой оболочки рта.

Воздействовать на гипертонус жевательных мышц необходимо комплексно, с помощью адаптивной миогимнастики, кинезиотейпирования и инъекций ботулотоксина. Такой комплексный подход поможет получить надежный, стойкий результат. У пациентов с ДЦП после проведенного лечения у всех 30 пациентов улучшился объем открывания рта, из них у 25 человек уменьшилась утренняя боль в области жевательной мускулатуры и усталость в жевательных мышцах.

Таким образом, купирование гипертонуса жевательной мускулатуры у пациентов с ДЦП представляет большой интерес в стоматологии. Уменьшение спастичности жевательных мышц необходимо для предотвращения развития стоматологических заболеваний полости рта у детей с ДЦП.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ ТАХОКОМБ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНАМИ НЕБА

Муратов И.В., Солдатова Л.Н.

ЧОУ ВО СПбМСИ,

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

Введение. Одной из актуальных проблем при хирургическом лечении больных с врожденными расщелинами неба является решение задач фиксациишитых между собой небных слизисто-надкостничных лоскутов к костной основе твердого неба и защита послеоперационной раны от неблагоприятного влияния среды полости рта. До настоящего времени наиболее широко применяемым способом решения этих задач является использование для покрытия послеоперационной раны неба и тампонирования открытых костных участков йодоформной марлей и фиксации слизисто-надкостничных лоскутов лигатурами к слизистой оболочке десны. В некоторых случаях для фиксации лоскутов и защите послеоперационных ран неба применяют пластмассовые назубные пластинки или другие раневые покрытия. Негативными сторонами этого способа защиты и фиксации ран неба являются, прежде всего, цитотоксическое действие йодоформа, быстрое пропитывание марлевых тампонов раневым экссудатом и остатками пищи, трудности адекватной фиксации защитной пластинки у детей раннего возраста. Одним из перспектив-

ных направлений в решении этих проблем является использование в качестве раневого покрытия биологических трансплантатов и биополимеров, в частности различных лекарственных форм на основе коллагена.

Цели исследования. Разработать и внедрить в практику применение раневого покрытия Тахокомб к качестве средства фиксирующего слизисто-надкостничные лоскуты и защищающего открытые раневые поверхности при уранопластике и хирургическом лечении послеоперационных изъянов (дефектов) неба.

Материалы и методы. Для защиты раневых поверхностей неба после уранопластики, фиксации слизисто-надкостничных лоскутов, в качестве пластического материала и стимулирующего регенерацию средства мы предложили (1997) использовать абсорбирующее раневое покрытие Тахокомб. Этот препарат применяют в основном в общехирургической практике для гемостаза и склеивания тканей при вмешательстве на паренхиматозных органах, а также для превентивного лечения лимфатических, желчных, ликворных фистул, в легочной и нейрохирургии в качестве герметизирующего и пластического материала. Тахокомб представляет собой сухую «пенистую» коллагеновую пластину толщиной 0,5 см. покрытую человеческим фибриногеном, бычьим тромбином, бычьим аprotинином, рибофлавином (для обозначения клейкой поверхности). Высококонцентрированный фибриноген и тромбин активируют последнюю стадию каскада свертывания. При контакте препарата с раневой поверхностью содержащиеся в покрытии факторы свертывания высвобождаются и возникает связь коллаген-носителя с подлежащей тканью. Раневая поверхность и коллаген надежно склеиваются во время полимеризации, пластина препарата становится эластичной и принимает контуры подлежащей поверхности. Препарат рассасывается в организме человека и замещается собственной соединительной тканью в течение 3–6 недель.

Начиная с 1997 года, с применением Тахокомба прооперировано более 50 детей в возрасте от 2 до 12 лет с различными типами расщелин неба и изъянами неба после уранопластики.

Результаты. При уранопластике по собственной щадящей методике мы применяем Тахокомб на следующих этапах операции. После шивания слизистой оболочки носа на всем протяжении твердого неба, покрываем препаратом раневую поверхность слизистой носа до границы твердого и мягкого неба и на всю ширину дефекта. После необходимой экспозиции для полимеризации (3–5 мин.), шиваем небные слизисто-надкостничные лоскуты и накладываем коллагеновую пластину на их раневую поверхность. Затем подшиваем эти лоскуты к переднему отделу неба. Таким образом, две пластины Тахокомба оказываются заключенными между слизистой оболочкой носа и слизисто-надкостничными лоскутами неба заполнив весь костный дефект по ширине, выполняя роль гемостатика, герметизирующего, фиксирующего и пластического материала. В боковых отделах неба в области разрезов по Лангенбеку остающиеся незакрытые костные раневые поверхности, прилежащие латеральные раны слизисто-надкостничных лоскутов и альвеолярного отростка перекрываем пластиной Тахокомба. Тем самым надежно фиксируем небные лоскуты к костному основанию неба и защищаем послеоперационную рану от вредных влияний среды полости рта.

Для контроля состояния коллагенового трансплантата, помещенного между листками слизистых оболочек полости рта и носа, мы использовали спиральную компьютерную томографию. При проведении исследования измеряли рентгенологическую плотность исследуемых тканей в единицах Хаундсфилда (НУ). КТ исследование выполнено у 5 больных оперированных с применением Тахокомба через 70–115 суток после операции. Рентгенологическая плотность в области трансплантата составляла соответственно от +85 до +105 НУ. На основании этого можно заключить, что Тахокомб заместился грубой соединительной тканью и является своеобразным каркасом в области закрытого дефекта неба. В одном случае при КТ исследование неба проведено через 3 года после уранопластики. Рентгенологическая плотность по средней линии твердого неба составляла 310 НУ. У одного пациента проведено МРТ исследование через 6 мес. после уранопластики, которое подтвердило интеграцию Тахокомба в структуру твердого неба.

За все время применения Тахокомба (с 1997) мы не наблюдали каких-либо осложнений. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения у всех пациентов благоприятные.

Заключение. Таким образом, можно рекомендовать применение раневого покрытия Тахокомб при операциях по поводу врожденных расщелин неба в качестве гемостатического, стимулирующего регенерацию препарата, дополнительного пластического материала, герметизирующего, фиксирующего и защитного средства.

УЧИМСЯ НА ЧУЖИХ ОШИБКАХ (О СБОРНИКЕ МЕДИЦИНСКИХ ЛЯПСУСОВ ПРОФЕССОРА С.С. КСЕМБАЕВА)

Даниэль Нуриев

ЧОУ ВО СПБМСИ, Санкт-Петербург, Россия

В современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии появилось много новых терминов, знание и грамотное обращение с которыми крайне важно, как для студента вуза, так и для врачей.

Не смотря на подготовку студентов к занятиям, они часто допускают «некорректные выражения», которые могут вызывать улыбку преподавателя.

Хочу поделиться с участниками международной конференции по детской стоматологии и ортодонтии своим впечатлением от знакомства со сборником медицинских ляпсусов (рис. 1), который подготовил известный челюстно-лицевой хирург и врач-стоматолог заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Казанского государственного медицинского университета доктор медицинских наук профессор Саид Сальменович Ксембаев.

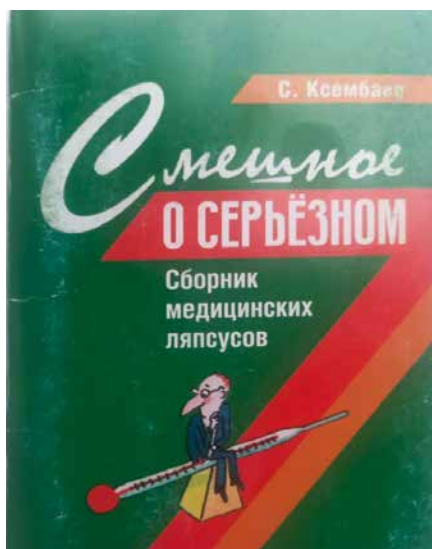


Рис. 1. Сборник медицинских ляпсусов С.С. Ксембаева «Смешное о серьезном» (Издание 9-ое, дополненное и переработанное. – Казань, 2015. – 48 с).

Отметим, что мы знакомимся с 9-м дополненным и переработанным изданием сборника медицинских ляпсусов, которые профессор С.С. Ксембаев за 35 лет своей преподавательской деятельности во время практических занятий, семинаров и лекций. Автор отмечает в сборнике, что его коллеги также помогают ему в пополнении его сборника. В резюме к сборнику отмечается, что в жизни смешное всегда рядом, не надо ничего придумывать. В сборнике представлены более 400 медицинских ляпсусов, врачебных «примочек», которые профессор С.С. Ксембаев, будучи сотрудником Казанского государственного медицинского университета собрал за свою продолжительную лечебно-педагогическую деятельность.

На нас сборник С.С. Ксембаева произвел хорошее впечатление. Согласны с профессором С.С. Ксембаевым и со старой мудростью, что «Мир выжил, потому что смеялся».

Надеемся, что студенты, а также клинические ординаторы ознакомятся со сборником медицинских ляпсусов, составителем которого является профессор С.С. Ксембаев.

ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА, КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ

Огонян Е.А., Огонян В.Р.

*Кафедра стоматологии ИНМФО, кафедра стоматологии детского возраста
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия*

Одним из этиологических факторов в развитии патологической окклюзии у детей являются вредные привычки. Они способствуют протрузии верхних зубов, нарушению роста челюстей, изменению формы зубных рядов, нарушению прикуса в сагиттальном, трансверсальном и вертикальном направлениях. Эти нарушения закрепляются с возрастом и нередко приводят к изменению формы лица и асимметрии. Кроме того, они могут являться причиной заболеваний пародонта, височно-нижнечелюстного сустава, осанки.

Особенность вредных привычек заключается в их автоматизме и произвольности. Поэтому факторы убеждения не всегда эффективны, а универсальных способов устранения нет. Искоренение каждой из вредных привычек требует внимательного отношения и терпения, как со стороны стоматолога, так и родителей, воспитателей и других. Также важной особенностью является отсутствие знаний о последствиях вредных привычек и их влияния на развитие ребенка.

Согласно классификации В.П. Окушко вредные привычки делятся на три группы: привычки сосания (зафиксированные двигательные реакции); аномалии функции (зафиксированные неправильно протекающие функции); зафиксированные позотонические рефлексы, определяющие неправильное положение тела в покое.

Постоянная работа мышц челюстно-лицевой области во время дыхания, глотания, жевания и речи определяет развитие прикуса. Нарушение данных функций, а также наличие привычек сосания способствуют формированию патологической окклюзии.

Полость рта новорожденного инстинктивно обеспечивает функции одновременного сосания и глотания. В толще щеки на щечной мышце находится жировое тело щеки (комочки Биша). В процессе сосания, когда в полости рта возникает отрицательное давление, жировое тело предотвращает западение щек. Активное участие латеральной крыловидной мышцы, щек, губ и языка при сосании способствует правильному развитию челюстно-лицевой области. Особенно быстро происходит рост нижней челюсти в сагиттальном направлении.

Ребенок рождается с безусловным рефлексом сосания. К 2–4-м суткам закрепляются условные рефлексы сосания, и их активность постепенно возрастает. К 1,5 - 2 годам жизни функция сосания постепенно угасает и лишь у отдельных ослабленных детей, чаще у лишенных материнского тепла, угасание задерживается до 3 лет или не происходит. В связи с таким нарушением сосание превращается во вредную привычку и является самой распространенной вредной привычкой у детей. Оно при этом не зависит от чувства голода.

На клиническом приеме врач-стоматолог собрать анамнез жизни ребенка и выяснить этиологические предпосылки возможного возникновения вредной привычки, а также обратить внимание на палец, который сосет ребенок (чаще всего большой палец). Он бывает чище других, тоньше, на его коже нередко заметны кровоизлияния, ноготь истончен. Дети, подростки и взрослые во время сосания пальца отворачиваются, стараются найти укромное место, чтобы избежать насмешек окружающих.

Если не устранить привычку сосания пальца в грудном возрасте, то в последующем развиваются следующие зубоальвеолярные нарушения: протрузия передних верхних зубов («открытый прикус»), нарушение роста челюстей, нарушение смыкания губ (ротовое дыхание), сужение верхнего зубного ряда, «готическое небо» с деформацией дна полости носа, искривлением носовой перегородки.

В зависимости от возраста, стоматологического и общего статуса ребенка выделяют следующие способы устранения привычки сосания пальца: закрытие пальцев рукавичками, фиксирующая локтевая повязка, санация носоглотки, пластика короткой уздечки языка и губы, консультация психолога и (или) психотерапевта, ортодонтическое лечение (вестибулярная пластинка, модели MVP).

ВЛИЯНИЕ ТРАВМЫ РЕЗЦОВ НА РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Плотников А.С., Шишарева А.С., Меньшикова Е.В.

*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России,
г. Екатеринбург, Россия*

Введение. Травма зубов у детей – распространенная патология зубочелюстной системы (ЗЧС), занимает второе место после кариеса среди причин потери зубов. Распространенность травмы зубов составляет до 50% среди всех повреждений челюстно-лицевой области у детей. Среди всех видов травм зубов 80% приходится на передний отдел, а именно на верхние центральные постоянные резцы – до 34%. Большинство травм зубов наблюдается в 8-10 лет, когда у ребенка происходит основное развитие ЗЧС. В этом возрасте дети с дистальной окклюзией и протрузией верхних резцов подвержены высокому риску их травмирования. При отсутствии необходимого объема помощи после травмы нарушается физиологическое развитие ЗЧС, в том числе развитие корней поврежденных зубов и альвеолярного отростка. Впоследствии наблюдается атрофия костной ткани альвеолярного отростка, повышается риск потери зубов при повторной травме, развиваются тяжелые ЗЧА.

Цель исследования – проанализировать развитие ЗЧС у детей после острой травмы верхних резцов у детей с дистальной окклюзией и протрузией верхних резцов.

Материал и методы исследования. Проведен анализ развития ЗЧС у 30 детей 6–9 лет после острой травмы верхних резцов. 15 детям (основная группа) проведено комплексное лечение, у 15 детей (группа сравнения) лечение не проводилось в связи с отказом от лечения родителей. Результаты развития ЗЧС в группах проведены в отдаленные сроки через 3–4 года.

Результаты и их обсуждение. У обеих групп до начала лечения была выявлена дистальная окклюзия с протрузией верхних резцов.

Лечение детей основной группы включало в себя: терапевтическое (восстановление анатомической целостности поврежденного зуба, эндодонтическое лечение) и ортодонтическое лечение (несъемное шинирование зубов с последующим переходом на съемную ортодонтическую технику).

При анализе отдаленных результатов развития ЗЧС в основной группе у всех детей были сохранены поврежденные зубы, сформирована апикальная треть корня, что способствовало дальнейшему росту и развитию альвеолярного отростка в зоне травмы. Коррекция осевого наклона верхних резцов способствовала в 100% случаев уменьшению риска повторной травмы.

В группе сравнения у детей, не получивших соответствующую помощь, отмечено: повторная травма уже поврежденных зубов у 8 детей (53%), из них в половине случаев (у 4 детей – 27%) это привело к удалению зубов. Отсутствие лечения травмированных зубов у 5 детей (33%) привело к гибели ростковой зоны периодонта, у 4 детей (27%) – к резорбции корня зуба и в дальнейшем к развитию резорбции корня зуба у 4 детей (27%) и анкилозу (1 ребенок – 7%), что является неблагоприятным прогнозом для дальнейшего развития ЗЧС ребенка.

Заключение. Установлено, что в отдаленные сроки после своевременно проведенного комплексного лечения детей с дистальной окклюзией и протрузией верхних резцов после острой травмы верхних резцов во всех случаях определяется благоприятное развитие ЗЧС, снижаются риски повторной травмы данных зубов, продолжается физиологическое формирование корней поврежденных зубов и всей ЗЧС.

ПЕРЕКРЕСТНЫЙ ПРИКУС В ПРАКТИКЕ ОРТОДОНТА

Прохорова В.В., Солдатова Л.Н., Шефова А.В.

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

Введение. Перекрестная окклюзия может сопровождаться различными аномалиями зубов, зубных рядов, челюстей и аномалиями окклюзии в других направлениях. По данным различных авторов частота перекрестного прикуса неодинакова в различном возрасте в пределах от 2 до 23% в зависимости от пола, этнических особенностей и уровня стоматологического обследования. Причины развития перекрестного прикуса могут быть самые разнообразные: воспалительные процессы и обусловленное ими нарушение роста челюстей, снижение жевательной функции при множественном кариесе или раннем удалении зубов, нарушение сроков и последовательности прорезывания зубов, нерасстывшие бугры молочных зубов, нарушение носового дыхания; общесоматические заболевания, связан-

ные с нарушением кальциевого обмена; врожденные расщелины неба, нарушение миодинамического равновесия, последствия травм, нарушения опорно-двигательного аппарата, диспластические заболевания. Имеющиеся в трансверсальном направлении аномалии вызывают перестройку зубочелюстной системы не только на уровне зубных рядов и альвеолярного отростка, но и на уровне тела челюстей, что сопровождается выраженными нарушениями функции жевания, блокированием движений нижней челюсти и нарушением координационной деятельности жевательных мышц, приводящие в дальнейшем к асимметрии лица и еще большему нарушению функций.

В доступной литературе имеются исследования, подтверждающие, что у пациентов с сужением верхней челюсти наблюдаются изменения шейного отдела позвоночника. Кроме того, у детей с перекрестным прикусом выявляются асимметрия плеч и лопаток, сколиоз, асимметрия таза и функциональные различия в длине ног по сравнению с группой детей без перекрестного прикуса. Однако в большинстве этих исследований использовались двумерные рентгенографические изображения с присущими им проблемами искажения изображения. Целью ортодонтического лечения является прежде всего нормализация ширины зубных рядов, положение боковых зубов, установление нижней челюсти в правильную позицию с учетом координированной работы жевательных мышц.

Цель исследования. Определить взаимосвязь между наличием одностороннего перекрестного прикуса и отклонением шейных позвонков у пациентов молодого возраста.

Материал и методы. В результате клинического и рентгенологического обследования 170 пациентов в возрасте 18–41 год, обратившиеся за стоматологической помощью, были сформированы 2 группы. В первую группу вошли 19 пациентов (10,9 %) с односторонним перекрестным прикусом и во вторую – 24 (14,1%) пациента (контрольная группа) с нормальной окклюзией. Сравнивали показатели наклона, смещения и отклонение геометрического центра позвонков С1, С2 и С3 (по данным КЛКТ) при нарушении смыкания зубных рядов. Для анализа различий между группами применяли критерий Манна–Уитни и критерий Стьюдента.

Результаты. Наблюдалась достоверная корреляция между отклонением Pog , наклоном окклюзионной плоскости, наклоном нижнечелюстной плоскости и отклонением С2 и С3 у пациентов с односторонним перекрестным прикусом ($p < 0,05$).

Заключение. У пациентов с перекрестным односторонним прикусом отмечается значительное отклонение шейных позвонков по сравнению с контрольной группой. Несвоевременная диагностика перекрестного прикуса увеличивает сроки лечения данной патологии, а также нарушает социальную адаптацию человека в любом возрасте. Лечение и профилактика перекрестной окклюзии зависят от ее вида, формы, этиологии и возраста пациента. Ранняя диагностика перекрестного прикуса позволит скорректировать зубочелюстные соотношения, снизить риск осложнений и предупредить развитие патологии височно-нижнечелюстного сустава.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ГРАФИЧЕСКОЙ РЕПРОДУКЦИИ ФОРМЫ ЗУБНЫХ ДУГ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Пузырева М.Н., Фищев С.Б.

*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение: В клинической ортодонтии высокий процент неудач ортодонтического лечения связан с несовершенной диагностикой аномалий, касающихся формы дентальных дуг и особенностей их размеров. В настоящее время недостаточно изученным остается вопрос о влиянии индивидуальных особенностей зубочелюстной системы и их соразмерности зубным дугам на стабильность результатов лечения в клинике ортодонтии и практической стоматологии, в частности при лечении аномальных форм дентальных арок.

Недостаточно внимания уделено исследованиям переднего сегмента зубных дуг с учетом геометрии круга и расчете основных параметров, по отношению к стабильным величинам, к которым относят медиально-дистальные размеры коронок передних зубов.

Требуется совершенствование методов графического построения дуг при аномалиях их формы и размера с учетом индивидуальных особенностей прогнозируемых зубных дуг.

Цель исследования: Повышение эффективности ортодонтического лечения пациентов с аномальными видами окклюзионных взаимоотношений за счет оптимизации методов математически-графической репродукции формы зубных дуг с учетом индивидуальных особенностей челюстно-лицевой области.

Материал и методы: Сформированы две группы пациентов, в первую группу включены пациенты, лечение которых проводилось с учетом разработанных нами алгоритмов обследования и лечения. Группу сравнения составили пациенты с физиологической окклюзией постоянных зубов. Рекомендованы оригинальные методы анализа одонтологического статуса, имеющие большое значение для клинической стоматологии, в частности для ортодонтии

Заключение: результаты проведенного исследования и сравнение полученных показателей анализа с данными, полученными другими исследователями, позволил нам оценить различные методы графических репродукций для диагностики и выборе методов диагностических и лечебных мероприятий для пациентов с аномальными формами дентальных арок, что в целом было направлено на повышение эффективности лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРЕДОРТОДОНТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНОЙ КОСТРУКЦИИ **Разакова Ш.К., Ашуров Г.Г., Зарипов А.Р.**

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,

кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность. В подростковом возрасте ортодонтическое лечение аномалий зубочелюстной системы встречается достаточно часто. Однако это не говорит о качестве проводимого лечения, так как недостаточная гигиена полости рта и несъемных ортодонтических аппаратов приводит к целому ряду осложнений. Несъемные ортодонтические конструкции в виде брекет-систем имеют множественные ретенционные пункты, из-за которых пищевые остатки скапливаются вокруг крючком, замков, пружин, дуг и других элементов и плохо вычищаются.

Существующий повышенный риск появления ортодонтических осложнений, таких как поверхностная деминерализация эмали, которая развивается в средний, а затем в глубокий кариес, воспалительные заболевания краевого пародонта, требует адекватных профилактических действий. При этом, низкая гигиеническая культура и недостаточная мотивация по уходу за ортодонтической аппаратурой дополнительно осложняют стоматологическую ситуацию у подростков.

По сведениям ряда исследователей, если ранее на долю съемных ортодонтических конструкций приходилось до 90,0%, то на сегодня они используются лишь в 16,0% случаев. По их данным эффективность современных несъемных ортодонтических аппаратов значительно превосходит эффективность съемных, однако процент осложнений со стороны твердых тканей зубов и пародонтальных структур высок именно у подростков, находящихся на лечении несъемными ортодонтическими конструкциями.

В возникновении осложнений ортодонтического генеза ведущую роль играет зубная бляшка и зубной налет, образующиеся из-за избыточного употребления низкомолекулярных углеводов.

В присутствии легкоусвояемых сахаров кариесогенные микроорганизмы полости рта вырабатывают органические кислоты, которые при их длительной экспозиции на эмали зубов провоцируют деминерализацию и образование структурных изменений. Как отмечали J.J. Ji et al. и H.Y. Sim et al., наличие зубных отложений в придесневой области провоцирует воспаление тканей пародонта. В плохо очищенных участках аккумулируются микроорганизмы, которые вырабатывают большое количество органических кислот. Это приводит к локальному снижению pH (до 5,0), повышению проницаемости эмали и ее деминерализации.

Еще одним фактором, способствующим возникновению осложнений со стороны твердых тканей зубов у ортодонтических пациентов, является несоблюдение протокола протравливания. В первую очередь для повышения резистентности эмали к кариесу стоматологу необходимо использовать адгезив, который содержать активные соединения фтора.

С учетом изложенного выше, изучение факторов, влияющих на изменение стоматологического статуса у подростков, проходящих лечение с помощью брекет-систем, является актуальной проблемой, требующей пристального внимания со стороны врачей, пациентов и их родителей.

Цель исследования. Изучить исходные показатели кариесологического и пародонтологического статуса у подростков, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием брекет-системы.

Материал и методы. С целью оценки состояния стоматологического статуса перед ортодонтическим лечением у подростков с аномалиями зубочелюстной системы, обратившихся за оказанием ортодонтической помощи сотрудникам кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в 2023 г., были исследованы 98 пациентов, которым планировалось лечение с использованием брекет-систем. Данные пациенты составили группу наблюдаемых подростков (с исходным предортодонтическим состоянием полости рта). В зависимости от возраста подростки были разделены на две группы: 12–14 лет и 15–18 лет.

Полученные результаты по изучению исходного состояния кариесологического и пародонтологического состояния среди подростков подвергались вариационно-статистической обработке по критерию Стьюдента–Фишера. Для оценки влияния качественных признаков рассчитывали показатель отношения шансов с расчетом 95% доверительного интервала. Достоверными считали результаты, у которых доля допустимой ошибки была не более 5%, т. е. $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. На предортодонтическом этапе исследования результаты проведенного опроса среди подростков показали, что срок с момента последнего визита к стоматологу составил от 4 месяцев до 5 лет. Структуризация периода обращения подростков к стоматологу-терапевту оказалась таковой: 4 месяцев – у 12,2% опрошенных; 6 месяцев – у 17,3%; 1 год – у 32,6%, 2 года – у 15,5%, 3 года – у 6,2%, 4 года – у 11,9%, 5 лет – у 4,3% респондентов.

При изучении исходных показателей интенсивности кариеса в предортодонтическом этапе было установлено, что усредненные величины данного показателя у подростков 12–14 лет составили $7,88 \pm 1,13$. Среди этих же обследованных лиц удельный вес структурных элементов «К», «Р», «Х», «П» и «У» соответствует $3,85 \pm 0,11$ (48,9%), $1,42 \pm 0,45$ (18,0%), $1,99 \pm 0,45$ (25,3%), $0,04 \pm 0,03$ (0,51%) и $0,58 \pm 0,09$ (7,36%) (рис. 1).

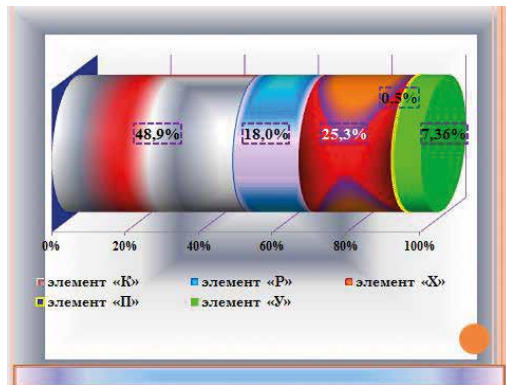


Рисунок 1. Исходное значение структурных элементов интенсивности кариеса зубов у подростков 12–14 лет (в % к общим величинам КПУз)

У подростков 15–18 лет с аномалиями (основная группа) и без аномалии (контрольная группа) зубочелюстной системы показатели интенсивности кариеса зубов составили соответственно $8,72 \pm 1,66$ и $6,35 \pm 1,53$ единиц. В первой исследуемой группе детей удельный вес структурных элементов «К», «Р», «Х», «П» и «У» соответствует $2,76 \pm 0,51$ (31,7%), $2,52 \pm 0,44$ (28,9%), $2,07 \pm 0,54$ (23,7%), $0,03 \pm 0,02$ (0,34%) и $1,34 \pm 0,15$ (15,4%) при соответствующих значениях $3,14 \pm 0,61$ (49,5%), $1,17 \pm 0,32$ (18,4%), $1,36 \pm 0,37$ (21,4%), $0,16 \pm 0,06$ (2,5%) и $0,52 \pm 0,17$ (8,2%) в контрольной исследуемой группе подростков 15-18 лет (рис. 2).

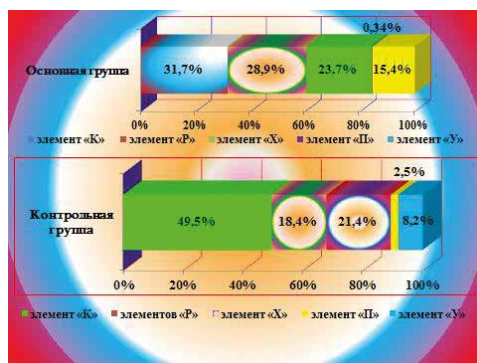


Рисунок 2. Исходное значение структурных элементов интенсивности кариеса зубов у подростков 15–18 лет основной и контрольной группы

При изучении исходного состояния кариесологического статуса у подростков с аномалиями зубочелюстной системы, среди которых планировалось ортодонтическое лечение брекет-системами, у 43,5% обследованных пациентов ранее наложенные пломбы по критериальным параметрам оказались с удовлетворительным качеством. У подростков этой группы время с момента наложения пломб в среднем составило от 2 месяцев до 3 лет. В зависимости от топического расположения кариозных полостей по Блеку ранее наложенные пломбы располагались на дефекты I класса (67,5%), II (19,7%), III (5,5%), IV (3,6%), V (2,8%) и VI (0,9%) классов.

При качественной оценке ранее наложенных пломб среди обследованных подростков в зависимости от вида пломбировочного материала нами выявлено, что в 38,5% случаев пломбы с удовлетворительным качеством были изготовлены из композитов светового способа отверждения, в 24,9% случаев они были изготовлены из композитов химического способа отверждения, в 8,2% случаев пломбы были изготовлены из стеклоиономерного цемента, еще в 28,4% случаев они были изготовлены из традиционного пломбировочного материала.

Проведенная ситуационная оценка позволяет отметить, что из общего количества ранее наложенных пломб среди подростков (147 шт.) реставрации с неудовлетворительным качеством были выявлены в 39,5% случаях (58 пломб) и сроки наложения этих пломб составили от 1 года до 5 лет. В зависимости от топического расположения, ранее наложенные пломбы с неудовлетворительным качеством в основном представлены I классом (44,7%), II (31,2%), III (7,7%), IV (3,9%) и V (11,9%) классом по Блеку.

При сопоставительной оценке предортодонтических показателей кариесологического статуса можно исходит из того, что во всех обследованных группах подростков среди неудовлетворительных реставраций больше всего пломб I и II классов (соответственно 43,3% и 31,2%), меньше III, IV и V классов (соответственно 13,6%, 8,4% и 3,5%). Следовательно, среди обследованных лиц ранее наложенные пломбы с удовлетворительным качеством составили 56,7%, 68,8%, 86,4%, 91,6% и 96,5% соответственно для вышеназванных классов.

При структуризации ранее наложенных пломб среди подростков с аномалиями зубочелюстной системы выяснилось, что из признаков неудовлетворительных пломб с дефектами качества выявлены вторичный кариес (63,6%), нависающий край пломбы (43,9%), сглаженная окклюзионная поверхность (78,8%), нарушение краевого прилегания пломбы (47,8%), отколы пломбы и зуба (23,7%), изменение цвета пломбы (36,6%) и усадка пломб (28,2%),

В зависимости от характера используемого материала для изготовления ранее наложенных пломб среди подростков отмечалась следующая картина: в 10,3% пломбы были изготовлены из композитов светового способа отверждения, из композитов химического способа отверждения - в 36,7% случаев, в 9,7% случаев пломбы были изготовлены из стеклоиономерного материала, а в остальных случаях (43,3%), они были изготовлены из традиционного материала.

От общего количества ранее наложенных пломб в области 147 зубов при рентгенологическом обследовании визуализировалось эндодонтическое лечение в области 69 (46,9%) из них. Интенсивность внутриканального лечения среди обследованных лиц в среднем составила $0,7 \pm 0,2$ зуба на одного подростка. При качественной оценки

эндодонтического лечения с использованием рентгенологического исследования выяснилось, что полноценное внутриканальное лечение было произведено в области 42 (60,9%) от общего количества эндодонтически леченых (69 шт.) зубов, среди которых одно-, двух- и трехкорневых зубов составили соответственно 26,1%, 33,3% и 40,6% (соответственно 18, 23 и 28 зубов). Неполющенному эндодонтическому вмешательству среди обследованных детей подверглись 27 (39,1%) зубов, среди которых количественное значение одно-, двух- и трехкорневых зубов соответствовало 3 (11,1%), 6 (22,2%) и 18 (66,7%) зубов.

В ходе клинико-рентгенологического обследования полости рта у подростков были обнаружены нижеследующие постпломбировочные осложнения, как выведения пломбировочного материала за пределы апикальной части корня зуба (в 4,4% случаев), наличие болей при перкуссии эндодонтически леченого зуба (в 25,3% случаев), недостаточная obturация внутриканального пломбирования на одну и на две трети глубины корня (соответственно 27,2% и 33,8%) наличие резорбтивных перирадикулярных очагов (в 9,3% случаев).

В предортодонтическом этапе исследования исходное состояние пародонтологического статуса среди подростков изучено с использованием индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРІТN). Процентное выражение составляющих показателей названного индекса (СРІТN = 0, СРІТN = 1, СРІТN = 2) в каждом пародонтальном сегменте рассчитано без учета исключенных сегментов (X), так как среди обследованных подростков практически не были выявлены такие сегменты.

Как следует из полученных данных, в боковом отделе верхней челюсти справа такие патологические признаки пародонта как кровоточивость десен (СРІТN 1) и зубной камень (СРІТN 2) выявлены соответственно у 54,1% и 10,2% обследованных подростков. В этом же отделе сегменты с интактным пародонтом (СРІТN 0) составили 35,7% от общего количества обследованных подростков (98 чел.) с наличием зубочелюстной аномалии (табл. 1).

Во фронтальном отделе верхней челюсти доля кровоточивости в индексе нуждаемости по лечению заболеваний пародонта (СРІТN) занимает в среднем 63,3% (62 чел.). Зубные отложения в структуре индекса интенсивности заболеваний пародонта составляют во фронтальном отделе верхней челюсти 16,3% (16 чел.). В остальных случаях (20,4%) среди 20 обследованных детей визуализировались сегменты с интактным пародонтом.

Таблица 1.

Исходное сегментарное состояние пародонта у подростков, находящихся на лечение аномалий прикуса с помощью несъемной ортодонтической конструкции (n = 98)

Компонент СРІТN	Боковой отдел справа		Фронтальный отдел		Боковой отдел слева	
	Верхняя челюсть					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2	10	10,2	16	16,3	13	13,3
1	53	54,1	62	63,3	53	54,0
0	35	35,7	20	20,4	32	32,7
	Нижняя челюсть					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	0	23	23,5	18	18,4	21
1	60	61,2	63	64,3	62	63,3
2	15	15,3	17	17,3	15	15,3

Среди обследованных подростков в боковом отделе верхней челюсти слева абсолютное количество больных с наличием кровоточивости десен и зубного камня соответственно 53 и 13 человек при соответствующем процентном значении 54,0 и 13,3%. Доля лиц без признаков поражения пародонтальных структур занимает в среднем 32,7% (32 чел.).

У детей, нуждающихся в ортодонтическом лечении наиболее пораженным отделом пародонта является фронтальный участок на нижней челюсти, где число лиц со здоровым пародонтом составляет минимальное значение (18,4%) по сравнению с другими отделами слева и справа (соответственно 23,5 и 21,4%). Во фронтальном отделе нижней челюсти у 64,3% обследованных детей с аномалиями прикуса отмечены сегменты с кровоточивостью десен (64,3%), а также значительное число пациентов с зубными отложениями (17,3%). В структуре признаков поражения пародонта среди обследованных детей зубные отложения в боковых отделах нижней челюсти справа и слева составляют равнозначным величинам (соответственно 15,3%). Доля кровоточивости среди обследованных подростков составила соответственно 61,2 и 63,3%.

Заключение:

1. При изучении исходного состояния кариесологического статуса у подростков с аномалиями зубочелюстной системы, среди которых планировалось ортодонтическое лечение брекет-системами, у 43,5% обследованных пациентов ранее наложенные пломбы по критериальным параметрам оказались с удовлетворительным качеством.

2. Среди обследованных подростков, проходящих ортодонтическое лечение, был выявлен очень высокий уровень интенсивности кариеса и заболеваний пародонта. На данные показатели в первую очередь повлияли такие условия, как неудовлетворительная гигиена полости рта.

УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА И ИХ РОДИТЕЛЕЙ КАСАТЕЛЬНО КАЧЕСТВЕННОГО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА НА ФОНЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Рафикова Н.Ф., Кардашенко Я.Р., Ткаченко Т.Б.

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

Введение. Химиотерапевтическое лечение часто приводит к осложнениям в виде орального мукозита. Профилактировать побочные реакции и минимизировать степень их выраженности можно благодаря качественной гигиене рта. Но есть факторы, затрудняющие проведение должного ухода за полостью рта: высокий риск развития кровотечений и травматизации десен на фоне цитопении; ограниченные мануальные навыки в детском возрасте; неблагоприятный микробный фон; отсутствие должного внимания стоматологов, онкологов к данному вопросу; отсутствие рекомендаций по поддержанию хорошей гигиены и сохранению здоровья полости рта в период химиотерапии.

Цель. Оценка осведомленности родителей пациентов детского онкологического центра касательно качественного ухода за полостью рта на фоне противоопухолевой терапии. Выполнение санитарного просвещения пациентов и их родителей имеет немаловажное значение для поддержания стоматологического здоровья и предотвращения осложнений со стороны ротовой полости, которые могут возникнуть во время химиотерапевтического лечения.

Материалы и методы. На базе НИИ ДОГиТ имени Р.М. Горбачевой была проведена научно-исследовательская работа, в которой по письменному согласию родителей приняли участие 48 детей и подростков в возрасте от 1 года до 18 лет, из них – 20 девочек и 28 мальчиков. Всем пациентам проводилась химиотерапия с учетом возраста и физического состояния. Для обследования пациентов были использованы следующие методы: анкетирование, опрос, осмотр, определение КПУ, определение индекса Э.М. Кузьминой.

Результаты. Результаты анкетирования выявили низкий уровень осведомленности пациентов детского возраста и их родителей по поводу ухода за полостью рта: во время осмотра у многих пациентов выявлено неудовлетворительное состояние полости рта, у большинства имеются стоматологические осложнения на фоне противоопухолевой терапии; стоматологический осмотр показал низкий уровень гигиены рта у пациентов данной группы; интенсивность кариеса зубов в расчете на группу обследуемых пациентов онкологического центра интерпретируется как высокая; анализ полученных данных указывает, что пациентов следует обучить основным навыкам индивидуальной гигиены рта и назначить лечебно-профилактические средства с учетом их конкретного состояния; результаты исследования свидетельствуют о важности проведения уроков гигиены полости рта среди пациентов и их родителей, а также необходимости рекомендаций по поводу ухода за полостью рта в период химиотерапевтического лечения.

Выводы. Отмечается рост онкологических заболеваний из года в год. Оральный мукозит – один из наиболее серьезных осложнений противоопухолевой терапии. Важно профилактировать побочные реакции со стороны СОПР

и по возможности уменьшить тяжесть их проявления. Этого можно достигнуть благодаря обучению пациентов правильному качественному уходу. При этом вовлекать в процесс родителей. Необходимо уделять внимание роли санации полости рта перед лечением и давать рекомендации по поводу ухода в период химиотерапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА С ПОМОЩЬЮ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА НА ОСНОВЕ СТЕВИИ

Романенко И.Г., Гайдарев В.К.

*Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского,
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия*

Актуальность. По данным ВОЗ за 2022 год, заболевания полости рта являются наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями и поражают около 3,5 миллиарда человек от раннего до старческого возраста, из них 2 миллиарда человек страдают от кариеса зубов. На последние 30 лет пришлось более 1 миллиарда новых зарегистрированных случаев заболеваний полости рта, 43% из которых – кариес зубов.

Одним из основных факторов развития кариеса является зубной налет – биопленка. Ее метаболиты способствуют деминерализации твердых тканей зуба, а ассоциированные с ней бактерии (к примеру, такие как *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus Salivarius*) связаны с патогенезом различных заболеваний полости рта, включая кариес зубов, гингивит и периодонтит. Профилактические методы, направленные на подавление кариесогенной биопленки, способствуют снижению уровня распространенности и интенсивности кариеса зубов у различных групп населения.

В 2015 году Перес М.А. и соавт. оценили общемировые затраты на профилактику заболеваний полости рта более чем в 500 миллиардов долларов (прямые затраты на стоматологические заболевания – 356,80 миллиардов долларов, а косвенные – 187,61 миллиарда долларов). Поскольку ведущую роль в развитии биопленки играет сахараза, все чаще среди научных работ встречаются исследования по применению сахарозаменителей в профилактике заболеваний полости рта. Нас заинтересовали работы по изучению стевии – натурального продукта с противокариозными свойствами.

Цель. Оценка антимикробного потенциала растворов стевии в отношении патогенов, способствующих возникновению кариеса зубов.

Материалы и методы. Поиск литературы был осуществлен по ключевым словам «кариес», «стевия», «сахарозаменитель» в комбинации с поиском по терминам «стоматология» и «профилактика», на русском и английском языках, в источниках по стоматологии и наукам о полости рта с использованием баз данных библиотек от PubMed Central и Google Академия.

Результаты. В поисках «золотого стандарта» среди сахарозаменителей для профилактики кариеса зубов, ученые-исследователи пришли к выводу, что такой сахарозаменитель должен:

- обладать достаточной подслащивающей способностью;
- не иметь неприятного привкуса;
- быть неканцерогенным и немутагенным;
- быть относительно недорогим;
- должны быть термостабильным (т. е. выдерживать температуру приготовления);
- содержать мало калорий или вообще не содержать их.

Нас заинтересовал сахарозаменитель *Stevia rebaudiana* Bertoni. Стевия является натуральным заменителем сахара, который производится на основе растительных ингредиентов. Ввиду ее низкого гликемического индекса, она является предпочтительной альтернативой сахару для людей с диабетом, а благодаря своей термостойкости ее можно использовать в кулинарии и выпечке. Установлено, что стевия не способствует росту и ферментированию кариесогенных бактерий полости рта, а может даже сдерживать их рост, тем самым препятствуя их адгезии к поверхностям зубов. По этой причине стевию часто используют в сочетании с другими подсластителями, такими как фруктоза и глюкоза которые могут быть кариесогенными. Эти свойства были доказаны многолетними исследованиями врачей и ученых во всем мире.

В 2010 году в Бразилии оценили влияние полоскания раствором стевии на образование зубного налета. В первый день исследования у группы из восьми студентов-стоматологов-добровольцев был проанализирован индекс Силнесс-Лоэ. Перед исследованием всем была проведена профессиональная чистка зубов. Добровольцам давали

раствор сахарозы для полоскания по 1 минуте четыре раза в день в течение 5 дней. После периода промывания в течение 2 дней тем же добровольцам давали раствор стевии для полоскания аналогичным образом. Раствор стевии был приготовлен путем кипячения 100 граммов листьев стевии в течение двух часов в 3 литрах дистиллированной воды. Установлено снижение количества зубного налета на 57,82% после полоскания стевией, по сравнению с ополаскиванием сахарозой.

В 2017 году было изучено влияние на состояние десен и зубного налета ежедневного применения 10%-ного ополаскивателя для полости рта со стевииозидом. Было сформировано четыре группы по 27 девочек в возрасте 12–15 лет каждая: 1-я с применением 0,2% хлоргексидина глюконата; 2-я 0,05% фторида натрия, 3-я 10,6% стевииозида и 4-я плацебо. После 6-месячного исследования авторы пришли к выводу, что стевия обладает более мощным противокариозным свойством по сравнению с другими ополаскивателями полости рта.

Группа со стевииозидом показала максимальное снижение показателей зубного налета и воспаления десен через 6 месяцев на 8 и 10% соответственно, за ней следуют группа с хлоргексидином (7,4%) и группа с фторидом натрия (5,2%). Однако участники группы плацебо показали увеличение показателей зубного налета и воспаления десен на 1,5 и 1,8%, соответственно. Повторное обследование еще через 6 месяцев подтвердило, что зарегистрированные значения были такими же, как исходные для всех трех групп, за исключением группы с плацебо, где наблюдалось увеличение распространенности кариозного поражения зубов.

Выводы. Несмотря на распространение стандартов гигиены полости рта во всем мире, кариес зубов по-прежнему остается серьезной проблемой. Существует необходимость в разработке новых методов профилактики кариеса. Недавние исследования показывают, что применение сахарозаменителей в стоматологии может быть подходящей альтернативой.

Доказано, что ополаскиватели полости рта на основе стевии могут быть эффективными в уменьшении зубного налета, и следовательно, в профилактике кариозного процесса. Необходимы дальнейшие исследования для изучения влияния употребления стевии на кариес зубов.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ АНАЛИЗЕ БОКОВОЙ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЫ

Рыбаков А.В., Зубкова Н.В., Маркеева Е.С.

Кафедра стоматологии ФГБОУ ВО СПбГУ,

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

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

Цифровые технологии стали неотъемлемой частью повседневной жизни. Инновации, особенно в цифровой сфере, приобретают беспрецедентные масштабы, возможности использования цифровых решений в области стоматологии огромны.

Цель данной работы – повышение эффективности ортодонтического лечения на основе цифровизации и искусственного интеллекта, используемых в цефалометрическом анализе при выявлении ортодонтических ориентиров, для диагностики и планировании лечения.

Разработано приложение – программное обеспечение для цефалометрического анализа. Созданная программа направлена на повышение эффективности и качества медицинской помощи в ортодонтии.

Простота интерфейса программы позволяет врачу-ортодонту на первичном приеме за считанные секунды провести диагностику ТРГ по выбранным параметрам и составить предварительный план лечения.

В ПО существует возможность создания индивидуальной методики анализа ТРГ.

ПО позволяет проводить процесс обучения нейронных сетей с целью, создания автоматического алгоритма локализации анатомических ориентиров, и автоматизации диагностики непосредственно на основе цефалограммы.

Цефалометрический анализ широко используется в ортодонтии. Ручная локализация цефалометрических ориентиров на рентгеновских изображениях является трудоемким процессом с высокой вероятностью ошибок. Существуют исследования демонстрирующие большие успехи в обнаружении ориентиров с помощью методов искусственного интеллекта.

Показано, что ИИ может автоматически находить анатомические ориентиры на рентгеновских цефалометрических изображениях с очень высокой точностью. Использование нейронных сетей позволит вытеснить панорамные снимки более информативными трехмерными исследованиями КЛКТ.

Для обучения нейронных сетей требуется огромное количество входных данных, которые не должны быть 100% достоверными. В процессе обучения ИИ может генерировать выходные данные и использовать их в качестве входных, и таким образом самообучаться. Однако, если не вносить опорные данные для корректировки и не давать оценку результатам, самообучение ИИ приводит к необратимым дефектам в результирующих моделях.

Эталонные данные являются основой обучения нейронных сетей. Формирование эталонных наборов входных и выходных данных для анализа результатов лежат на плечах экспертов, занимающихся подготовкой первичных данных. Накопление большого количества таких данных зависит от достоверности и стабильности исполнения, значит, либо один человек выполняет работу, либо создается методика, которая уменьшает вероятность отклонения от идеального результата.

Выводы: при анализе боковой телерентгенограммы современное программное обеспечение с искусственным интеллектом обеспечивает точность, сравнимую с точностью обученных специалистов в диагностических оценках. Эти системы направлены на повышение эффективности и качества медицинской помощи в ортодонтии.

САНОЛОГИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ОСНОВНЫХ АГЕНТОВ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ – ОСНОВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Свердлова С.В., Соколович Н.А., Джухангирова Н.З.

ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследования обусловлена необходимостью разработки эффективных стратегий и методов формирования санологической культуры у детей через активное участие основных агентов социализации. Раннее внедрение правильных гигиенических привычек и усвоение знаний о здоровье полости рта способствует предотвращению заболеваний и созданию основы для долгосрочного стоматологического благополучия путем формирования у детей осознанного отношения к своему здоровью на протяжении всей жизни.

Цель исследования: анализ заболеваемости детей кариесом в зависимости от уровня санологической культуры родителей.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном на базах СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 24» и СПб ГБУЗ «Городская детская стоматологическая поликлиника №6», приняли участие 344 ребенка в возрасте 6–7 лет и их родители (законные представители), сопровождавшие детей на профилактическом осмотре в рамках подготовки к школе. Осмотр полости рта детей проводился врачом-стоматологом детским. В ходе исследования изучен показатель интенсивности кариеса зубов КПУ+кп, внесенный врачом в «Лист первичного осмотра медицинской карты стоматологического больного» в соответствии с требованиями к его заполнению. Родителям была предложена анкета по вопросам стоматологической грамотности, разработанная для данного исследования.

Полученные результаты систематизированы, произведен расчет параметров средних величин и их отклонений для последующего статистического анализа данных с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты. Исследование подтвердило, что родители играют ключевую роль в сохранении и поддержании стоматологического здоровья детей, а низкий уровень санологической культуры родителей приводит к более высокой интенсивности кариеса зубов у их детей. Родители недостаточно ответственно подходят к поддержанию и укреплению здоровья зубов детей, не соблюдают рекомендованный алгоритм посещения стоматолога, недостаточно активны в обучении и контроле выполнения детьми гигиенических процедур, не внимательно следят за состоянием зубов детей, особенно молочных.

Значительная часть родителей (23%) приводили своих детей к стоматологу перед поступлением в детское дошкольное учреждение или при возникновении проблем с зубами (6%). Только у 7% детей первый визит к стоматологу был до года, 20% родителей привели своего ребенка к стоматологу в 1 год. Эти данные свидетельствуют о недостаточном осознании родителями важности регулярных и ранних посещений стоматолога, с одной стороны, и невозможности получения консультативной помощи специалиста по вопросам первичной профилактики стоматологических заболеваний с другой.

Только 41% опрошенных родителей начали чистить зубы своим детям с момента их прорезывания. В ходе исследования получены данные, свидетельствующие о том, что чем раньше ребенку начинают чистить зубы, тем ниже интенсивность кариеса: среднее значение кп у таких детей 4,12, у детей, которые чистят зубы с 3-х лет- 5,37. Самый высокий средний показатель кп обнаружен у 12% детей, родители которых не смогли ответить на вопрос о начале гигиенических процедур в полости рта детей, среднее значение показателя кп у данной группы детей 6,57.

На вопрос «Помогают ли они своему ребенку чистить зубы, только 26% родителей ответили положительно. У 41% родителей дети чистят зубы самостоятельно без какого-либо контроля. 33% родителей не помогают детям, но контролируют процесс и/или результат чистки зубов, проведенной ребенком. Средние показатели интенсивности кариеса демонстрируют более высокий ее уровень у детей, которые чистят зубы самостоятельно – 2,75 (кп 4,51). Среднее значение показателя «к» значительно ниже у детей, которым родители помогают чистить зубы (дочищая) – 1.82 (кп 3,63). При этом статистически значимая зависимость обнаружена между тем, с какого возраста ребенку начали чистить зубы и тем, помогают ли родители чистить зубы ребенку сейчас.

Проанализировав ответы родителей на вопрос, о наличии у ребенка проблем с зубами, мы обнаружили, что 28% родителей утверждают, что таких проблем нет. Однако не у всех детей, родители которых были убеждены в отсутствии проблем, интактные зубы.

Выводы:

1. Санологическая культура родителей является важным фактором в сохранении и укреплении стоматологического здоровья детей;
2. Ответственность за мотивацию, обучение и контроль выполнения ребенком гигиенических процедур в полости рта лежит, в первую очередь, на родителях. Следовательно, необходимо сосредоточить усилия на просветительской работе среди родителей, активно включать их вместе с детьми в программы профилактики стоматологических заболеваний для осознанного формирования здоровых привычек и у детей, и у родителей.

ОСТЕОПАТИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОРТОДОНТА

Скумина П.С., Зубкова Н.В.

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

В последние годы в процесс ортодонтического лечения все чаще в включается врач-остеопат. Несмотря на то, что официальное утверждение должности «врач-остеопат» и специальности «Остеопатия» произошло в 2012 году (приказ Минздрава РФ №), остеопатическое лечение давно обрело популярность не только в стоматологии и ортодонтии. Сейчас, как показал обзор сайтов ведущих стоматологических клиник Москвы и Санкт-Петербурга, услуги остеопата становятся обязательным сопровождением ортодонтического лечения. Это диагностика, лечение и профилактика, направленные на восстановление функции гармонии организма, остеопат-невролог может решать проблемы головных болей, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и многое другое. Однако, вопросы о том, при каких именно зубочелюстных аномалиях и деформациях нужно обращаться к остеопату, на каком этапе лечения, в каком возрасте, чего ожидать от остеопатического лечения и как мотивировать пациента – эти вопросы в публикациях освещены скупо и недостаточно подробно.

При обзоре литературы по теме были найдены единичные упоминания о показаниях к применению методов остеопатии. Чаще всего они были связаны с расслаблением мышц, уменьшением напряжения и нормализацией равновесия. Благодаря устранению данных симптомов, у пациентов улучшалась осанка, прекращались жалобы на головные боли, боли в жевательных мышцах и мышцах шеи, нарушения жевания, глотания и дыхания. Что касается непосредственно ортодонтического лечения, то авторы отмечают более благоприятный результат лечения после взаимодействия врача-ортодонта и врача-остеопата, не конкретизируя с помощью методов доказательной медицины эффекты остеопатического воздействия и их длительность.

Постников М.А. приводит результаты исследования о том, как остеопатическое лечение влияет на изменение прикуса. По данным статьи у группы детей, которые проходили лечение у остеопата параллельно исправлению дистального прикуса, наблюдалось расширение зубных дуг, а длина переднего отрезка дуги становилась более гармоничной и приближенной к норме. Дети посещали остеопата на протяжении двух месяцев каждые две недели, а затем - по индивидуальному плану.

Байрамовой Л.Н., Закировой Г.Г., Текутьевой Н.В. был выявлен ряд показаний для посещения врача-остеопата. По их мнению, врачам ортодонтам следует задуматься о привлечении врача-остеопата к лечению пациентов, у которых в анамнезе есть рождение путем кесарева сечения, осложнения в антенатальном и постнатальном периоде, неврологические нарушения, зубочелюстные аномалии и установленные ортопедические конструкции. Остеопатическое лечение, по мнению авторов, направлено на исправление мышечных напряжений после каждой активации, коррекцию стойкости результата после завершения ортодонтического лечения, а также сокращение лечения по

времени в 2,7 раз. Однако четких клинических рекомендаций по взаимодействию ортодонта и остеопата при лечении зубочелюстных аномалий у детей и у взрослых мы не нашли. Упоминания об остеопатическом вмешательстве сводятся к общим выражениям о том, что облегчается адаптация к аппаратам, ускоряется процесс лечения, уменьшается количество осложнений.

Нами было проанализировано 35 источников литературы, в том числе электронных, среди которых – публикации на сайтах частных клиник, но, не было найдено информации, которая указывала бы врачу-ортодонту на необходимость посещения пациентом врача-osteопата именно для помощи в лечении патологического прикуса. Анонимный опрос 4 врачей остеопатов показал, что чаще всего пациенты попадают к ним по направлению врача ортодонта. Анонимный опрос 29 врачей-стоматологов показал, что 62% врачей направляли пациентов к остеопату, при этом 52% врачей не знали, какой именно эффект хотят получить. Анонимный опрос 13 взрослых пациентов, проходящих ортодонтическое лечение лично, показал, что в 70% случаев остеопатическое лечение имело положительный эффект, но 50% из опрошенных пациентов не понимали, что именно может и делает остеопат. При этом важность остеопатического лечения при различных соматических нарушениях, дисфункциях и патологиях развития не вызывает сомнения. Конкретные клинические рекомендации по взаимодействию этих двух специальностей ортодонтии и остеопатии – отсутствуют. Поэтому задача их формирования является актуальной.

АНАЛИЗ АКТУАЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Солдатов Л.Н., Шефова А.В.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

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

Введение. Диагностика в ортодонтии один из самых важных этапов. Проведение диагностических исследований в необходимом объеме и корректная интерпретация полученных данных позволяет выбрать оптимальную тактику лечения и является профилактикой осложнений. Исправление тесного положения зубов требует увеличения периметра зубной дуги. Это может быть достигнуто увеличением длины и ширины зубного ряда. Современная тенденция к значительному расширению и уменьшению боковые «щечных коридоров» при улыбке, не только повышает эстетику улыбки, но и является предрасполагающим фактором к возникновению ортодонтически ассоциированных рецессий десны. Возникают вопросы относительно стабильности полученных трансверсальных параметров зубного ряда в долгосрочной перспективе и сохранения здоровья пародонта.

Цель. Провести анализ стабильности зубоальвеолярного расширения, проведенного во время ортодонтического лечения.

Материал и методы. Выборка состояла из 126 пациентов, жителей г. Санкт-Петербург и Ленинградской области. Для повышения достоверности исследования дополнительно была сформирована группа контроля. Исследование состояло из клинического и параклинического этапов, на которых производилась оценка трансверсальных параметров и состояния тканей пародонта на разных этапах ортодонтического лечения. Для объективизации результатов полученные данные были статистически обработаны с помощью параметрических и непараметрических методов.

Результаты. Максимальный объем зубоальвеолярного расширения достигается в области премоляров. Ширина зубного ряда достоверно снижается в период T1-T2, что говорит о нестабильности расширения и требует дополнительных исследований (различия статистически значимы, $p < 0,01$).

Выводы. Зубоальвеолярное расширение имеет тенденцию к рецидиву в первый год после активной фазы ортодонтического лечения. Перерасширение зубного ряда может приводить к появлению рецессий десны. Необходимо составлять план ортодонтического лечения с учетом данных особенностей.

НЕДОСТАТОК МЕСТА В ЗУБНОМ РЯДУ

Степанов Г.В., Ульянова Л.Г., Аверьянов С.В., Высочкина А.С.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара,
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия*

Дефицит места в зубном ряду является достаточно распространенной причиной неправильного положения зубов, аномалий окклюзии зубных рядов. Актуальность вопроса не потеряла значимости и в настоящее время. За ортодонтической помощью обращаются дети, подростки, взрослые. Указанная аномалия приводит к эстетическим и функциональным нарушениям, ухудшая качество жизни пациентов, а также может спровоцировать развитие других нарушений в зубочелюстно-лицевой области. Причины дефицита места в зубном ряду разнообразны: это может быть сужение зубных рядов, нарушение сроков прорезывания зубов, преждевременное удаление отдельных временных или постоянных зубов, увеличение размеров коронок, наличие свежкомплектных зубов. Появление недостатка места в зубном ряду может быть связано с нарушением носового дыхания. Имеют место быть инфекционные заболевания, наследственная предрасположенность, диспропорция челюстей, их недоразвитие, макроглоссия, патология ЛОР-органов. Немаловажным этиологическим фактором этой аномалии является наличие вредных привычек у ребенка, например сосание большого пальца или посторонних предметов, а также инфантильный тип глотания. Нередко к дефициту места в зубном ряду приводит сочетание всех перечисленных причин. При скудном положении зубов, вследствие неудовлетворительной гигиены полости рта возникает риск возникновения кариеса и заболевания тканей пародонта. В связи с расширением представлений о взаимосвязи аномалий окклюзии с общими нарушениями в организме требуется комплексный подход и использование современных методов. Ведущим обследованием является клиническое. Оно включает статистическое и динамическое исследования. Активно применяются дополнительные методы исследования (рентгенологические и функциональные, антропометрические), тепловизиография. Также существует множество других дополнительных методов исследования данной патологии. Проводят измерение зубов, измерение длины зубной дуги, изучение взаимоотношений размеров зубов, анализ лабораторных диагностических моделей верхней и нижней челюстей, измерение апикального базиса, графические методы диагностики. Важно использование современных методов диагностики состояния мышечных структур. Обилие этиологических факторов вызывает необходимость применения комплексного лечения пациентов с недостатком места в зубном ряду с привлечением специалистов другого профиля, например, терапевтов, оториноларингологов, эндокринологов, психоневрологов и других. Не стоит также забывать и о профилактике. Проводится динамическое наблюдение, которое позволяет обеспечить предупреждение развития зубочелюстно-лицевых аномалий. Важно проводить следующие мероприятия: 1) осуществлять медико-генетические консультирование; 2) организовывать рациональный режим труда, отдыха, питания беременной женщины, охранять ее здоровье; 3) организовывать гигиенический уход за ребенком, проводить гигиеническое воспитание; 4) обеспечивать плановую лечебно-профилактическую стоматологическую санацию детского и взрослого населения; 5) выявлять семейное предрасположение к развитию зубочелюстных аномалий; 6) предупреждать рецидивы зубочелюстных аномалий.

Целью исследования является выявить и проанализировать результаты лечения пациентов с дефицитом места в зубном ряду.

Обследованы 27 пациента, которые имеют дефицит места в зубном ряду, 54 ортопантограммы, 54 телерентгенограммы в боковой проекции, 108 пар диагностических гипсовых моделей челюстей.

На лечение было принято 27 пациентов с дефицитом места в зубном ряду, из них 18 женского пола и 9 мужского пола. Возраст пациентов составил от 12 до 36 лет. Дефицит места для отдельных зубов составил от 3 мм и более. 23 пациента лечились с использованием хирургического метода, а именно с удалением отдельных зубов. Применяли ортодонтические аппараты: как съемные, так и несъемные. Съемные аппараты представляли из себя базисные пластинки с винтом для расширения, кламмерами для фиксации аппарата на зубных рядах. Из несъемных аппаратов применяли брекет-систему: металлический вариант, эстетический (фарфоровые, пластиковые, сапфировые). У всех пациентов, получивших ортодонтическое комплексное лечение, достигнут положительный результат. У двух пациентов при анализе отдаленных результатов был обнаружен рецидив - незначительные тремы в области удаленных зубов.

Лица, обратившиеся на прием к врачу-ортодонту с недостатком места для отдельных зубов в зубном ряду должны получать комплексное обследование. Последовательность и логичность при обследовании пациентов позволяют установить взаимосвязь отклонений в зубочелюстно-лицевой области с жизнедеятельностью организма в целом.

Выбором правильного варианта лечения врач-ортодонт обеспечивает гарантированный положительный результат после комплексного лечения. Кроме эстетического эффекта пациенты получают нормализацию функции всей зубочелюстной системы и улучшение качества своей жизни.

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕЙ С ВЗРЫВНОЙ ОСКОЛОЧНОЙ ТРАВМОЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Тарануха С.В., Левенец А.А., Авраменко О.О.

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия*

Введение: Боевые огнестрельные, осколочные и минно-взрывные травмы в области головы и лица у мирного населения представляют особо сложные случаи для челюстно-лицевых хирургов из-за разрушительных последствий для костных и мягких тканей, вызывающих серьезные повреждения как с эстетической, так и с функциональной точек зрения. Быстрое оказание многодисциплинарной медицинской помощи необходимо для избегания катастрофических последствий, вызванных разрушением анатомии лицевого скелета, образованием критических состояний в связи с объемами и степенью разрушений в челюстно-лицевой области, а также нарушениями мозговой деятельности. Лечение травм в челюстно-лицевой области отличается от других видов повреждений из-за разрушений мягких и костных тканей и необходимости извлечения осколков. В данной работе рассматривается случай оказания первичной специализированной медицинской помощи пациенту с такой травмой.

Цель исследования: представить клинический случай с взрывным осколочным повреждением средней и нижней зоны лица у ребенка.

Материалы и методы: Проведен анализ ведения случая взрывной осколочной травмы у пострадавшей, первично госпитализированной в стоматологическое отделение для детей №2 ЦГКБ №1 г. Донецка.

Результаты и их обсуждение: со слов родственников ребенка, 28.07.2023 около 12:00, в результате артиллерийского обстрела, одного из центральных районов г. Донецка, ребенок получил осколочное ранение в области лица. Кратковременно теряла сознание, тошноты, рвоты не было.

Пострадавшая 9 лет, поступила в клинику 28.07.2023 г. в 13:50, с места происшествия доставлена бригадой скорой медицинской помощи, госпитализирована в стоматологическое отделение для детей №2 в ургентном порядке. Состояние тяжелое. Пострадавшая в сознании, сознание заторможенное, контактная.

Результаты медицинского обследования: Клинический анализ крови: Эритроциты – 4,06 г/л; Гемоглобин – 115 г/л; Л – 19,0; Гематокрит – 32.

Необходимо учесть, что у пострадавшей замечен повышенный уровень лейкоцитов и нормальные значения эритроцитов, гемоглобина и гематокрита, что указывает на наличие посттравматического стресса, а также гемокоцентрации у ребенка. Уровень лейкоцитов колеблется в значительных пределах, что отражает ход травматической болезни.

Установлен предварительный диагноз: Взрывная травма, ЗЧМТ: осколочное повреждение средней и нижней зоны лица: травматическая ампутация среднего и переднего отделов правой щеки, угла рта, верхней и нижней губы, мягких тканей подбородка и переднего отдела тканей дна полости рта с переходом на передний отдел левой щеки. Травматическая ампутация ментального отдела нижней челюсти вместе с фронтальной группой зубов, ампутация переднего отдела альвеолярного отростка верхней челюсти и фрагмента резцовой кости с вскрытием правой и левой гайморовых пазух. Перелом левой скуловой кости. Перелом костей носа. Гематома шеи, правого нижнего века и подчелюстной области справа. Травматический шок. Травматический гайморит справа и слева.

28.07.2023 г. бригадой врачей отделения ЧЛХ выполнена первичная хирургическая обработка раны средней и нижней трети лица: под наркозом, после антисептической обработки операционного поля произведена ревизия раны, проведен гемостаз путем прошивания и перевязки кровоточащих сосудов, произведено удаление свободных костных фрагментов ментального отдела нижней челюсти, фрагментов зубов. Кожно-жировые лоскуты подбородочной области, правой и левой щеки мобилизованы и по возможности ушиты на себя с целью уменьшения раневой поверхности. Вскрытые гайморовы пазухи промыты раствором антисептика и тампонируются йодоформной турундой, концы которых выведены в полость рта. Также тампонированы и носовые ходы. Швы на кожу нить монофил. Послеоперационная рана многократно промыта растворами антисептиков. Гемостаз по ходу опера-

ции. Послеоперационные раны дренированы тремя ленточными выпускниками. Наложена асептическая повязка. Общая длительность операции составила не более 3 часов.

После проведения оперативного вмешательства пострадавшая осмотрена врачом-реаниматологом РЦЭМП и МК ДНР. Для дальнейшего лечения, обследования в экстренном порядке переведена по линии РЦЭМП и МК в РДКБ г. Донецка в отделение интенсивной терапии.

Выводы: Одной из главных проблем, связанных с минно-взрывными травмами, является их разрушительный характер. Мины, снаряды и взрывные устройства производятся с угрозой причинения максимального ущерба здоровью, и их действия приводят к настолько разрушительным последствиям, что они не только прерывают жизнь многих людей, но и оставляют после себя серьезные последствия для выживших. Важно понимать, что урон пострадавшим наносится не только физический, но и психологический что в дальнейшем потребует много усилий для возвращения к нормальной жизни, особенно если учитывать детский возраст пострадавшей, представленной в этом клиническом случае.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В СТОМАТОЛОГИИ. ВОЗМОЖНОСТИ, ОЖИДАНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ

Темирова Х.Т., Васильченко О.В., Маркеева Е.С., Ткаченко Т.Б.,
Зубкова Н.В., Бархатова Ч.Т.

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

Введение. Компьютерные технологии с каждым днем все больше внедряются в жизнь человека. На сегодняшний день медицина, в частности стоматология, не является исключением. Кооперация врачей и программистов позволило накопить некую базу данных на основе клинических случаев и создать искусственный интеллект, который активно применяется докторами в процессе диагностики и лечения заболеваний. В последние годы благодаря нейросетям стоматология становится все более технологичной и инновационной.

Данная тема востребована и требует внимания, изучения, а так же развития. Поскольку создание и использование искусственного интеллекта в стоматологии, в работе врача-ортодонта поможет оптимизировать качество диагностики и лечения зубочелюстных аномалий, а также рационально организовать труд врача-ортодонта.

Цель. Изучение искусственного интеллекта в стоматологии, его возможностей. Раскрытие роли искусственного интеллекта в ортодонтии. Создание программы для анализа телерентгенограммы.

Материалы и методы исследования. При написании работы были использованы современные методы: обобщение и систематизация известных данных научной отечественной и зарубежной литературы; сопоставительный, сравнительный и экспериментальный методы. Для написания практической части была проведена работа по созданию программы для анализа телерентгенограммы совместно с программистами.

Результаты. В ходе изучения представленной темы, нами были проанализированы используемые в стоматологии программы искусственного интеллекта, представлена их характеристика, принципы работы, возможности на сегодняшний день, применение в практике врача-ортодонта. Проведено сравнение основных параметров существующих программ. Главной составляющей технологии искусственного интеллекта является нейросеть, обучение которой лежит в основе создания алгоритмов искусственного интеллекта. Положено начало в разработке собственной программы для анализа телерентгенограммы. Отобрано 60 снимков с нормальными значениями параметров <ANB, числа wits. Положено начало в создании нейросети и ее обучении в распознавании телерентгенограммы, расстановки основных костных ориентиров (A, B, ANS, PNS, N, S, Go, Me).

Выводы. Благодаря активному развитию современных технологий в ортодонтии существует возможность проведения быстрой, точной и широкой диагностики, проведения лечения и его прогнозирования с использованием возможностей искусственного интеллекта. Необходимо проводить работы по совершенствованию и созданию программ с широкими возможностями для оптимизации работы врача-ортодонта. Несомненно, нейросеть не может заменить врача, однако она может стать отличным помощником в его профессиональной клинической и научной деятельности.

ДИАГНОСТИКА И ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Ткаченко Т.Б., Бахтин М.А.

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

Введение: В последнее время пациенты все чаще обращаются к врачу-стоматологу с проявлениями мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. Обращения пациентов могут быть как с жалобами на боли, наличие щелчка в области ВНЧС, ограничением открывания рта и др., так и без конкретных жалоб. Даже при отсутствии жалоб от пациента стоматолог может обнаружить клинические проявления мышечно-суставной дисфункции. Поэтому крайне важно правильно собрать диагностические данные, маршрутизировать таких пациентов и спланировать дальнейшую их стоматологическую реабилитацию.

Цель: Разработать протокол диагностики для пациентов с жалобами и клиническими проявлениями мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 30 пациентов взрослого возраста с различными жалобами и клиническими проявлениями мышечно-суставной дисфункции.

Результаты: пациенты прошли максимально полный протокол исследования: сбор жалоб, анкетирование, осмотр, пальпация, фотопротокол, снятие параметров анатомической и/или кинематической лицевой дуги, МРТ-исследование височно-нижнечелюстного сустава, КЛКТ, ТРГ в боковой и/или прямой проекции.

Заключение: В результате проделанной работы разработан протокол этапной диагностики пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС, учитывая комплексный подход к стоматологической реабилитации данных пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ РЕНТГЕНЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОРТОДОНТИИ

Ткаченко Т.Б., Зубкова Н.В., Маркеева Е.С., Бархатова Ч.Т.

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

Анализ боковой телерентгенограммы (ТРГ) является обязательным для планирования ортодонтического лечения пациента. Во всех расчетах присутствуют угловые и линейные параметры, оценивая которые, мы формулируем диагноз.

В докладе отражены результаты разработки и использования дополнительных параметров рентгенцефалометрической диагностики, позволяющих представить более полную картину зубочелюстной аномалии/деформации, динамику изменений в ходе лечения и после него. Лишь 30 % аномалий прикуса наследственно обусловлены по этиологическим факторам, то есть такие, которые невозможно предотвратить. Остальные 70 % имеют приобретенный характер и свидетельствуют об отсутствии системы массовой профилактики. Известно, что неправильная осанка приводит к суставным заболеваниям, проблемам с пищеварением и сердечно-сосудистой системой. неизбежно происходят изменения и в челюстно-лицевой области. Шейный лордоз – естественный изгиб позвоночника в шейном отделе, состоящем из 7 позвонков (C1-CVII). Различают физиологический и патологический лордоз. Выраженность шейного лордоза на боковой телерентгенограмме позволяет предположить наличие, или отсутствие мышечного спазма, возможную травму.

Целью нашего исследования был анализ положения шейных позвонков на профильной телерентгенограмме и корреляция полученных данных с характером зубочелюстной аномалии.

Было отобрано 300 ТРГ ортодонтических пациентов, критерием включения служили: возраст от 18 лет, отсутствие ортогнатических операций и врожденных пороков развития в анамнезе. По параметрам углов и некоторым линейным параметрам (ANB, NSGn, Pm-Pr и др.) ТРГ разделили на следующие группы:

100 чел. – мезиальный прикус.

100 чел. – дистальный прикус.

100 чел – норма.

Анализировались величины углов N-S-C1; N-S-CII; N-S-CIII; N-S-CIV. Измерительные точки ставились на середине передней поверхности 4 позвонков, как наиболее четко видимых на боковой ТРГ. Для удобства позвонки обозначали арабскими цифрами.

По результатам измерений получены следующие результаты:

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

В результате была выявлена корреляция между скелетным классом зубочелюстной аномалии и положением головы относительно шейных позвонков C I-C IV. Анализ положения шейных позвонков на этапе диагностики с помощью телерентгенографии позволяет более точно планировать комплексную реабилитацию пациента – дает объективное обоснование необходимости лечения у смежных специалистов, таких как невролог-остеопат.

ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ВВЕДЕНИИ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА С ПОМОЩЬЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА **Фархуллин А.И., Ткаченко Т.Б.**

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

Местная анестезия играет ключевую роль в оказании качественной стоматологической помощи. Несмотря на то, что 98% всех стоматологических вмешательств требуют выполнения местной анестезии, лишь 16% пациентов не испытывают психоэмоционального напряжения перед данной процедурой. Наиболее распространенный метод обезболивания в стоматологии достигается путем введения местного анестетика с помощью инъекции. В связи с высокой степенью беспокойства, которое вызывает эта процедура среди пациентов, в последние десятилетия были разработаны альтернативные системы и методы введения анестетиков, направленные на снижение дискомфорта во время процесса обезболивания. Совершенствование безыгольных инъекторов неразрывно связано с изучением параметров введения раствора местного анестетика. Разработка новых методов и аппаратов для обезболивания позволяют врачу достичь более высокого уровня профессионализма в работе и оказании качественной стоматологической помощи.

ОПТИМИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РТА В РЕТЕНЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

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

Введение. Ретенционный период является важнейшим этапом, в течении которого структурное и функциональное состояние органов и тканей рта должно полностью восстановиться после длительного ортодонтического лечения. Увеличение времени нахождения ортодонтической аппаратуры в полости рта, связанное с использованием ретенционных аппаратов также повышает риск развития осложнений со стороны твердых тканей зубов и пародонта, при этом проблема профилактики этих осложнений освещена недостаточно полно.

Цель исследования. На основе многоуровневого исследования состояния органов и тканей рта оценить эффективность применения современных отечественных средств интраоральной гигиены в ретенционном периоде ортодонтического лечения.

Материалы и методы. Обследовано 84 пациента от 18 до 45 лет в ретенционном периоде ортодонтического лечения. Контрольную группу составили 32 человека, использующие привычные средства гигиены. Пациентам второй группы (28 человек) были назначены противовоспалительные средства гигиены первые 7 дней после снятия аппаратуры; затем использование комбинации противовоспалительных и реминерализующих интраоральных средств на основе гидроксиапатита. В третьей группе (24 человека) назначен ополаскиватель на основе бензидамина (0,15%) и хлоргексидина (0,05%) первые 7 дней после снятия аппаратуры; затем использование привычных

средств гигиены и любых средств для реминерализации эмали на ночь. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью индекса РМА и индекса СРITN. Кариесрезистентность эмали определяли с помощью ТЭР-теста. Изучение десенситивного действия производилось с помощью индекса чувствительности зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского. Обследования пациентов проводились в день снятия несъемной ортодонтической аппаратуры, через 7 дней, через месяц и через 3 месяца от начала исследования.

Результаты. Динамика изменения индекса СРITN во второй группе составила 9,1% спустя 7 дней применения, 35,6% через месяц исследования и 46,2% через 3 месяца от начала наблюдения. Динамика изменения индекса РМА составила 13,6% спустя 7 дней применения, 39,7% через месяц исследования и 47,7% через 3 месяца от начала наблюдения. Реминерализующая эффективность во второй группе через 7 дней улучшилась на 13,1%, через месяц применения до 36,1% и через 3 месяца возросла до 57,4%. У пациентов второй группы десенситивная эффективность составила 27%, спустя 1 месяц – 47%, через три месяца – 56%.

Заключение. Полученные данные позволяют рекомендовать апробированные средства ухода за полостью рта в ретенционном периоде ортодонтического лечения с целью первичной и вторичной профилактики заболеваний твердых тканей зубов и пародонта после снятия несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ИНТРАОРАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ В РЕТЕНЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,

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

Введение. Ретенционный период является важнейшим этапом, в течении которого структурное и функциональное состояние органов и тканей рта должно полностью восстановиться после длительного ортодонтического лечения. Увеличение времени нахождения ортодонтической аппаратуры в полости рта, связанное с использованием ретенционных аппаратов также повышает риск развития осложнений со стороны твердых тканей зубов и пародонта, при этом проблема профилактики этих осложнений освещена недостаточно полно.

Цель исследования. На основе многоуровневого исследования состояния органов и тканей рта оценить эффективность применения современных отечественных средств интраоральной гигиены в ретенционном периоде ортодонтического лечения.

Материалы и методы. Обследовано 84 пациента от 18 до 45 лет в ретенционном периоде ортодонтического лечения. Контрольную группу составили 32 человека, использующие привычные средства гигиены. Пациентам второй группы (28 человек) были назначены противовоспалительные средства гигиены первые 7 дней после снятия аппаратуры; затем использование комбинации противовоспалительных и реминерализующих интраоральных средств на основе гидроксипатита. В третьей группе (24 человека) назначен ополаскиватель на основе бензидамина (0,15%) и хлоргексидина (0,05%) первые 7 дней после снятия аппаратуры; затем использование привычных средств гигиены и любых средств для реминерализации эмали на ночь. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью индекса РМА и индекса СРITN. Кариесрезистентность эмали определяли с помощью ТЭР-теста. Изучение десенситивного действия производилось с помощью индекса чувствительности зубов Л.Ю. Ореховой – С.Б. Улитовского. Обследования пациентов проводились в день снятия несъемной ортодонтической аппаратуры, через 7 дней, через месяц и через 3 месяца от начала исследования.

Результаты. Динамика изменения индекса СРITN во второй группе составила 9,1% спустя 7 дней применения, 35,6% через месяц исследования и 46,2% через 3 месяца от начала наблюдения. Динамика изменения индекса РМА составила 13,6% спустя 7 дней применения, 39,7% через месяц исследования и 47,7% через 3 месяца от начала наблюдения. Реминерализующая эффективность во второй группе через 7 дней улучшилась на 13,1%, через месяц применения до 36,1% и через 3 месяца возросла до 57,4%. У пациентов второй группы десенситивная эффективность составила 27%, спустя 1 месяц – 47%, через три месяца – 56%.

Заключение. Полученные данные позволяют рекомендовать апробированные средства ухода за полостью рта в ретенционном периоде ортодонтического лечения с целью первичной и вторичной профилактики заболеваний твердых тканей зубов и пародонта после снятия несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы).

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕТЕНЦИИ ПОСТОЯННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Филоненко С.А., Солдатова Л.Н.

*ЗАО «МЕДИ», кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

Аномалии формирования и прорезывания зубов приводят к развитию патологических состояний и являются актуальной проблемой современной стоматологии. Ретенция постоянных клыков верхней челюсти занимает второе место после ретенции третьих моляров нижней челюсти, достигая 3 % по данным зарубежных авторов и составляет 51,1% среди всех ретенированных зубов, приводя к морфофункциональным и эстетическим нарушениям. Наиболее часто (67%) ретенированные клыки на верхней челюсти имеют небное расположение. К основным этиологическим факторам ретенции верхних постоянных клыков относятся нарушение сроков прорезывания, преждевременная утрата молочных зубов, наличие сверхкомплектных зубов, сужение зубного ряда, изменение назомаксиллярного комплекса, воспалительные, опухолеподобные и травматические повреждения челюстей, а также редуцированные изменения в жевательном аппарате человека. Лечение пациентов с ретенцией верхних клыков длительное, сложное, требует комплексного подхода, при этом, с возрастом частота осложнений возрастает до 50%. Успех лечения ретенции зубов зависит от командной работы врачей разных специализаций и требует тщательной диагностики, основанной на учете ряда критериев, которые станут определяющими в выборе тактики хирургического и дальнейшего ортодонтического лечения.

На сегодняшний день выделяют 3 группы факторов, приводящие к неудачам при лечении ретенции: факторы, зависящие от пациента (особенности морфологии, возраст, степень выраженности ретенции, наличие резорбций, отсутствие кооперации); факторы, зависящие от ортодонта (неверное определение локализации ретенированного зуба, ошибки выбора вектора силы, отсутствие адекватной опоры, выбор неэффективной аппаратуры, неучет резорбции корней ретенированного или соседних зубов); факторы, зависящие от хирурга (неправильное определение локализации, создание неадекватного доступа, повреждение ретенированного или прилежащих к нему зубов, повреждение мягких тканей, проведение хирургического лечения без предварительного ортодонтического планирования).

Установлено, что благоприятный прогноз самостоятельного прорезывания ретенированного клыка возможен в случае, если угол расположения ретенированного клыка относительно средней линии не превышает 31°. У пациентов в возрасте старше 13 лет большинство авторов рекомендуют прибегать к хирургическому обнажению коронки ретенированного клыка.

V.G. Kokich (2004) выделяет 4 критерия, которые должны оцениваться при планировании обнажения коронки ретенированного клыка: вестибуло-оральное расположение зуба, положение клыка относительно линии переходной складки, толщина прикрепленной десны в области ретенированного клыка, мезиодистальное положение коронки ретенированного клыка. Различные комбинации этих критериев будут определять тактику хирурга, от которой будет зависеть успех или неуспех ортодонтического лечения.

Наиболее активно долгие годы ортодонтами и хирургами используется метод закрытого прорезывания (направленное ортодонтическое прорезывание), который подразумевает фиксацию ортодонтического элемента (брекета или кнопки) к ретенированному клыку с последующим ушиванием раны и немедленным назначением ортодонтической тяги. Однако, в случае неверного выбора вектора тяги возможны такие осложнения как резорбция корней соседних зубов, потеря костной ткани, увеличение сроков ортодонтического лечения и, как следствие, времени ношения ортодонтического аппарата. Наиболее щадящим и эффективным можно считать метод самостоятельного (автономного) прорезывания, в результате которого проводится иссечение мягких и твердых тканей в области коронки ретенированного клыка, а после заживления коронка оставляется открытой и ортодонтическая тяга не назначается. Данный метод способствует сокращению сроков активного периода ортодонтического лечения, а также, позволяет избежать осложнений. В результате наблюдения за пациентами не было диагностировано резорбции корней боковых резцов, а появление рецессии десны в области перемещенного зуба было выявлено только у одного человека (9,09%), что на 32,57% меньше чем при методе направленного ортодонтического прорезывания.

Заключение. Полученные результаты согласуются с данными предыдущих исследователей, что позволит применять данный метод лечения ретенции клыков небной локализации не зависимо от возраста пациента и расположения соответствующего зуба.

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Хелашвили Е.З., Шишмарева А.С., Шишмарева Ю.С.

*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Россия*

Введение. Профилактика зубочелюстных аномалий (ЗЧА) у детей представляет собой актуальную проблему в стоматологии. По данным литературы, в России демонстрируется рост распространенности ЗЧА с возрастом: 1–3 года – до 33%; 4–6 лет – до 71%; 7–15 лет – до 89%. Чем старше дети, тем большее их количество нуждается в ортодонтическом лечении и меньшее – в профилактике. Поэтому важно своевременное выявление факторов риска нарушений зубочелюстной системы (ЗЧС) и реализация первичной профилактики у детей.

Цель исследования – оценить распространенность факторов риска нарушений зубочелюстной системы у детей Свердловской области.

Материал и методы исследования. Региональное эпидемиологическое обследование проводилось в соответствии с приказом № 296-п Правительства Свердловской области Министерства здравоохранения Свердловской области от 18.02.2022 г. в следующих городах: Екатеринбург, Качканар, Красноуфимск, Ревда. В исследовании приняли участие 455 детей, в том числе 66 детей в возрасте 3–5 лет и 114 детей 6 лет. При обследовании детей фиксировались нарушения развития ЗЧС и факторы риска развития ЗЧА.

Результаты и их обсуждение. При детализации данных проведенного исследования обращает на себя внимание высокая частота случаев с нарушением (задержкой) физиологической стираемости временных зубов: 27% – у трехлетних детей; 52% – у шестилетних. Этот фактор риска приводит к смещению нижней челюсти и развитию тяжелых нарушений ЗЧС. Дефекты зубных рядов в случае ранней потери временных зубов определялись в 19% случаев у детей 6 лет. Ранняя потеря временных зубов приводит к вторичным деформациям зубных дуг, присоединению функциональных нарушений, возникновению заместительных привычек, нарушает прорезывание постоянных зубов и развитие жевательного аппарата в целом. Выявлен высокий показатель нарушений функций ЗЧС: 31,8% – у детей 3 лет; 54,4% – у детей 6-ти лет. «Вредные» привычки такие как сосание пальцев, губ, щек, предметов, инфантильное глотание, прикусывание щек, губ; дисфункции языка, неправильное положение во время сна (атипичная привычка спать) наблюдались в 16% случаев у детей 6 лет.

Заключение. Проведенное исследование показало высокую распространенность факторов риска нарушений зубочелюстной системы: у детей 3–5 лет один и более факторов риска выявлены в 42,42%; у детей 6 лет – в 61,4% случаев.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ НЕБНОГО ШВА И МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ДО И ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДИАСТЕМОЙ

Худоеров С.А., Ашуров Г.Г.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино»

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность. При обследовании пациентов разных возрастов часто встречаются анатомо-функциональные аномалии развития преддверия полости рта. Это связано с нарушением архитектоники тканей преддверия полости рта, которое оказывает влияние на состоянии околозубных тканей, а также играет значительную роль в возникновении зубочелюстных аномалий. Следствием патологии преддверия полости рта являются диастема, тремы, а также оголение шеек и корней зубов фронтальной группы. Одной из причин образования диастемы также принято считать недостаточно обывзвествленный небный шов. Строение небного шва в норме описано в множественных наблюдениях.

Рентгенологическое исследование небного шва с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии при нарушении окклюзионного взаимоотношения зубов в виде диастемы и после ее устранения ортодонтическими

аппаратами на сегодняшний день отсутствует. В указанном аспекте малочисленны и сведения о причинах вариативности формы межальвеолярной перегородки, которая, по сведениям ряда исследователей, может быть заостренной, сглаженной и воронкообразной.

В связи с этим была поставлена **цель** – изучить рентгенологические особенности строения переднего участка небного шва и вершины межальвеолярной перегородки между центральными резцами у детей с плотным расположением, диастемой и после ортодонтического сближения центральных резцов.

Материал и методы исследования. У 63 детей в возрасте от 6 до 14 лет при отсутствии диастемы между центральными резцами, обратившихся по поводу кариеса, его осложнений и дефектов коронок резцов, строение небного шва было принято за норму (1-я группа). 75 детей того же возраста с полным комплектом резцов и диастемой составили 2-ю группу. После ортодонтического лечения рентгенологическое состояние небного шва нами изучено у 60 детей в возрасте 6–12 лет с диастемой при ее вариативности 1,8–5,2 мм.

С использованием конусно-лучевой компьютерной томографии фронтального участка верхней челюсти, полученным в идентичных проекциях, изучено направление небного шва в переднем отделе, ширина его на уровне равномерности, где смежные компактные замыкательные пластины параллельны, а также форма межальвеолярной перегородки. Сближение центральных резцов проводили пластинками с пружинами и коронками с резиновой тягой в течение 2–6 месяцев. Измерения проводили штангенциркулем с точностью до 0,1 мм при увеличении флюороскопа в 2 раза. Размер диастемы измеряли на модели челюсти.

Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Достоверность полученных результатов обеспечивалась применением стандартных диагностических методик и критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. У детей обеих групп обнаруживался непрерывный небный шов в виде полосы просветления. Следовательно, небный шов существует и заращение его происходит в более старшем возрасте. Среди обследованных детей без диастемы линия небного шва оказалась прямой и извилистой, среди которых частота прямого и извилистого небного швов зарегистрирована примерно одинакова (52,4 и 47,6% соответственно). Полученные материалы позволяют отметить, что влияния возраста сказывается на появлении извилистого небного шва очень слабо ($r = 0,32$; $p < 0,001$), поскольку наибольшая оксификация небного шва в переднем отделе, судя по рентгенологическим материалам, происходит перед и во время прорезывания центральных резцов верхней челюсти, а затем замедляется.

У детей без диастемы ширина небного шва варьирует от 0,1 до 0,7 мм и не зависит от возраста ($r = 0,1$). Это позволило рассчитать его ширину в норме у детей 6–14 лет ($0,25 \pm 0,03$ мм). При этом нами установлено, что ширина небного шва во фронтальном отделе верхней челюсти слабо связана с его прямолинейностью ($r = 0,19$). Также среди обследованных детей без диастемы преобладала заостренная формы межальвеолярной перегородки (71,3%), уплощенная перегородка обнаружена у 25,7%, воронкообразная – у 3,0% обследованных (рис. 1).

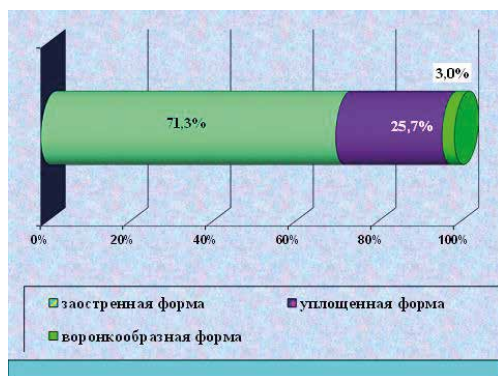


Рисунок 1. Частота распространения формы межальвеолярной перегородки в зоне центральных резцов у детей без диастемы

Связь заостренной межальвеолярной перегородки с возрастом детей и прямым направлением шва выражена очень слабо (в обоих случаях $p = 0,01$). Более отчетливая связь прослеживалась между заостренной межальвеолярной перегородкой и узким швом ($r = 0,51$; $p < 0,001$). Следовательно, в сменном прикусе возраст детей мало влияет на уплощение межальвеолярной перегородки и заращение небного шва. Несомненная зависимость установлена между заращением небного шва и заостренной межальвеолярной перегородкой.

У детей с диастемой между центральными резцами прямой небный шов выявлен у 64,0% детей, извилистый – у 36,0% (рис. 2), то есть почти в 2 раза ниже. На появление извилистого небного шва еще слабее, чем в норме, влияет увеличение возраста детей ($r = 0,21$; $p = 0,05$). Ширина небного шва у детей этой группы варьировала от 0,2 до 1,2 мм и не была связана с шириной диастемы ($r = 0,02$), что подтверждается расположением центральных резцов верхней челюсти пари диастеме на расстоянии от краев небного шва.



Рисунок 2. Частота распространения формы небного шва у детей с диастемой

В сменном прикусе сужение небного шва с возрастом очень слабо выражено ($r = 0,25$; $p = 0,02$). Это позволило высчитать его среднюю ширину. Согласно нашим рентгенологическим данным, в среднем у детей с диастемой небный шов в месте его переднего окончания равен $0,43 \pm 0,02$ мм, что достоверно больше нормы ($p = 0,001$) и указывает на недостаточную и более позднюю его оксификацию. Связь между сужением небного шва и появлением его извилистого строения отсутствует ($r = 0,002$).

У обследованных нами детей с диастемой заостренная межальвеолярная перегородка обнаружена в 45,3% случаев, сглаженная – в 44,0%, воронкообразная – в 10,7% случаев (рис. 3).

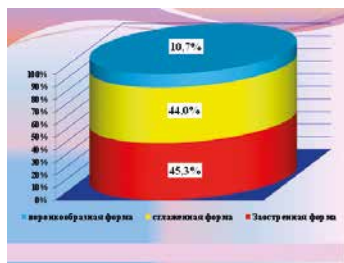


Рисунок 3. Частота распространения формы межальвеолярной перегородки в области центральных резцов у детей с диастемой

Как свидетельствуют данные рисунки, по сравнению с нормой частота заостренной перегородки уменьшена, а воронкообразной – увеличена. Форма межзубной перегородки не зависит от величины диастемы ($r = 0,14$; $p > 0,1$). Также обнаружена средняя связь между заостренной межальвеолярной перегородкой и узким небным швом ($r = 0,48$; $p < 0,001$). Из этого следует, что узкий шов, как и в норме, сочетается с заостренной межальвеолярной перегородкой. Форма межзубной перегородки не зависит от величины диастемы ($r = 0,14$; $p > 0,1$). Обнаружена средняя связь между заостренной межальвеолярной перегородкой и узким небным швом ($r = 0,48$; $p < 0,001$). Влияние возраста обследованных детей на уплощение и появление воронкообразной межальвеолярной перегородки выраже-

но сильнее, чем в норме ($r = 0,57$; $p < 0,001$). Связь между шириной небного шва и уплощением межальвеолярной перегородки средняя ($r = 0,4$; $p < 0,001$).

Устранение диастемы после проведения ортодонтического лечения не изменило направления небного шва. Так, у 24 детей (40,0%), как свидетельствует данные КЛКТ, сохранился прямой небный шов и у 11 (18,3%) – извилистый. Ширина небного шва у $\frac{1}{4}$ вылеченных детей ортодонтическим способом осталась неизменной. Это касается детей, у которых ширина небного шва находилась в пределах 0,2–0,4 мм. У остальных обследованных детей отмечено сужение небного шва. При этом ширина небного шва составила 0,1–0,6 мм при среднем размере 0,25±0,02 мм, т.е. эти параметры нормализовались. Приходится констатировать, что ширина небного шва у детей с диастемой после осуществления ортодонтического лечения не зависела от возрастного фактора ($r = 0,13$).

Во всех случаях, после ортодонтического лечения заостренная межальвеолярная перегородка не претерпела рентгенологических изменений, а сглаженные и воронкообразные межальвеолярные перегородки стали у большинства детей заостренными. В результате после реализации ортодонтического лечения среди 60 детей заостренная межальвеолярная перегородка выявлена у 45 (75,0%) детей, сглаженная – у 14 (23,3%), воронкообразная – у 1 (1,7%) (рис. 4).

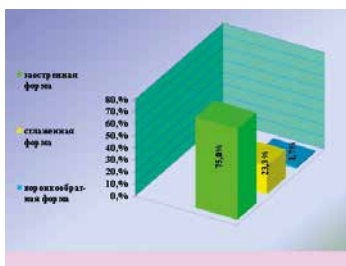


Рисунок 4. Частота распространения формы межальвеолярной перегородки после реализации ортодонтического лечения у детей с диастемой

Полученные рентгенологические данные позволяют отметить, что форма межальвеолярной перегородки у детей с диастемой не зависела от ширины небного шва ($r = 0,02$). Заостренная межальвеолярная перегородка одинаково часто сочеталась с прямыми и извилистыми швами ($r = 0,44$; $p < 0,001$), как и у ортодонтически нелечившихся детей с диастемой (15 человек).

У 35 (58,3%) детей с диастемой прослежено состояние небного шва и межальвеолярной перегородки спустя 1-3 года после ортодонтического лечения. Среди обследованных детей если исходное значение ширина небного шва составляло 0,1–0,5 мм, то после ортодонтического лечения сохранялась неизменной независимо от возраста детей ($r = 0,11$). Средняя ширина небного шва равнялась 0,26±0,02 мм, т.е. соответствовала норме ($p > 0,05$). Следовательно, ширина небного шва после ортодонтического лечения диастемы при нарушении окклюзионного взаимоотношения зубов осталась стабильной.

После проведенного ортодонтического лечения у детей с диастемой в отдаленные сроки наблюдения (спустя 3 года) небный шов у 22 (36,7%) детей стал извилистым, у 13 (21,7%) – остался прямым. Среди обследованных детей с диастемой после ортодонтического лечения извилистый шов не приобрел прямолинейный очертаний. Между возрастом и изменением направленности небного шва зависимости нами не обнаружено ($r = 0,16$). Между длительностью наблюдения и появлением извилистого небного шва связь оказалась очень слабой ($r = 0,22$; $p = 0,05$). В то же время между шириной небного шва после ортодонтического лечения и в отдаленные сроки наблюдения нами установлена средняя связь ($r = 0,64$; $p < 0,001$). Следовательно, спустя длительное время после сближения центральных резцов у детей с диастемой после ортодонтического лечения в ряде случаев происходит незначительное изменение ширины небного шва. При нарушении окклюзионного взаимоотношения зубного ряда и увеличении его размера это может послужить причиной рецидива диастемы.

В отдаленные сроки наблюдения после ортодонтического лечения нами обнаружено существование межальвеолярной перегородки различной формы. Так, из 16 детей с заостренной межальвеолярной перегородкой у 12 (75,0%) после ортодонтического лечения она осталась без изменений, у 4 (25,0%) – стала сглаженной.

Из 17 детей с уплощенной межальвеолярной перегородкой после сближения центральных резцов верхней челюсти у 11 (64,7%) она осталась уплощенной, у 4 (23,5%) выпуклой, у 2 (11,8%) – воронкообразной (рис. 5).

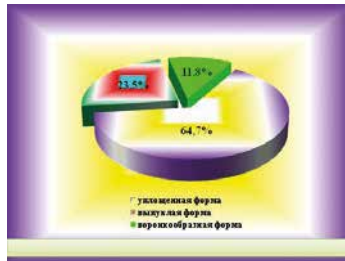


Рисунок 5. Изменение формы межальвеолярной перегородки после ортодонтического лечения у детей с диастемой

Суммируя изложенного выше, можно констатировать, что в период сменного прикуса у детей с диастемой, как следствие нарушения окклюзионного взаимоотношения зубов, небный шов оказался шире, чем у детей без диастемы, что, вероятно, связано с его замедленной и недостаточной оксификацией. Однако ширина диастемы не зависит от ширины небного шва. В норме и при диастеме межальвеолярная перегородка может иметь заостренную, сглаженную и воронкообразную форму.

Выводы:

1. Заостренная межальвеолярная перегородка чаще наблюдается у детей младшего возраста с узким небным швом. Вероятно, хроническая травма межзубного сосочка при диастеме приводит к ее уплощению.
2. Ортодонтическое сближение центральных резцов у детей с диастемой нормализует ширину небного шва и форму межальвеолярной перегородки в большинстве наблюдений.
3. Отдаленные результаты ортодонтического сближения центральных резцов верхней челюсти убеждают в том, что возможно расширение небного шва и появление сглаженности межальвеолярной перегородки.
4. Недостаточно оксифицированный небный шов зачастую служит причиной образования и рецидива дисатемы.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Швецов М.М., Малышев М.Е., Иорданишвили А.К.

СПб ГБУЗ «Александровская больница», ФГБОУ ВО СПбГУ, ФГБОУ ВО ВМедА им. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В последнем квартале 2019 г. в Китайской Народной Республике был выявлен первый случай заболевания пациента новой коронавирусной инфекцией. Распространение этой инфекционной патологии по всем странам мира уже к марту 2020 г. привело к пандемии. Группой риска тяжелого течения, а также смерти от COVID-19 стали люди пожилого и старческого возраста, которые имеют сопутствующие соматические заболевания, особенно в стадии декомпенсации или мультиморбидность. Именно люди этих возрастных групп часто нуждаются в восстановлении целостности зубных рядов с помощью зубных протезов из-за потери естественных зубов.

Врачам стоматологам-хирургам, а также челюстно-лицевым хирургам важно знание сроков осуществления денальной имплантации у пациентов, страдающих постковидным синдромом. Главным в реализации этой процедуры должно быть отсутствие воспалительных процессов в полости рта, а также оптимальные показатели мукозального иммунитета. Поэтому представляется необходимым проведение исследования, результаты которого будут характеризовать состояние мукозального иммунитета у пациентов с постковидным синдромом и, при необходимости, оптимизировать его показатели в целях денальной имплантации.

Цель работы. Оценить мукозальный иммунитет у пациентов с постковидным синдромом и оптимизировать его в целях дальнейшей денальной имплантации.

Методы исследования. В ходе исследования изучено состояние мукозального иммунитета у 62 (19 мужчин и 43 женщины) пациентов с постковидным синдромом и 19 (5 мужчин и 14 женщин) человек пожилого возраста, которые не болели ранее новой коронавирусной инфекцией (1-я группа исследования, контрольная). Полость рта у них была санирована и пациенты планировали восстановить целостность своих зубных рядов различными конструкци-

ямы зубных протезов с использованием дентальных имплантатов. Все пациенты, перенесшие не позднее 2 месяцев перед их обследованием новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) различной степени тяжести были разделены на 2 группы. Во 2-ю группу вошли 35 чел., которым на протяжении 3 месяцев от начала исследования ежемесячно определяли показатели мукозального иммунитета. В 3-ю группу, которую составили 27 чел., после определения исходных показателей мукозального иммунитета назначали к применению иммуномодулирующее средство ликолипид по 2 таблетки 3 раза в день в течение 10 суток. После этого у них также определяли в течение 3 месяцев показатели мукозального иммунитета.

Материалом для изучения мукозального иммунитета служила слюна пациентов. Забор слюны проводили утром с 9:00 до 10:00. Перед сбором слюны пациент полоскал ротовую полость 100 мл теплого, бледно-розового раствора марганцевого кислого калия. После этого в течение последующих 10-15 минут больной собирал слюну в сухую пробирку в количестве около 7 мл. Содержание в слюне секреторного иммуноглобулина А (sIgA), провоспалительных (интерлейкина-1 β (IL-1 β), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-8 (IL-8), фактора некроза опухоли- α (TNF α) и противовоспалительных (рецепторного антагониста интерлейкина-1 (RAIL), интерлейкина-4 (IL-4), интерлейкина-10 (IL-10)) цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «Вектор Бест» (Россия). Полученный в результате исследования цифровой материал обработан на персональном компьютере с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows v. 6.0».

Результаты и их обсуждение. При первичном обследовании у пациентов 2-й и 3-й групп исследования концентрация секреторного иммуноглобулина А достоверно отличалась от аналогичного показателя, полученного в группе пациентов 1 (контрольной) группы исследования ($p \leq 0,001$). Так, если у пациентов 1-й группы значение секреторного иммуноглобулина А в слюне составляло в среднем $0,72 \pm 0,12$ г/л, то у пациентов 2-й и 3-й групп исследования соответственно, $0,35 \pm 0,12$ г/л и $0,34 \pm 0,13$ г/л. Среди пациентов 2-й и 3-й группы достоверного отличия показателей полученных в начале исследования не получено ($p \geq 0,05$). Если у пациентов 2-й группы на протяжении 2 месяцев исследования достоверных положительных изменений в концентрации секреторного иммуноглобулина А не отмечено, то у пациентов 3-й группы, принимавших иммуномодулятор, через месяц от начала обследования, отмечена достоверная положительная динамика рассматриваемого показателя, а через 2 месяца определены практически оптимальные показатели концентрации секреторного иммуноглобулина А ($p \leq 0,05$), что показывает целесообразность использования иммуномодулятора для нормализации мукозального иммунитета.

Необходимо отметить, что у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, отмечаются повышенные концентрации всех исследованных провоспалительных цитокинов ($p < 0,01$). Через 1 месяц после использования иммуномодулятора в слюне у пациентов 3-й группы была отмечена положительная динамика в снижении концентрации провоспалительных цитокинов IL-1 β , IL-6 и IL-8, которая максимальной была к окончанию исследования, то есть спустя 2 месяца от его начала (табл. 2), в то время как у пациентов 2-й группы было отмечено только снижение концентрации IL-6, а уровни всех исследованных провоспалительных цитокинов в слюне оставались достоверно повышенными по сравнению с группой пациентов, которая не болела новой коронавирусной инфекцией COVID-19 ($p < 0,05$). Это свидетельствует о продолжающейся воспалительной активности в полости рта у пациентов 2-й группы на протяжении всего исследования, что важно учитывать при планировании выполнении им дентальной имплантации. Следует отметить, что данные цитокины поддерживают необходимый баланс в развитии воспаления путем усиления негативного контроля и усиления репарационных процессов. В нашем исследовании, у пациентов с постковидным синдромом, было отмечено достоверное повышение концентрации RAIL и IL-10 в слюнной жидкости, по сравнению с нормой. Использование иммуномодулятора ликолипада существенно приводило к снижению содержания в слюне IL-10, тогда как влияние на уровень IL-4 отмечено не было.

Выводы. Таким образом, у всех пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, отмечались изменения со мукозального иммунитета при отсутствии видимой воспалительной реакции со стороны слизистой оболочки полости рта. У пациентов с постковидным синдромом выявлялись признаки снижения иммунитета и повышения воспалительной реакции в ротовой полости, о чем свидетельствовало достоверное снижение секреторного иммуноглобулина А с одновременным повышением провоспалительных цитокинов. Применение иммуномодулятора спустя 2 месяца от начала его применения достоверно приводило к нормализации баланса провоспалительных и противовоспалительных цитокинов со сдвигом в сторону уменьшения концентрации провоспалительных цитокинов (IL-1 β , TNF α , IL-8 и IL-6) в слюнной жидкости пациентов. Также отмечено повышение синтеза sIgA как основного компонента противобактериального иммунитета слизистых оболочек, что патогенетически важно для подготовки пациентов к дентальной имплантации. На основании проведенного клинико-лабораторного исследования следует сделать вывод, что пациентам, страдающим постковидным синдромом целесообразно выполнять дентальную имплантацию спустя 2 месяца от начала приема иммуномодулятора, когда нормализуются ос-

новые показатели мукозального иммунитета полости рта, что важно в профилактики воспалительных осложнений дентальной имплантации, как в послеоперационном, так и ближайшем и отдаленном периодах после установки дентальных имплантатов.

УДАЛЕНИЕ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ И ЗАТРУДНЕНИЕ ГЛОТАНИЯ Alex Clement

Hôpital Max Fourestier, Nanterre, France

Введение: затруднение глотания (дисфагия) после удаления нижних третьих моляров (НТМ) - симптом, который может вызывать дееспособность у некоторых пациентов. Это тем более неудобно, если пациенты занимаются профессиями, где общаются с людьми.

Материалы и методы: 267 пациентов (169 женщин и 98 мужчин в возрасте от 13 до 59 лет), у которых НТМ были удалены под наркозом. После вмешательства, пациенты получали амоксициллин по 1 г 3 / сут в течение 5 дней и парацетамол с кодеином в течение 8 дней. 128 пациентов (48%) в течение первых 3 дней после операции получали нестероидное противовоспалительное средство (нифлюминиевую кислоту) одну таблетку (250 гр.) в день.

Использованный статистический критерий был критерием Стьюдента, а коэффициент корреляции - критерием Пирсона.

Результаты:

– У пациентов, прооперированных по ортодонтическим показаниям – показатель дисфагии:

- в возрасте 26-60 лет-оставался довольно высоким, даже на 7-й послеоперационный день (1,86+0,288) ;
- уменьшился, статистически значимым образом, у пациентов, принимавших нифлюминиевую кислоту ;

– Фрагментация НТМ снизила показатель дисфагии в послеоперационном периоде .Но это не было статистически значимым (p>0,05).

– Сравнительная периодонтит и перикоронит как показания к операции, мы не обнаружили различий в отношении дисфагии.

Обсуждение: относительно молодого возраста (13-25 лет), введение нифлюминовой кислоты, фрагментация НТМ, по-видимому, являются факторами в пользу относительно низкого показателя дисфагии в послеоперационном периоде.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

Шевелева Н.Ю., Гулиева А.Ю.

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

Прорезывание временных зубов - процесс физиологический, однако в некоторых случаях при прорезывании отмечается нарушение общего состояния, сопровождающееся отказом от приема пищи, повышением температуры тела, ринитом, диспепсическими явлениями, а также гиперсаливацией, гиперемией и локальным отеком десны в проекции прорезывающегося зуба. Бывают ситуации, когда прорезывание зуба сопровождается образованием кисты прорезывания, когда десна на месте будущего зуба синее и набухает.

В среднем период прорезывания временного зуба длится от 2–3 до 8 дней. Для снижения температуры необходимо использовать только лекарственные средства, разрешенные к применению у детей: ибупрофен, парацетамол. Если повышение температуры более 39°C и длится более 2 дней, требуется консультация педиатра, поскольку следует исключить и альтернативные причины, особенно инфекции. Лечение насморка можно проводить с помощью элиминационно-иригационной терапии, путем промывания носа изотоническим раствором морской воды и закапыванием детских безопасных комплексных сосудосуживающих средств.

Снять неприятные ощущения в полости рта помогает использование специальных резиновых колец, игрушек, предварительно охлажденных в холодильнике.

Для облегчения местных симптомов применяются различные гели. Применять подобные гели рекомендуется не более 5–6 р/сут, чтобы избежать развития нежелательных реакций, в т. ч. аллергических. Гели для прорезывания зубов подразделяют на гели с обезболивающим эффектом на основе анестетика (чаще лидокаина гидрохлорида), гели на основе противовоспалительных или антисептических средств, гели на гомеопатической основе и гели на основе экстрактов лекарственных растений. Также возможно использование нефармакологических методов терапии симптомов прорезывания временных – массаж десневых валиков.

Пути профилактики затрудненного прорезывания временных зубов требуют дальнейшего изучения, в том числе с целью разработки единой тактики в отношении облегчения дискомфорта в этот достаточно напряженный в жизни ребенка и его родителей период.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Аверьянов С.В.	6, 50	Иорданишвили А.К.	8-9, 21-22, 24, 26-27, 33, 54-55, 61	Вашукина Н.А.	29
Авраменко О.О.	51	Кабанова А.А.	17, 28	Свердлова С.В.	47
Агрба А.И.	7	Кабанова С.А.	28	Скумина П.С.	48
Александрович А.С.	17	Кабытова М.В.	15	Соколович Н.А.	47
Ахметова Д.Х.	6	Кардашенко Я.Р.	44	Солдатова Л.Н.	34, 38, 49, 54-56
Ашуров Г.Г.	21, 40, 57	Карпова Л.С.	29	Солдатов В.С.	33, 54-55
Баринев Е.Х.	8	Керимханов К.А.	9	Степанов Г.В.	50
Бархатова Ч.Т.	52-53	Кисляк М.М.	28	Тарануха С.В.	51
Бахтин М.А.	53	Ксембаев С.С.	30	Темирова Х.Т.	52
Беделов Н.Н.	9	Кячина Т.А.	18	Ткаченко Т.Б.	13, 29, 44, 52-54
Бугоркова И.А.	11-12	Левенец А.А.	31-32, 51	Торгашова О.Е.	30
Буткайте К.	28	Леус Л.И.	33	Тутова К.С.	11
Вагин А.В.	12, 31-32	Леус П.А.	33	Удальцова Н.А.	21
Васильченко О.В.	13, 52	Македонова Ю.А.	34	Ульянова Л.Г.	50
Высочкина А.С.	50	Мальшев М.Е.	61	Унуковская Е.П.	28
Гайдарев В.К.	45	Мамаева Е.В.	30	Фархуллин А.И.	13, 54
Гольдштейн Е.В.	13	Маркеева Е.С.	46, 52-53	Федорова А.В.	54-55
Госьков И.А.	14	Меньшикова Е.В.	38	Филоненко С.А.	56
Гулиева А.Ю.	63	Мубаракова Л.Н.	30	Фищев С.Б.	39
Даниэль Нуриев	36	Муратов И.В.	34	Фокина Е.В.	8
Девятченко Л.А.	15	Нестерова Е.Е.	30	Хафизова Л.Н.	30
Дегтяренко Е.В.	15	Огонян В.Р.	37	Хелашвили Е.З.	57
Демченко Е.В.	15	Огонян Е.А.	37	Худоеров С.А.	57
Джахангирова Н.З.	47	Олевский М.В.	28	Черкалина Е.Н.	8
Дорошенко Н.В.	17	Павлова-Адамович А.Г.	34	Чернина Т.Н.	28
Дудорова А.В.	18	Плотников А.С.	38	Шарафеев А.А.	30
Думчев Н.Н.	19	Прохорова В.В.	38	Швецов М.М.	61
Ермакова И.Д.	15	Пузырева М.Н.	39	Шевелева Н.Ю.	63
Ефремова Е.В.	18	Разакова Ш.К.	40	Шефова А.В.	38, 49
Забышный А.А.	20	Рафикова Н.Ф.	44	Шишмарева А.С.	38, 57
Зарипов А.Р.	40	Романенко И.Г.	45	Шишмарева Ю.С.	57
Зубкова Н.В.	13, 19, 46, 48, 52-53	Рыбаков А.В.	46	Ярыгина Е.Н.	34
Ибрахимзода А.М.	21			Clement Alex.	63

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