СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

МАТЕРИАЛЫ IX МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2026

СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЯ

Материалы IX Международной
научно-практической конференции

2–3 апреля 2026 года

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2026

УДК 616.31:616-053.2(063)
ББК 56.6+57.3я5
С56

Современная детская стоматология и ортодонтия: материалы IX Международной научно-практической конференции. – СПб.: Человек, 2026. – 50 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 30.03.2026. Формат 60×90/16.
Гарнитура Мириад. Усл.-печ. л. 3,13. Уст. тираж 500 экз.

ISBN 978-5-93339-590-4

© Издательство «Человек», 2026

СОДЕРЖАНИЕ

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МЫШЕЧНО-СУСТАВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ 5
Артемчук В.А., Солдатова Л.Н., Зубкова Н.В., Герасимов А.Б.

ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА МАКНАМАРА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СМЕЩЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 6
Березкина Т.Н., Музафаров О.Г. угли

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 7
Березкина Т.Н., Кондратюк А.А., Орлова И.В., Орлов А.Е., Ниорадзе М.Г., Петросян Н.М.

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВОПРОСУ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ 8
Бородина А.И., Солдатова Л.Н., Бархатова Ч.Т.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЮОРОЗА И ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ У ДЕТЕЙ 8
Бурдейная Д.Х.Д.

РОЛЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ИЗМЕНЕНИИ ЛИЦЕВЫХ ПАРАМЕТРОВ И ОСАНКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 9
Варламчева Д.К., Солдатова Л.Н.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ ЗУБОВ В КОМПЛЕКСНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ 10
Гольдштейн Е.В., Молотов Д.Ю.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ГЕМОБЛАСТОЗОВ 11
Гусева О.В., Коренъ Н.А.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ ДЛЯ ДИСТАЛИЗАЦИИ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ II КЛАССА 12
Дадус С.С., Погосьян М.В.

ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НА ХИРУРГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ 13
Дементьев А.Д., Гольдштейн Е.В.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МНОЖЕСТВЕННОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ ПОЛОСТИ РТА 15
Дорошенко Н.В., Кабанова А.А.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В СОВРЕМЕННОЙ ОРТОДОНТИИ 16
Жабер М.С., Григоренко М.П.

СОЗРЕВАНИЕ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЗУБНЫХ ПАСТ 17
Заборская А.Р., Авраамова О.Г.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ В СТРУКТУРЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 18
Зарембо Ю.С., Бимбас Е.С.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВКИ МИНИВИНТОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 19
Казачек В.В.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ УДАЛЕНИЯ РЕТИНИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ 20
Киселева Д.С., Гольдштейн Е.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С УДАЛЕНИЕМ ПРЕМОЛЯРОВ 24
Кремез Е.Г., Солдатова Л.Н.

КАЛЕНДАРНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ЧАСТОТЫ ОБРАЗОВАНИЯ ИЗЪЯНОВ НЕБА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ УРАНОПЛАСТИКИ 24
Муратов И.В., Солдатова Л.Н.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ХРОНОМЕТРАЖ ИЗОЛЯЦИИ РАБОЧЕГО ПОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРИЕМА 25
Мухутдинов Э.Р., Аббосов Ф.Ж. угли

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ 27
Павлова С.Г., Шторина А.А., Галстян С.Г., Филатова О.О., Борисова О.Д., Курчина Е.В.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И МИКРОБИОМ ПОЛОСТИ РТА КАК МАРКЕРЫ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЖКТ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ 28
Петрова Н.П., Соколович Н.А., Новикова В.П., Кузьмина Д.А.

ВЛИЯНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ НА ВЫСОТУ ГНАТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ ЗУБОВ 29
Пуздырева М.Н., Климов А.Г., Рожкова М.Г., Фищев С.Б., Севастьянов А.В., Попов В.П.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИИ В РАБОТЕ ВРАЧА-ОРТОДОНТА 30
Пятышева Е.А., Симакова А.А., Горбатова М.А., Богданова А.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ С ВОЗРАСТОМ ПО ОРТОПАНТОМОГРАММАМ ЧЕЛЮСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ 12–18 ЛЕТ СО СКУЧЕННЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ РЕЗЦОВ 31
Родионова А.А., Климова Т.В., Панкратова Н.В.

ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ 32
Самохина В.И., Мацкиева О.В., Скрипкина Г.И.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ 33
Слепова А.А.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ГИГИЕНЫ РТА 34
Соколова Л.Н., Казакова М.Ю.

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ УРОКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 35
Соколова Л.Н., Шмакова А.А.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА РТА У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 36
Солдатов В.С., Иорданишвили А.К.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОССИИ 37
Сорокина А.А., Бондарь Ю.В., Корнилова В.В., Григорьева А.А.,, Гаврилова О.А.

МЕХАНИЗМЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ КСИЛИТА НА КАРИЕСОГЕННУЮ МИКРОФЛОРУ 38
Сорокина А.А., Гаврилова О.А., Корнилова В.В., Бондарь Ю.В., Макаров П.В., Козлов С.М.

ПОТРЕБНОСТЬ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 39
Тимошенко П.С., Короленкова М.В.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД С КОНТРОЛЕМ ЗА ФОРМИРОВАНИЕМ ПОСТОЯННОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ 40
Тугарин В.А., Полунина А.А., Завязкина Е.С., Хуснутдинова Н.Н.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РЕТЕНЦИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 18 ЛЕТ 46
Федюнина Е.Д., Перевезенцев Е.А., Сорокина С.Р., Фатеева В.М., Белова П.М.

«МАСКА ЗОЛОТОГО СЕЧЕНИЯ» КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АСИММЕТРИИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ 47
Хелашвили Е.З., Шишмарева А.С.

ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА 48
Чивелева К.Д., Солдатова Л.Н.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫБОРА МЕСТА ДЛЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИНИИМПЛАНТАТОВ 49
Шефова А.В., Казачек В.В.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ 50

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МЫШЕЧНО-СУСТАВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Артемчук В.А.[1], Солдатова Л.Н.[1, 2], Зубкова Н.В.[1], Герасимов А.Б.[3]

[1] ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

[2] ООО «Альфа-Дент», Санкт-Петербург, Россия;

[3] Клиника МРТ Tesla, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Мышечно-суставные дисфункции височно-нижнечелюстного сустава являются распространенной патологией среди пациентов стоматологического профиля и характеризуются вариабельностью клинических проявлений при недостаточной корреляции симптомов со структурными изменениями. методы обследования ограничены в оценке мягкотканных компонентов сустава, что затрудняет раннюю диагностику. Магнитно-резонансная томография позволяет детально визуализировать суставной диск, связочный аппарат и жевательные мышцы, обеспечивая высокую диагностическую информативность. В связи с этим изучение роли МРТ в диагностике мышечно-суставных дисфункций ВНЧС является актуальной задачей современной стоматологии.

Цель: оценить диагностическую значимость магнитно-резонансной томографии в выявлении структурных изменений височно-нижнечелюстного сустава при мышечно-суставных дисфункциях у пациентов на стоматологическом приеме.

Материал и методы. Проведен анализ амбулаторных карт 103 пациентов (206 суставов) в возрасте 18–44 лет (средний возраст 30,2±7,4 года), обратившихся за стоматологической помощью. Всем пациентам проведена МРТ ВНЧС с оценкой положения суставного диска и состояния окружающих тканей в двух положениях – закрытый рот и широко открытый рот. Исследование на проводилось с помощью высокопольного МРТ-томографа Siemens Magnetom Symphony с напряженностью поля 1,5 Тесла.

Результаты. В ходе исследования установлено, что отсутствие структурных изменений по данным магнитно-резонансной томографии выявлено в 49 % случаев (101 сустав). Среди патологических вариантов наиболее часто диагностировалось полное вентральное смещение суставного диска без редукции (12,6 %), которое в подавляющем большинстве случаев сопровождалось выраженной клинической симптоматикой – ограничением открывания рта, ощущением механического препятствия и болевым синдромом (73,1 %; 95 % ДИ 56,1–90,1 %), что подтверждает высокую клинико-томографическую согласованность данного варианта дисфункции.

Полное вентральное смещение с редукцией (4,4 %) преимущественно ассоциировалось с наличием щелчков при движении нижней челюсти и болезненностью (40 %; 95 % ДИ 9,6–70,4 %). Сочетанные латеральные и медиальные смещения суставного диска (15,0 %) коррелировали с девиацией нижней челюсти и акустическими феноменами в суставе. Дорзальные и комбинированные формы смещения характеризовались вариабельностью клинической картины и отсутствием специфических симптоматических признаков.

Отдельного внимания заслуживает выявление группы пациентов (около 20 %) с выраженными морфологическими изменениями по данным МРТ при отсутствии субъективных жалоб, что указывает на существование компенсированных форм мышечно-суставной дисфункции.

Совпадение клинических проявлений с МРТ-признаками в 68 % случаев подтверждает высокую диагностическую информативность метода и его значимую роль в объективизации патологических изменений ВНЧС в условиях стоматологического приема.

Выводы. Применение МРТ позволяет объективизировать диагноз, уточнить характер и степень патологических изменений и обосновать выбор рациональной лечебной тактики, что подтверждает целесообразность включения данного метода в алгоритм обследования пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС.

ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА МАКНАМАРА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СМЕЩЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Березкина Т.Н., Музафаров О.Г угли

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
E-mail: spb@gpma.ru

Аннотация. Перекрестный прикус в период сменного прикуса может сопровождаться функциональным боковым смещением нижней челюсти и нарушением окклюзионных взаимоотношений. В работе представлен клинический случай лечения пациентки с односторонним боковым перекрестным прикусом с использованием несъемного аппарата Макнамара в период активного роста. Конструкция аппарата с накусочными накладками обеспечивала разобщение прикуса, что способствовало устранению перекрестных контактов и восстановлению правильного положения нижней челюсти. Перекрестный прикус в детском возрасте относится к распространенным аномалиям окклюзии и нередко сопровождается вынужденным боковым смещением нижней челюсти. При отсутствии своевременной коррекции функциональные нарушения могут способствовать формированию асимметрии челюстно-лицевой области и закреплению патологического типа смыкания зубных рядов.

Ключевые слова: перекрестный прикус, функциональное смещение нижней челюсти, сменный прикус, аппарат Макнамара, окклюзионные накладки.

Перекрестная окклюзия влечет за собой асимметрию лица, выраженную в виде смещения подбородка в сторону, несимметричную улыбку. Одна из ветвей челюсти может остановится в росте, либо продолжить расти неравномерно. Затрудненное пережевывание пищи, в следствии одностороннего жевания может привести к стираемости зубов и дисфункции ВНЧС. Как следствие неправильного смыкания могут развиться головные боли, боли в шее и мышцах лица [1–3].

Цель исследования: оценить эффективность применения несъемного аппарата Макнамара при лечении перекрестного прикуса, сопровождающегося функциональным смещением нижней челюсти, у пациентки в период сменного прикуса.

Материалы и методы. Пацентка К., 9 лет, наблюдалось уменьшение размера верхней челюсти, обратное перекрытие резцов и дизокклюзия клыков. Присутствовало функциональное смещение нижней челюсти влево. Ранее были попытки ортодонтического лечения на съемных аппаратах с винтом на расширение. Для коррекции данной патологии был применен аппарат Макнамара, поскольку корни молочных моляров имеют сильную резорбцию. В данном случае период активного ношения аппарата составлял 1,5 месяца. Пациентке было проведено КЛКТ исследование, для оценки положения головок височно-нижнечелюстного суставов по методу С.Б. Фищева. Проводилось электромиографическое исследование до лечения и после коррекции перекрестного соотношения. Контрольно-диагностические модели включали измерения по методу Пона.

Результаты исследования. В ходе лечения отмечено расширение верхнего зубного ряда и устранение перекрестных окклюзионных контактов. По мере нормализации трансверзальных взаимоотношений происходило восстановление симметричного положения нижней челюсти без признаков вынужденного бокового смещения нижней челюсти. Сформированы физиологические окклюзионные контакты. Полученные изменения подтверждены клинически, при анализе контрольных диагностических моделей. Электромиографическое исследование после завершения лечения показало значительные улучшения индекса симметрии жевательных мышц.

Заключение. Применение несъемного аппарата Макнамара с накусочными накладками в период сменного прикуса позволяет создать условия для устранения перекрестного прикуса и нормализации положения нижней челюсти. Разобщение прикуса способствует более благоприятному течению коррекции за счет устранения функциональных окклюзионных препятствий.

Литература.

1. Значение строения альвеолярных дуг для дифференциальной диагностики дистального прикуса / Ю.М. Малыгин, С.С. Тайбогарова, М.Ю. Малыгин [и др.] // Ортодонтия. – 2014. – №3. – С. 10–14.
2. Значения биопотенциалов височных и жевательных мышц при различных видах окклюзионной нагрузки у детей 7–12 лет с физиологической и дистальной окклюзией / Е.С. Огир, Л.С. Персин, Н.В. Панкратова [и др.] // Ортодонтия. – 2013. – №3. – С. 19–25.

3. Особенности ортодонтического лечения пациентов с зубоальвеолярной формой глубокой резцовой дизокклюзии: клинический случай / С.Г. Павлова, А.Г. Климов, А.В. Севастьянов [и др.] // Институт стоматологии. – 2025. – Т. 106, № 1. – С. 58–60.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Березкина Т.Н., Кондратюк А.А., Орлова И.В., Орлов А.Е., Ниорадзе М.Г., Петросян Н.М.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.
E-mail: spb@gpma.ru

Аннотация. Перекрестная окклюзия не отличается высокой распространенностью, однако характеризуется многообразием клинических вариантов. Данная аномалия занимает лидирующее положение по терминологии и определению клинических форм. К наиболее распространенным терминам, встречающимся в литературных источниках, относят «косой прикус», буккальная, лингвальная, буколингвальная окклюзия с разделением на одно- либо двусторонние аномалии. Кроме того, выделяют латерогению, латерогнатию, латеродевиацию, латероверсию и т. д.

Ключевые слова: зубные дуги, мезогнатия, брахигнатия, долихогнатия, ортодонтия, перекрестная окклюзия.

Нет однозначного ответа и на вопросы о различных вариантах физиологической нормы строения жевательного аппарата в боковых отделах, связанных с индивидуальностью морфологического строения дентальных дуг, их наклона относительно краниофациальнокого отдела в трансверзальной плоскости [1–3].

Цель исследования: совершенствовать методы диагностики и лечения аномалии окклюзии в трансверзальной плоскости, учитывая индивидуальные особенности челюстно-лицевой области, и провести анализ их эффективности.

Методы клинического исследования проводились в группе пациентов с зубоальвеолярной формой перекрестной окклюзии (47 человек) и в группе сравнения. В группу сравнения вошли 79 человек обоего пола с различными формами физиологического прикуса.

В настоящем исследовании были применены традиционные методы исследования, предложенные в рекомендациях по осуществлению лечебных и диагностических мероприятий у пациентов с окклюзионными аномалиями, а также при оценке формы и размеров зубных дуг с окклюзионной физиологической нормой.

Результаты. Различия в размерах апикальных и окклюзионных типов дуг определяли с помощтю особенности углов наклона условных вертикальных проксимальных осей зубов к окклюзионной плоскости (линии), которая, как правило, проходила через точки, расположенные на одноименных бугорках антимеров. Углы наклона зубов определяли между условными проксимальными вертикалями зубов к фрагментам окклюзионных линий.

Дивергенция углов антимеров жевательной группы увеличивалась от премоляров до вторых моляров. При этом величина углов наклона условных вертикальных проксимальных осей зубов к окклюзионной плоскости при мезотрузии была меньше, чем при протрузии передних зубов, но больше, чем у людей с ретрузионными типами зубных дуг. На нижней челюсти отмечалась противоположная ситуация и величина углов дивергенции антимеров постепенно снижалась от первого премоляра ко второму моляру.

Заключение. Таким образом, полученные данные характеризуют отличия зубных дуг различного трузионного типа. Особенности величины вестибулярно-язычного наклона зубов при различных трузионных вариантах зубных дуг легли в основу разработки алгоритма диагностики аномалий формы и размеров зубных дуг у пациентов с асимметрией зубных дуг.

Литература.

1. Дифференциальная диагностика патологических и физиологических видов резцового перекрытия / М.Н. Пуздырева, Р.С. Субботин, С.Б. Фищев [и др.] // Педиатр. – 2019. – Т. 10, № 4. – С. 39–44.
2. Оценка результатов исследования размеров зубов у людей с нормодонтными долихогнатическими зубными дугами / С.Б. Фищев, А.Г. Климов, А.В. Севастьянов [и др.] // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Естественные и технические науки. – 2023. – № 2-2. – С. 226–230.
3. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A., Kochkonyan A.S., Karslieva A.G., Dmitrienko D.S. Modern classification of dental arches // Archiv EuroMedica. 2014. Vol. 4. № 2. Pp. 14–16.

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВОПРОСУ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

Бородина А.И., Солдатова Л.Н., Бархатова Ч.Т.

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

Введение. На сегодняшний день процессы закладки, формирования и развития зачатков третьих моляров являются предметом исследования многих зарубежных и отечественных авторов, т. к. до сих пор остаются нерешенными вопросы о точных показаниях и сроках удаления третьих моляров, а также профилактике осложнений, которые могут возникать в случае ретенирования или нарушении прорезывания.

Цель исследования: изучить влияние затрудненного прорезывания третьих моляров на формирование зубочелюстных аномалий и показания к их удалению.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 60 пациентов, обратившихся за ортодонтическим лечением в НИИ Стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, из них 21 мужчины, 39 женщины в возрасте от 18 до 29 лет.

Результаты исследования. При анализе ассоциации тактики удаления третьих моляров с классом Энгля выявлены следующие распределения: при третьем классе по Энглю в исследуемой группе преобладали варианты удаления, связанные с нижней челюстью (20%), тогда как при первом и втором классах распределение вариантов удаления носило более равномерный характер между разными сегментами. Удаление на обеих челюстях отмечалось как при наличии, так и при отсутствии скученности, что может указывать на участие других факторов при принятии решения. В целом можно отметить, что скученность оказывает большее влияние на удаление зубов верхней челюсти, тогда как на нижней челюсти определяющую роль играют сагиттальные соотношения челюстей. Тип роста челюстей не показал выраженной зависимости. При анализе зависимости тактики удаления от угла ANB и WITS установлено, что при отрицательных значениях угла ANB и Wits преобладают варианты удаления, связанные с нижней челюстью, тогда как при положительных значениях этих показателей встречаются как удаления на верхней челюсти, так и симметричные удаления на обеих челюстях, однако выраженного однозначного доминирования одной тактики не выявлено. Анализ пространства на зубных дугах, то есть наличие или отсутствие дефицита или избытка места, также показал закономерности, согласующиеся с предыдущими выводами. При удалении на верхней челюсти чаще отмечался дефицит места (9 пациентов, 15%), а при удалении на нижней челюсти, наоборот, чаще наблюдался избыток места (12 пациентов, 20%). Следовательно, сам по себе дефицит места не всегда является показанием к удалению, особенно при сбалансированных сагиттальных параметрах.

Выводы. Основным критерием, влияющим на решение врача об удалении третьих моляров в данной выборке пациентов, являются сагиттальные соотношения челюстей. При мезиальном прикусе удаление чаще проводилось на нижней челюсти, при дистальном – на верхней, а при нейтральных параметрах чаще проводилось симметричное удаление или сохранение зубов. Наличие или отсутствие дефицита места и скученность оказывали дополнительное влияние, но не определяли решение сами по себе. Зависимости с полом или возрастом не было обнаружено.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЮОРОЗА И ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ У ДЕТЕЙ

Бурдейная Д.Х.Д.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
E-mail:dariabur.db@gmail.ru

Аннотация. Флюороз и гипоплазия эмали – распространенные некариозные поражения у детей, сопровождающиеся снижением прочности эмали, повышенной кариесвосприимчивостью и эстетическими дефектами. Анализ литературы и опрос стоматологов показали, что клинический осмотр применяют более 80% специалистов, реминерализирующую терапию – 73,3%, тогда как инфильтрационные методы обеспечивают до 60% прироста минерализации и демонстрируют наибольшую эффективность. Результаты подчеркивают необходимость расширения профилактики и внедрения малоинвазивных технологий в детскую стоматологическую практику.

Ключевые слова: флюороз, гипоплазия эмали, дети, реминерализация, инфильтрация, профилактика

Цель исследования: оценить частоту применения современных терапевтических методов лечения флюороза и гипоплазии эмали в практике детских стоматологов.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 86 детских врачей-стоматологов. Анкета включала 13 вопросов, отражающих особенности диагностики и выбора лечения. Статистическая обработка выполнена с расчетом относительных показателей.

Результаты исследования. В анкетировании приняли участие 86 врачей-стоматологов: 43,0 % со стажем менее 5 лет, 27,9 % – 5–10 лет и 29,1 % – более 10 лет; 59,3 % работают в государственных учреждениях, 40,7 % – в частных клиниках.

Гипоплазия эмали диагностируется чаще флюороза: 38,4 % специалистов выявляют ее ежемесячно, 19,8 % – несколько раз в неделю, 8,1 % – ежедневно. Флюороз преимущественно регистрируется эпизодически: 61,6 % отмечают единичные случаи, 25,6 % – 1–2 раза в месяц, 7,0 % – несколько раз в неделю.

Наиболее часто дефекты выявляются у детей 7–12 лет (54,7 %), реже – у детей 3–6 лет (30,2 %) и подростков (9,3 %). Диагностика преимущественно основана на клиническом осмотре (86,0 % и 83,7 % соответственно), тогда как индексные методы используются редко (до 5,8 %).

В терапии преобладает реминерализующая терапия (73,3 %) и комбинированные методы (57,0 %); инфильтрацию эмали применяют 9,3 % специалистов, микроабразию – 1,2 %. Инфильтрационные технологии обеспечивают более выраженное повышение минерализации эмали (до 60 %) по сравнению с реминерализирующими лаками (≈30 %). Большинство врачей (83,7 %) поддерживают внедрение минимально инвазивных методов лечения.

Заключение. Гипоплазия эмали в клинической практике встречается значительно чаще, чем флюороз, при этом наиболее уязвимой группой являются дети 7–12 лет. Развитие гипоплазии чаще имеет многофакторную природу, тогда как основной причиной флюороза является избыточное поступление фтора в период формирования зубов [1, 2].

В диагностике преобладает клинический осмотр. Основу лечения составляет консервативная реминерализирующая терапия, направленная на укрепление и восстановление структуры эмали [1, 3]. При этом современные малоинвазивные методы, включая инфильтрационные и микроабразивные технологии, позволяют повысить эффективность лечения и улучшить эстетические результаты [3].

Полученные данные подтверждают необходимость расширения применения минимально инвазивных технологий в детской стоматологической практике, что соответствует современным клиническим рекомендациям [1–3].

Литература:

1. Клинические рекомендации. Гипоплазия зубов. – М.: Минздрав России, 24.12.2024. – 5–6, 19 с.
2. Клинические рекомендации. Эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали (флюороз зубов). – М.: Минздрав России, 24.12.2024. – 10 с.
3. Современные подходы к реминерализующей терапии гипоминерализованных тканей зуба // Стоматология. – 2023. – № 5. – С. 45–50.

РОЛЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ИЗМЕНЕНИИ ЛИЦЕВЫХ ПАРАМЕТРОВ И ОСАНКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Варламчева Д.К., Солдатова Л.Н.

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

Введение. Зубочелюстные аномалии занимают третье место после кариеса зубов и заболеваний пародонта в структуре стоматологических заболеваний среди детей. Особую актуальность данная проблема приобретает в периоды сменного и постоянного прикуса, когда тяжесть патологических изменений усугубляется, а коррекция требует значительных временных и клинических ресурсов. Ортодонтическая патология оказывает многофакторное влияние на качество жизни ребенка, выходящее за рамки эстетических нарушений. Среди ключевых аспектов – дисфункция жевательной и мимической мускулатуры, нарушения речи, а также изменения лицевых параметров и постурального баланса. У пациентов с дистальным прикусом, в частности, может смещать центр тяжести головы кпереди, провоцируя компенсаторные изменения в шейном отделе позвоночника – формирование лордоза и сколиоза, напряжение мышц, болевой синдром. При мезиальном прикусе, наоборот, происходит смещение центра тя-

жести кзади. Ортодонтическое лечение, в свою очередь, может способствовать нормализации цефалометрических и стабилометрических показателей.

Цель исследования: в ходе обзора литературы и анализа клинических случаев исследовать взаимосвязь между коррекцией зубочелюстных аномалий и изменениями лицевых параметров и постурального статуса у пациентов детского возраста.

Материалы и методы. Был проведен анализ 30 клинических случаев ортодонтического лечения детей от 10 до 15 лет с применением различной аппаратуры, распределение по полу не проводилось. Из общего числа пациентов были сформированы группы с зубочелюстными аномалиями: I скелетный класс – 8 человек (26,7 %), II скелетный класс – 18 человек (60 %), III скелетный класс – 4 человека (13,3 %).

Результаты. Скелетный возраст пациентов соответствовал CS2 или CS3 стадии созревания шейных позвонков, что позволило эффективно воздействовать на рост челюстных костей. В ходе лечения пациенты со II и III скелетным классом демонстрировали положительную динамику в изменении основных цефалометрических параметров. До начала лечения у пациентов со II скелетным классом фиксировалось ретроположение верхней и нижней челюстей относительно основания черепа (SNA около 77,3°, SNB около 73,7°), параметр WITS около 2,3 мм. По окончании лечения параметры достигли значений нормы. Исходные данные пациентов с III скелетным классом указывали на ретроположение верхней челюсти (SNA 77,5°, ANB-0,1°), которые также соответствовали норме после проведенного лечения. Кроме того, отмечалось улучшение профиля: от выпуклого (158°) к прямому (167°). Благоприятные изменения цефалометрических углов и линейных параметров подтверждают эффективность ортодонтического воздействия на рост челюстей и лица. Помимо коррекции нарушений прикуса, положительное влияние было оказано на постуральное состояние: в ходе анализа по Мариано Рокабадо отмечалось улучшение угла между большой осью атланта и горизонтальной плоскостью Франкфорта (около 22°), угла между осью зуба и плоскостью МакГрегора (около 102°), восстановлена параллельность оси С3 и плоскости Франкфорта.

Выводы. На основании проведенного исследования подтверждена непосредственная взаимосвязь между ортодонтическим лечением и изменениями лицевых параметров и осанки у детей. Нарушения в одной из них могут выступать как причиной, так и следствием дисфункций в другой, что требует своевременного комплексного междисциплинарного подхода в диагностике и лечении.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ ЗУБОВ В КОМПЛЕКСНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Гольдштейн Е.В., Молотов Д.Ю.

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

Сегодня мы все чаще говорим о ретенированных зубах, и не только с позиции стоматолога хирурга, но и с позиции врача-ортодонта и стоматолога-терапевта и ортопеда. К аномалиям прорезывания зубов относятся: затрудненное прорезывание зубов, дистопированные зубы, полуретинированные зубы, ретенированные зубы.

Основной задачей врача – стоматолога-хирурга после проведения тщательной диагностики является определение целесообразности, сроков, условий и методов удаления ретенированных зубов, требующих сложных хирургических манипуляций.

Аномалии прорезывания зубов имеют полиэтиологическую природу. На их возникновение влияют общие и местные, экзогенные и эндогенные факторы, включая генетическую предрасположенность, которая играет ключевую роль в формировании размеров челюстей и положения зубных зачатков.

Ретенированные зубы (чаще всего третьи моляры верхней и нижней челюсти и клыки) могут также представлять собой источник потенциальных рисков в практике врача – стоматолога-терапевта. Желание докторов удалить очаг хронической инфекции в них является логичным и продиктовано стремлением к созданию стабильного, предсказуемого и долговечного результата терапевтического лечения. На формирование кариеса и его осложнений в ретенированных зубах влияют ряд условий, в том числе кариес дистальных поверхностей соседних зубов (когда ретенированный зуб плотно упирается в коронку или корень рядом стоящего зуба). Лечение такого кариеса крайне сложно технически, требует значительного времени, а диагностика на ранних стадиях часто затруднена. Кроме того, частично прорезавшиеся ретенированные зубы являются причиной перикоронита – хронического очага инфекции. Длительное давление ретинированных зубов на корни соседних зубов приводит к их резорбции.

Врач-ортодонт часто вынужден принимать решение об удалении ретенированного зуба (обычно под эти рекомендации подпадают третьи моляры верхней и нижней челюсти) или перемещение ретенированного зуба, опираясь на результаты ТРГ, КТ или КЛКТ в привычной окклюзии, на которых хорошо прослеживается не только комплектность всех зубов, но и аномалии их положения и формы. При решении о перемещении ретенированного зуба также принимает активное участие хирург-стоматолог, который проводит операцию хирургического обнажения коронки зуба для дальнейшего его вытягивания малыми силами (традиционно такому методу лечения подвергаются ретенированные клыки, премоляры и резцы верхней и нижней челюсти). В некоторых случаях комплексного ведения пациентов с аномалиями положения или прорезывания зубов стоматолог-хирург отказывается от удаления ретенированных зубов, что связано с положением зуба, которое не влияет на положение зубов в зубной дуге. Если ретенированный зуб требует хирургического протокола, наиболее приемлемым является удаление зуба до начала ортодонтического лечения, так как проведение данной процедуры во время ортодонтического лечения приводит к техническим трудностям и возможным не запланированным материальным затратам (во время удаления зуба «снятие замков»). Удаление ретенированных зубов по окончании ортодонтического лечения может снижать стабильность достигнутого результата ортодонтического лечения. Оптимальный выбор тактики ведения пациента с ретенированным зубом – коллегиальное междисциплинарное решение, принимаемого врачом-ортодонтом и стоматологом-хирургом, определяющее: удалять зуб, или нет, если удалять, то где удалять ретенированные зубы (стационарное лечение или на амбулаторном приеме), когда удалять ретенированные зубы (это относится к формированию костных структур вокруг зуба и формированием корней зуба).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ГЕМОБЛАСТОЗОВ

Гусева О.В., Корень Н.А.

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

Введение. Гемобластозы – группа злокачественных заболеваний крови. У детей наиболее распространен острый лейкоз с пиком заболеваемости в возрасте 2–5 лет (Hunger S., 2015). Лечение включает химиотерапию, лучевую терапию и трансплантацию костного мозга. Для успешной трансплантации и профилактики осложнений обязательна полная санация очагов хронической инфекции, в том числе стоматологических. Однако уровень санации детского населения в целом остается низким (Э.М. Кузьмина, 2017), а данные о состоянии полости рта у детей с гемобластозами противоречивы.

Цель: анализ литературных данных и сравнительный анализ интенсивности кариеса у детей с гемобластозами и здоровых детей.

Материалы и методы. В литературный обзор было включено 33 публикации периодических изданий за 2010–2025 гг. из баз данных MEDLINE и eLIBRARY. Собственное исследование проводилось на базе НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой, кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии и детского отделения НИИ стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Проанализировано 99 медицинских карт формы 043/у за период с 2021–2025 гг. В основную группу вошел 71 пациент онкогематологического стационара в возрасте 0–18 лет (39 мальчиков и 32 девочки, средний возраст 10,6±0,5 лет). Группу сравнения составили 28 здоровых детей, которые не имели онкологических заболеваний (17 мальчиков и 11 девочек, средний возраст 9,3±0,8 лет).

Результаты. Дети были разделены на 4 возрастные группы в соответствии с классификацией Д.Б. Эльконина (1960): дошкольники (1–6 лет), дети младшего школьного возраста (7–10 лет), дети среднего школьного возраста (11–14 лет), старшеклассники (15–18 лет). В группе дошкольников средний показатель интенсивности кариеса у больных детей составил 6,2±1,3, а у здоровых детей – 2,9±0,8 ($p = 0,04$), что свидетельствует о достоверно более высоком уровне пораженности в основной группе. В возрастной группе младших школьников также выявлены статистически значимые различия: 7,1±0,9 против 4,1±1,0 ($p = 0,04$). В группах 11–14 лет и 15–18 лет различия не достигли уровня статистической значимости ($p = 0,17$ и $p = 0,33$ соответственно), однако в обоих случаях прослеживались более высокие значениям индекса в основной группе.

При сравнительном анализе интенсивности кариеса у детей с различными гемобластозами наиболее высокие значения индекса отмечены при лимфомах (10,0±1,67), наиболее низкие – при остром лимфобластном лейкозе (6,71±0,65). Статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы. У детей с гемобластозами выявлены достоверно более высокие показатели интенсивности кариеса в возрасте 1–6 и 7–10 лет ($p < 0,05$). В группах 11–14 и 15–18 лет значимых различий не обнаружено ($p > 0,05$). При сравнении разных нозологических форм гемобластозов статистически значимых различий не получено ($p > 0,05$). Полученные данные обосновывают необходимость обязательной санации полости рта у таких детей на догоспитальном этапе и применения более радикальных методов лечения твердых тканей зубов, особенно в младшем возрасте.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ ДЛЯ ДИСТАЛИЗАЦИИ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ II КЛАССА

Дадус С.С., Погосьян М.В.

Научный руководитель: к.м.н, доцент Петрова Н.П.
Кафедры стоматологии медицинского института ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация: В данной статье рассматриваются актуальные вопросы использования аппарата Distal Jet при лечении дистальной окклюзии, его скелетные, зубоальвеолярные и побочные эффекты.

Ключевые слова: лечение аномалий II класса, аппарат Distal Jet, дистализация моляров верхней челюсти.

Актуальность. Аномалии II класса по Энглю являются одним из наиболее распространенных видов зубочелюстных аномалий. В последнее время все большую популярность стала приобретать методика дистализации верхних моляров для лечения пациентов с дистальной окклюзией без удаления премоляров. Традиционные аппараты для дистализации моляров, такие как лицевая дуга с внеротовой тягой, съемный аппарат Цетлина и дистализирующие дуги Уилсона требуют высокой степени сотрудничества пациента для достижения дистального перемещения моляров. В последнее время проблемы, связанные с соблюдением пациентом рекомендаций, привели многих врачей к предпочтению внутриротовых несъемных дистализирующих аппаратов, таких как Distal Jet, минимизирующих зависимость лечебного процесса от сотрудничества с пациентом. Исходя из вышесказанного, актуальным становится изучение зубо-альвеолярных и скелетных эффектов от применения данного аппарата, а также побочных эффектов.

Цель: провести систематический обзор литературы, посвященной применению несъемной аппаратуры для дистализации моляров верхней челюсти, рассмотреть клинический случай применения модифицированного аппарата Distal Jet.

Материалы и методы. Обзор составлен на основе анализа данных научных исследований из открытых источников. Первоначально было найдено 93 статьи. После чтения аннотаций и исключения дублирующихся и нерелевантных работ осталось 59 рукописей. Из них для детального анализа было выбрано 38, наиболее соответствующих теме исследования. Представлены диагностические данные клинического случая применения модифицированного аппарата Distal Jet при лечении дистальной окклюзии у пациентки детского возраста.

Результаты и обсуждение. По данным научных статей в результате применения несъемного дистализирующего аппарата Distal Jet не было выявлено существенных изменений в сагиттальном положении апикальных базисов верхней и нижней челюстей, а также их сагиттального соотношения, что свидетельствует о том, что аппарат Distal Jet не влияет на изменение передне-заднего положения скелетных базисов, следовательно не оказывает скелетного воздействия. Увеличение угла FMA объясняется побочным эффектом, вызванным экструзией, дистализацией и наклоном вторых моляров верхней челюсти [1].

Первые моляры демонстрировали незначительный, статистически недостоверный дистальный наклон, однако у вторых моляров наблюдался больший дистальный наклон. Это может быть связано со стадией развития третьих моляров, которая может влиять на величину их наклона. Если зачаток третьего моляра находится выше центра сопротивления второго моляра, он действует как точка опоры вращения и стремится к дистальному наклону второго моляра [2].

Омечено, что потеря опоры на передние зубы влияет на общий объем дистализации. Таким образом, относительно меньший объем дистализации может быть связан с потерей опоры на передние зубы, поскольку сила, используемая для дистализации, уменьшается при мезиальном перемещении передних зубов. Отмечается значительное выдвижение и вестибулярный наклон резцов верхней челюсти, которые выступали вестибулярно на 2,4±1,7 мм и демонстрировали вестибулярный наклон на 4,3±4,7 ° [3].

Изучалось влияние дистализаторов с традиционной и скелетной опорой. Обе системы фиксации эффективны для дистализации, при этом скелетная фиксация демонстрирует меньшую потерю опоры. Поэтому использование аппарата Distal Jet для лечения аномалии прикуса II класса является обоснованной альтернативой, особенно когда некоторые побочные эффекты аппарата могут способствовать лечению. Например, при аномалии прикуса II класса II подкласса, верхние резцы необходимо выдвинуть вперед, и аппарат Distal Jet способствует этому выдвижению, или когда имеются противопоказания к использованию минивинтов [1].

Рассмотрим клинический пример из наших наблюдений. В клинику обратилась пациентка В. 13 лет с жалобами на неправильное положение зубов, неправильный прикус, нехватку места для прорезывания клыков. Соматический анамнез не отягощен. Ортодонтическое лечение ранее не проводилось. По результатам диагностики было выявлено полное дистальное соотношение моляров и клыков справа на 4,5 мм, бугорковое дистальное соотношение моляров и клыков слева на 3,5 мм, макродентия зубов 1.1 и 2.1, абсолютный дефицит места для клыков и их ретенция. Расстояния между дистальной поверхность зуба 2.2 и дистальной поверхностью зуба 2.6 – 29 мм, расстояния между дистальной поверхность зуба 1.2 и дистальной поверхностью зуба 1.6 – 28 мм. После проведения цефалометрического анализа были получены следующие значения скелетных параметров: <SNA = 87,3°, <SNB = 81,9°, <ANB = 5,4°, Wits = 3,4 мм, <Beta = 25,8°, <SN-MP = 25,4°, <SN-NL = 5,6°, <NL-MP = 19,8°, <Go = 118,8°, S-Go/N-Me = 70,6 %, <I-SN = 92,1°, <i-MP = 99,5°, <Ii = 143,0°.

После проведения диагностических мероприятий на верхнюю челюсть был изготовлен в лабораторных условиях и зафиксирован аппарат Distal Jet в модификации с заменой телескопического механизма с никель-титановой пружиной на винты. Активация аппарата 1 раз в 7 дней на ¼ оборота винта пациентом самостоятельно. Срок лечения составил 3 месяца. По итогам лечения были проведены дополнительные диагностические мероприятия, по результатам которых было выявлено увеличение расстояния между дистальной поверхность зуба 2.2 и дистальной поверхностью зуба 2.6 – 34,8 мм и увеличение расстояния между дистальной поверхность зуба 1.2 и дистальной поверхностью зуба 1.6 – 33,5. Таким образом объем дистализации моляров в первом сегменте составил 5,5 мм, а во втором – 5,8 мм. По итогам лечения была произведена гиперкоррекция II зубоальвеолярного класса с учетом возможной потери опоры при дальнейшем лечении на брекет-системе, скорректирована ретрузия резцов верхней челюсти.

Выводы. Использование аппарата Distal Jet может привести к увеличению угла плоскости нижней челюсти, дистального наклона, дистализации и экструзии вторых моляров верхней челюсти, дистализации первых моляров, мезиализации первых премоляров верхней челюсти, а также протрузии резцов верхней челюсти, что приводит к увеличению перекрытия резцов.

Литература:

1. da Costa Grec R.H. et al. Intraoral distalizer effects with conventional and skeletal anchorage: a meta-analysis //American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2013. Vol. 143. № 5. Pp. 602–615.
2. Brickman C.D., Sinha P.K., Nanda R.S. Evaluation of the Jones jig appliance for distal molar movement //American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics. 2000. Vol. 118. № 5. Pp. 526–534.
3. Bolla E. et al. Evaluation of maxillary molar distalization with the distal jet: a comparison with other contemporary methods //The angle orthodontist. 2002. Vol. 72. № 5. Pp. 481–494.

ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НА ХИРУРГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Дементьев А.Д., Гольдштейн Е.В.

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

В настоящее время в стоматологии большое внимание приковано к диагностике и выявлению кариеса на ранних стадиях. Однако у ребенка, как правило, этот процесс протекает бессимптомно, поэтому визит к специалисту часто происходит уже на этапе развившихся осложнений. В связи с этим в детском возрасте частота экстракций временных зубов возрастает.

Необходимо отметить, что потеря временных (молочных) зубов может быть преждевременной и своевременной. У каждой группы временных (молочных) зубов имеются свои сроки смены на постоянные: они расшатываются и самостоятельно покидают лунку, а на их месте прорезываются постоянные. Таким образом, говорить о преждев-

ременном удалении можно в тех случаях, когда естественная смена еще далеко в будущем, то есть не совпадает со временем физиологической смены зубов.

Возникает проблема, когда до физиологической смены остается еще несколько лет, а временный зуб уже не может быть сохранен. В таких ситуациях принимается решение о его удалении, чтобы не был поврежден зачаток постоянного зуба. Оставлять временный зуб может быть опасно в случаях, когда воспалительный процесс уже распространился на периодонт (связочный аппарат зуба). Такие состояния могут привести к распространению инфекции как на костные структуры, так и распространение воспалительного процесса на мягкие ткани, на мягкие ткани лица (в том числе и в клетчаточные пространства) и на зачаток постоянного зуба, что представляет прямую угрозу здоровью и развитию ребенка.

Не менее распространенной причиной преждевременного удаления временных зубов у детей являются травмы. Решение об экстракции в таких случаях принимается, если положение корня травмированного зуба создает риск повреждения зачатка постоянного зуба, а также при гибели сосудисто-нервного пучка и невозможности терапевтического лечения.

Осложнения после раннего удаления могут так или иначе проявляться у всех детей. Их степень зависит от возраста, групповой принадлежности удаленного зуба и причины экстракции. Чем младше ребенок, тем менее развиты его органы и системы, соответственно, тем выше риск развития нежелательных последствий непосредственно на приеме. Травматичность операции тоже возрастает, если речь идет об удалении временных зубов со сформированным корнем, когда процессы физиологической резорбции еще не запущены. Чем сложнее проходит удаление, тем выше риск случайного повреждения зачатка, мягких тканей, соседних зубов и причинной единицы.

Раннее удаление временных зубов напрямую влияет и на развитие челюстно-лицевой области. Главная трудность в том, что такие последствия имеют отсроченный характер. Родители и ребенок могут долгое время не обращаться к врачу, пока ситуация усугубляется. В результате прогрессируют аномалии положения зубов и патологии прикуса, которые, помимо эстетических недостатков, вызывают и функциональные нарушения.

Чем раньше от срока естественной смены удалили зуб, тем более серьезных последствий можно ожидать на этапе операции, в раннем и позднем послеоперационном и отсроченном периоде.

1. Совокупность этих осложнений принято классифицировать по времени их проявления: осложнения во время удаления и после (перелом коронки временного зуба, травма зачатка зуба, травма рядом стоящих зубов или зубов антагонистов, травма мягких тканей, отлом альвеолярного отростка или части челюсти…).

2. Местные поздние осложнения: Наиболее часто воспалительные процессы возникают при удалении временных зубов с не резорбированными корнями. Это объясняется повышенной травматичностью операции: извлечение такого зуба требует значительных усилий, что может привести к обширным повреждениям и создает условия для развития патогенной микрофлоры (остеомиелит челюстей, 3. Невропатии нижнего альвеолярного нерва…).

3. Отсроченные осложнения: преждевременная потеря временных зубов обычно приводит к последующему, сложному ортодонтическому лечению из-за потери места под меняющий его постоянный зуб, затруднение или не прорезывание постоянных зубов, дистопия, деформации челюстей…).

В ходе данной работы доказано, что раннее удаление временных зубов приводит к множеству осложнений. Их развитию могут способствовать ошибки врача во время операции и физиологические особенности развивающегося детского организма. Кроме того, существует выраженная зависимость между характером течения патологического процесса и вероятностью возникновения нежелательных последствий, что требует от врача особого внимания при планировании хирургического вмешательства.

В практической части были рассмотрены и обоснованы отсроченные осложнения после раннего удаления временных зубов, а также их длительное и комплексное ортодонтическое лечение – с целью предупреждения врачей о том, что раннее удаление временных зубов не проходит бесследно.

Важно помнить, что при удалении любого временного зуба нарушится множество выполняемых им функций. Отсюда и стремление к их консервативному лечению в современной стоматологической практике. Таким образом, удаление временных зубов – необходимая мера в тех случаях, когда их терапевтическое лечение не представляется возможным, а здоровью пациента и его зубочелюстной системе угрожает опасность.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МНОЖЕСТВЕННОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ ПОЛОСТИ РТА

Дорошенко Н.В., Кабанова А.А.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь
E-mail: natalusha-dor@mail.ru

Аннотация: В данном исследовании изучалось, как множественные удаления зубов, проводимые под общей анестезией, влияют на качество жизни, связанное со здоровьем полости рта у детей в возрасте от трех до шести лет. Исходя из возрастной группы, для оценки качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, был выбран наиболее часто используемый инструмент ECOHIS. На основании результатов исследования были сделаны выводы о том, что, хотя множественные удаления зубов не показали значимой связи с величиной эффекта улучшения качества жизни, связанном со здоровьем полости рта, в целом лечение под общей анестезией привело к значительному улучшению.

Ключевые слова: удаление зубов, общее обезболивание, качество жизни детей.

Введение. Особенностью стоматологических заболеваний у детей на современном этапе является высокая распространенность и интенсивность поражения зубочелюстной системы, одновременное развитие нескольких самостоятельных видов патологий (кариозное поражение зубов, воспалительные заболевания периодонта и др.).

Для детей раннего возраста характерно агрессивное течение кариеса зубов, множественность поражений, быстрое разрушение коронок зубов, возникновение осложнений и преждевременное удаление временных зубов. Недавние исследования, оценивающие влияние стоматологического лечения под общей анестезией на качество жизни детей, связанное со здоровьем полости рта, показывают, что качество их жизни улучшается после такого лечения [1, 2]. Однако исследований о влиянии множественных удалений зубов (трех и более) под общей анестезией на качество жизни детей, связанное со здоровьем полости рта, недостаточно.

Цель исследования – провести анализ влияния множественного удаления зубов под общим обезболиванием на качество жизни детей, связанное со здоровьем полости рта.

Материалы и методы. В исследование были включены дети в возрасте от 3 до 6 лет, проходившие стоматологическое лечение под общей анестезией, и у которых в плане лечения было запланировано удаление не менее трех зубов. Дети с ограниченными возможностями здоровья были исключены. Родители заполняли шкалу оценки влияния состояния здоровья полости рта в раннем детстве (ECOHIS) до и после лечения для оценки изменений качества жизни детей. Анкета для родителей состояла из 13 вопросов, по которым оценивали 4 основных направления: физический дискомфорт и функциональные нарушения, эмоциональное, социальное и семейное благополучие ребенка.

Кроме того, участники исследования заполняли анкету, касающуюся поведения в отношении гигиены полости рта, которая включала демографические вопросы и вопросы, связанные со здоровьем зубов, из анкеты по гигиене полости рта и поведению (OHBQ).

Через шесть недель после стоматологического лечения под общим обезболиванием пациентам назначался контрольный визит [3]. После осмотра родители заполняли послеоперационную анкету. Если родители пропускали контрольный визит, с ними связывались по телефону. Информация о проведенном стоматологическом лечении, включая количество удалений зубов, реставраций, методов лечения пульпы и др. проверялась по записям о ходе лечения и подтверждалась во время контрольного визита путем клинического осмотра.

Результаты исследования. В исследование были включены 46 человек, которые соответствовали критериям отбора и согласились принять участие. Средний возраст детей составил 4,9 года. Наиболее частой процедурой было удаление зубов, в среднем 5,3 раза. Для оценки влияния многократных удалений зубов на средний размер эффекта качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, был проведен корреляционный анализ Пирсона. В нашем исследовании у детей, которым было удалено более пяти зубов, наблюдался существенный эффект улучшения качества жизни, связанного со здоровьем полости рта. Однако корреляция между количеством удалений зубов и размером эффекта изменения качества жизни не была обнаружена ($p = 0,96$).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что удаление зубов было наиболее распространенной процедурой, выполняемой под общей анестезией. Хотя множественные удаления зубов не показали значимой связи с величиной эффекта улучшения качества жизни, связанном со здоровьем полости рта, в

целом лечение под общей анестезией привело к значительному улучшению. Полученные результаты подчеркивают необходимость своевременного вмешательства, обучения родителей и комплексных протоколов лечения. Использование таких инструментов, как ECOHIS, может помочь в определении приоритетных случаев высокого риска и оптимизации распределения ресурсов в детской стоматологической помощи.

Литература:

1. AlBader H. Changesin Oral Health RelatedQualityof Life in Children Following Dental Extractions Under a General Anaesthetic Using Two Child Self-Report Measures: diss. for the degree of Professional Doctorate in Paediatric Dentistry / Hessa AlBader, University of Leeds. Leeds, 2019. 159 l.
2. Changes in preschool children's oral health-related quality of life following restorative dental general anaesthesia / K. Alantali, M. Al-Halabi, I. Hussein [et al.] // British Dental Journal. 2020. Vol. 229. Pp. 670–676.
3. Oral health-related quality of life changes in children following dental treatment under general anaesthesia: A meta-analysis / J. Park, R. Anthonappa, R. Yawary [et al.] // Journal Clinical Oral Investigations. 2018. Vol. 22, № 6. Pp. 2809–2818.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В СОВРЕМЕННОЙ ОРТОДОНТИИ

Жабер М.С., Григоренко М.П.

Кафедра стоматологии
АНО ВО «Невинномысский медицинский институт», г. Невинномысск, Россия
E-mail: mzhaber@inbox.ru

Аннотация. В работе рассматривается возможность использования междисциплинарного взаимодействия в алгоритме коррекции миофункциональных нарушений у пациентов детского возраста. Обосновывается переход от симптоматического лечения зубочелюстных аномалий к комплексной современной стратегии. Доказано, что игнорирование миофункциональных нарушений на этапе активного роста лицевого скелета ухудшает результаты последующего ортодонтического лечения и ведет к рецидивам.

Ключевые слова: междисциплинарная диагностика, носовое дыхание, зубочелюстные аномалии, миофункциональные нарушения, сменный прикус.

Цель исследования: научно обосновать алгоритм профилактики зубочелюстных аномалий благодаря использованию междисциплинарной диагностики и коррекции миофункциональных нарушений на этапе сменного прикуса, до появления выраженных скелетных деформаций.

Диагностика: для диагностики принято использовать стандартные ортодонтические исследования: ОПТГ, ТРГ, анализ КДМ. Диагностический протокол должен быть расширен за счет включения функциональных проб: проба с водой – для понятия типа глотания, проба Розенталя – для оценки выносливости круговой мышцы рта, а также пробы для оценки носового дыхания. Обязательны консультация логопеда для выявления нарушений артикуляции и звукопроизношения, и осмотр ортопеда для оценки влияния осанки и положения головы на положение нижней челюсти.

Современные методы лечения: лечебная тактика должна быть построена на принципах нейромышечной адаптации к новому положению нижней челюсти, и включать в себя три метода:

1) Аппаратные методы:

Использование расширяющих зубной ряд аппаратов с заслонкой для языка, задающих правильное глотание и носовое дыхание. Данные аппараты работают в моменты физиологической активности.

2) Функциональные методы:

Применение комплекса миогимнастики по Роджерсу и Корхаузу. Данный метод направлен на тренировку круговой мышцы рта и постановку правильного положения языка в покое (прижатый к небу). Дополнительно используются упражнения для коррекции осанки и положения головы, с учетом доказанной в литературе взаимосвязи между положением шейного отдела позвоночника и окклюзией.

3) Логопедические методы:

Коррекция включает логопедический массаж и артикуляционную гимнастику для нормализации положения языка, постановку корректного произношения шипящих и свистящих звуков. Завершающим этапом является формирование у ребенка осознанной привычки носового дыхания и смыкания губ в покое.

Заключение: междисциплинарный подход, описанный в данном тезисе, позволит не только предотвратить развитие зубочелюстных аномалий у детей с факторами риска и исключить необходимость длительного ортодонтического лечения в будущем, но и предотвратить развитие рецидива после его окончания. Обязательным условием стабильного результата является устранение назореспираторной дисфункции, коррекция глотания и артикуляции. Ранняя коррекция восстанавливает баланс между мышечной и зубочелюстной системой.

СОЗРЕВАНИЕ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЗУБНЫХ ПАСТ

Заборская А.Р.[1], Авраамова О.Г.[2]

[1] Кафедра детской стоматологии
ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия
E-mail: azaborskaia@mail.ru;
[2] Отдел профилактики
ФГБУ НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация. В настоящее время установлено, что ведущим звеном в патогенезе кариеса зубов является нарушение динамического равновесия между процессами реминерализации и деминерализации в полости рта, на котором замыкаются происходящие на всех уровнях обменные явления и системы их регуляции. Известно, что частота кариозных поражений моляров в первые годы после их прорезывания возрастает вследствие увеличения фиссурного кариеса, поэтому актуальным является вопрос изучения возможности регуляции процесса созревания эмали фиссур и бугров постоянных зубов у детей с помощью фторидсодержащих зубных паст.

Ключевые слова: созревание эмали, фторидсодержащие зубные пасты, электропроводность.

За последние 20 лет показатели кариеса у детей, несмотря на проведение вторичной профилактики возросли на 27 % [1, 2]. Исходя из этого, при первичной профилактике кариеса зубов у детей необходимо решить 3 основные проблемы: восстановление кристаллической решетки эмали; оптимальное ее формирование и защита; преодоление кариесогенной ситуации в полости рта.

Цель исследования: изучить возможности регуляции процесса созревания эмали постоянных зубов у детей с помощью фторидсодержащих зубных паст на состояние эмали постоянных зубов у детей.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие дети от 5 до 12 лет (300 человек), которые делились на две возрастные группы: 5–7 лет – 150 человек и 9–12 лет – 150 человек. Дети каждой группы были разделены на 3 группы по 50 человек для использования изучаемых зубных паст. Каждая их них была подразделена на 2 подгруппы по 25 человек для осуществления неконтролируемой гигиены (НКГ) и контролируемой гигиены (КГ). Всего изучалось 3 зубные пасты: «Мечта», «Блендакс» и «Бленд-а-мед». В качестве контроля была выбрана зубная паста «Мечта», не содержащая фториды. НКГ подразумевала однократное обучение детей чистке зубов для последующего использования ими в домашних условиях изучаемых зубных паст и самостоятельной чистки зубов без последующего контроля качества гигиены со стороны медперсонала. В группах детей с КГ, после обучения и закрепления навыков гигиены, 1–2 раза в неделю осуществлялся контроль качества гигиены со стороны медперсонала с определением индекса гигиены (Грина–Вермиллиона) до и после чистки зубов. У детей 5–7 лет контроль качества гигиены медперсоналом в детских садах и школах проводилось 2 раза в неделю, а у детей 9–12 лет – 1 раз в неделю [3].

Степень минерализации зубов определялась по методике Г.Г. Ивановой сразу с момента прорезывания на фиссурах методом электрометрии (измерялась электропроводность эмали, ЭПЭ) в динамике на протяжении двух лет в периоды: 3 дня, 1 неделя, 2 недели, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год, 1,5 года и 2 года. Использовался аппарат для электродиагностики твердых тканей зуба ЭД-01 «ДентЭст».

Результаты исследования. Зубная паста «Мечта» при НКГ практически не оказывает влияния на созревание эмали фиссур, более того, через 3 месяца после прорезывания зубов в этой группе детей наблюдается процесс деминерализации фиссур, и электропроводность их возрастает от 8 мкА в 3 месяца до 27, мкА в 2 года. Это свидетельствует о развитии кариеса в фиссурах. В группе с КГ получены аналогичные данные. При использовании зубной пасты «Блендакс» у детей с НКГ в сроки до 1,5 лет происходило постепенное созревание фиссур, но оно не было за-

вершено. К сроку 1,5 и 2 года наблюдалось увеличение деминерализации фиссур, сопровождающееся увеличением электропроводности, однако кариес в этих фиссурах не развился. У детей с КГ в течение всего периода наблюдения (2 года) наблюдалось неуклонное созревание фиссур, однако и к 2 годам оно не было полностью завершено. При использовании пасты «Бленд-а-мед» в группе с КГ произошло полное завершение созревания фиссур, тогда как при НКГ созревание фиссур не завершилось к 2 годам. Динамика созревания эмали фиссур премоляров у детей под влиянием зубной пасты «Мечта» в сроки до 1 года при КГ происходит постепенное созревание фиссур. При дальнейшем наблюдении в сроки 1,5 и 2 года в фиссурах нарастает процесс деминерализации. При НКГ процесс созревания протекает также. Под влиянием зубной пасты «Блендакс» у детей с НКГ процесс созревания фиссур премоляров завершается к 1 году. При КГ процесс созревания в фиссурах идет аналогично и завершается также к 1 году. Аналогичные данные были получены при изучении фторидсодержащей зубной пасты «Бленд-а-мед» в группах НКГ и КГ у детей 9–12 лет.

Заключение. Фторидсодержащие зубные пасты являются надежным средством гигиены полости рта в период роста и развития ребенка. Их назначение позволяет контролировать прирост кариеса зубов у детей в период смены прикуса. Под влиянием зубной пасты «Мечта» не только не происходит минерализация фиссур премоляров, но и спустя 1,5 года и далее происходит деминерализация в фиссурах,

Литература:

1. Школьная профилактическая стоматология: учебное пособие / Под ред. Г.И. Скрипкина, А.Ж. Гарифуллина, Е.В. Екимов [и др.]. – Омск: ОмГМУ – 2020. – 210 с.
2. Опыт оценки гигиенической эффективности зубных паст по биохимическим параметрам ротовой жидкости / С.Н. Громова, А.В. Еликов, Н.Ю. Огородова [и др.]. // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2022. – Т. 22. № 2 (82). – С. 133–142.
3. Митяева Т.С. Доклиническое прогнозирование кариозного процесса у детей в период сменного прикуса // Стоматология. – 2022. – Т. 101, № 3. – С. 99.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ В СТРУКТУРЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Зарембо Ю.С., Бимбас Е.С.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия
E-mail: JulyShy@mail.ru

Аннотация: В работе представлены результаты ретроспективного анализа распространенности управляемых факторов риска зубочелюстных аномалий у 245 детей 6–9 лет. Установлены половые различия: у мальчиков достоверно чаще встречается раннее удаление временных моляров (54,7 %, p = 0,048). Выявлено, что к 8–9 годам происходит накопление сочетанных форм патологии, что коррелирует с увеличением частоты дистальной и глубокой окклюзии (36,2 %, p = 0,015). Обоснована необходимость дифференцированных профилактических мероприятий в зависимости от возраста ребенка.

Ключевые слова: управляемые факторы риска, дистальная окклюзия, глубокая окклюзия.

Введение. Профилактика зубочелюстных аномалий у детей остается приоритетным направлением современной ортодонтии. Особого внимания заслуживают управляемые факторы риска – те патологические состояния, которые поддаются коррекции при своевременном вмешательстве. К таким факторам относят раннее удаление временных зубов, нарушение их анатомической формы вследствие кариеса, а также отклонения в процессе физиологической стираемости. Однако вопрос о том, как распределяются эти факторы в зависимости от пола ребенка и возраста начала лечения, изучен недостаточно. Понимание этих закономерностей может помочь оптимизировать сроки профилактических мероприятий [1, 2, 3].

Цель исследования – провести сравнительный анализ структуры управляемых факторов риска зубочелюстных аномалий у детей 6–9 лет в зависимости от пола и возраста первичного обращения.

Материал и методы исследования. Ретроспективно проанализированы истории болезни 245 детей (128 мальчиков, 117 девочек) в возрасте 6–9 лет, впервые обратившихся на прием к детскому стоматологу. Все пациенты разделены на две возрастные подгруппы: 6–7 лет (n = 118) и 8–9 лет (n = 127). Оценивали частоту трех факторов

риска: раннее удаление временных моляров, нарушение анатомической формы временных моляров, задержка стираемости временных клыков. Дополнительно анализировали сочетаемость факторов и структуру окклюзионных нарушений. Статистическую обработку проводили с использованием критерия χ^2 Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительном анализе половых различий установлено, что у мальчиков чаще встречалось раннее удаление временных моляров (54,7 % против 45,3 % у девочек, p =0,048), тогда как нарушение анатомической формы моляров и задержка стираемости клыков распределялись равномерно (p > 0,05). Возрастной анализ показал, что в группе детей 8–9 лет достоверно выше доля пациентов с сочетанием двух и более факторов риска (47,2 % против 31,4 % в группе 6–7 лет, p = 0,012). При этом в старшей возрастной группе значимо чаще регистрировалась дистальная окклюзия в сочетании с глубокой (36,2 % против 22,0 %, p = 0,015), что свидетельствует о прогрессировании нарушений при отсутствии своевременной коррекции. Наибольшая тяжесть нарушений (14 и более баллов по шкале экспресс-оценки) выявлена у детей 8–9 лет, имеющих в анамнезе сочетание задержанного стирания клыков и разрушение временных моляров.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало, что структура управляемых факторов риска имеет половозрастные особенности: мальчики чаще подвержены ранней потере временных моляров, а к 8–9 годам происходит накопление сочетанных форм патологии, что ведет к росту тяжести клинического течения. Полученные данные обосновывают необходимость дифференцированного подхода к профилактическим мероприятиям с учетом возраста ребенка и акцентом на раннее выявление сочетанных нарушений.

Литература:

1. Факторы, влияющие на формирование зубочелюстных аномалий у детей и подростков / Т.М. Хамидова, И.Б. Абдуллоев, М. Шарипов [и др.] // Endless light in science. 2024. Pp. 44–48.
2. Факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей / С.В. Чуйкин, Г.Г. Акатьева, Е.Ш. Мухаметова [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2010. – № 4. – С. 55–60.
3. Венатовская Н.В. Протезирование дефектов твердых тканей зубов и зубных рядов как профилактика зубочелюстных аномалий у детей: от необходимости к возможностям // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 226–230.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВКИ МИНИВИНТОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Казачек В.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Петрова Н.П.

Кафедра стоматологии медицинского института ФГБОУ ВО СПБГУ, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. В данной статье рассматриваются алгоритмы установки миниимплантатов на верхней челюсти, анатомо-топографические ориентиры верхней челюсти, зоны установки.

Ключевые слова: миниимплантаты, верхняя челюсть, зоны установки, анкораж.

На основании анализа научной литературы можно выделить наиболее часто используемые и безопасные зоны для установки ортодонтических минивинтов на верхней челюсти и систематизировать данные в формате научного обзора.

Классические зоны установки минивинтов на верхней челюсти

Зона установки	Характеристика и расположение	Клинические преимущества и показания
Межкорневая зона между вторым премоляром и первым моляром	Область с широким межкорневым пространством, что минимизирует риск контакта с корнями зубов.	Обеспечивает надежную опору для дистализации моляров (перемещения зубов кзади) и ретракции передней группы зубов.
Область подскулового гребня (Infrazygomatic Crest – IZC)	Зона расположена в боковом отделе верхней челюсти, установка часто проводится под углом.	Создает высокую опору для сложных перемещений, таких как дистализация всего зубного ряда, интрузия (погружение в кость) или экструзия (вытягивание) зубов.

Передний отдел (между Lateral Incisor и Canine – U2-U3)	Согласно данным КЛКТ, на высоте 6–8 мм от цементно-эмалевой границы (CEJ) эта зона имеет достаточную толщину кости и безопасное межкорневое расстояние.	Оптимальна для интрузии (укорачивания) передних зубов при коррекции «десневой улыбки» и протракции (выдвижения) моляров.
Твердое небо	Срединная зона твердого неба характеризуется плотной костной тканью и отсутствием корней зубов.	Обеспечивает абсолютную опору для интрузии фронтальных зубов. Установка часто проводится перпендикулярно (под углом 90°), что обеспечивает высокую устойчивость к вертикальным нагрузкам.

Актуальность. В современной ортодонтии создание стабильной опоры (анкоража) является ключевым фактором успешного лечения. Традиционные методы, использующие в качестве опоры зубы, имеют ряд недостатков, включая риск нежелательного смещения опорных зубов и ограниченные биомеханические возможности. Ортодонтические минивинты, или временные опорные устройства (TADs), предоставляют абсолютный костный анкораж, что позволяет решать сложные клинические задачи, такие как дистализация зубов, интрузия и коррекция мезиального прикуса, без необходимости сотрудничества со стороны пациента и с сокращением сроков лечения в 1,5–2 раза.

Цель исследования: определить и систематизировать наиболее безопасные и эффективные зоны для установки ортодонтических минивинтов на верхней челюсти на основе анализа современных литературных данных.

Материалы и методы. Обзор был составлен на основе анализа данных научной литературы из открытых источников, включая PubMed (NCBI), CyberLeninka и другие профильные ресурсы. В работе были использованы публикации за период с 2016 по 2022 год. Методология включала поиск и отбор статей по ключевым словам: «ортодонтические минивинты», «временные опорные устройства (TADs)», «анкораж», «верхняя челюсть», «зоны установки». Особое внимание уделялось исследованиям, использовавшим методы лучевой диагностики, в частности конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ), для точной оценки костной морфологии.

Результаты. Критерии выбора зоны: успешная установка зависит от толщины кортикальной кости, минимального безопасного межкорневого расстояния (рекомендуется >3 мм) и индивидуальной анатомии.

Значение угла установки: в альвеолярном отростке рекомендуется установка под углом 30–45° к оси зуба. Это увеличивает контакт с кортикальной пластинкой и снижает риск повреждения корней. На твердом небе возможна перпендикулярная установка.

Роль КЛКТ в планировании: предоперационное КЛКТ-исследование является «золотым стандартом» для оценки толщины кости, конфигурации корней и выбора оптимального места и длины мини-винта.

Выводы. Наиболее безопасными и эффективными зонами для установки мини-винтов на верхней челюсти являются межкорневое пространство между вторым премоляром и первым моляром, область подскулового гребня (IZC), а также зона между Lateral Incisor и Canine (U2-U3) на высоте 6–8 мм от CEJ.

Предоперационное планирование с обязательным проведением КЛКТ является критически важным для определения индивидуальных анатомических параметров и точного позиционирования имплантата, что напрямую влияет на его первичную стабильность и долгосрочный успех лечения.

Правильный выбор угла установки минивинта позволяет максимизировать контакт с кортикальной костью и минимизировать риски ятрогенных осложнений.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ УДАЛЕНИЯ РЕТИНИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Киселева Д.С., Гольдштейн Е.В.

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

Болезни прорезывания зубов – актуальная проблема в современной стоматологии. Это связано с тем, что в процессе филогенетических изменений человека происходит эволюционная редукция различных систем организма, в том числе и зубочелюстной системы, что подтверждается многими исследованиями. Такой регресс тесно связан

с современным темпом жизни человека, так, например, изменение характера пищи приводит к редукции нижней челюсти и уменьшению дистального отдела ее альвеолярной части (а именно, в результате перехода человека с твердой пищи на более мягкую, что ведет к уменьшению функциональной нагрузки как на зубы и мышцы, так и на саму челюсть). Но эволюционные изменения связаны не только с изменениями в зубочелюстной системе, но и с увеличением частоты возникновения различных аномалий и нарушений.

К аномалиям прорезывания зубов относят следующие нарушения, код по МКБ К07.3:

- Затрудненное прорезывание
- Дистопированный зуб (неправильное положение по отношению к зубному ряду, смещение, возникшее в процессе прорезывания)
- Полуретинированный зуб (неполное прорезывание через костную ткань челюсти или слизистую оболочку)
- Ретинированный зуб

Ретенция зуба (от лат. Retentio – сдерживание, сохранение) – это задержка в челюсти полностью сформировавшегося зуба, сдерживание его прорезывания после положенного срока, а ретенированным называется находящийся в челюсти сформированный и непрорезавшийся зуб (Хорошилкина, 1999).

Проблемы, связанные с нарушением прорезывания зубов были известны еще в древности. В погребениях Египта археологи обнаруживали мумии с аномалиями прорезывания зубов. В средние века проблемы с зубами считались наказанием за грехи, и лечение часто ограничивалось удалением. Ключевой момент в истории зубочелюстных аномалий произошел в конце XVII – начале XVIII веков, в эпоху Возрождения, когда врачи начали изучать анатомию человека и механизмы развития зубного ряда. Во Франции в те времена произошел важный момент в истории стоматологии – зубоврачевание официально признали отдельной медицинской дисциплиной, а по королевскому распоряжению была установлена квалификация хирурга-дантиста. Этот шаг оказался важной вехой в становлении современной стоматологии и понимании явлений аномалий положения зубов. Сегодняшнее понимание механизмов развития ретинированных и дистопированных зубов сформировалось в XX веке, с появлением рентгенологических методов диагностики, позволяющих увидеть положение зубов в тканях челюсти.

Прорезывание зуба состоит из двух условно разделяемых этапов. Первый заключается во внутрикостном перемещении зуба от костной крипты до соответствующего участка в зубной дуге (eruption), а второй – в собственно прорезывании зуба через десну в полость рта (emergence). К моменту формирования двух третей корня зуб должен занять свое место в зубной дуге. Если коронка зуба остается в толще кости на некотором удалении от поверхности альвеолярного гребня, в то время как зуб должен уже прорезаться, такой зуб считается ретенированным.

Ретенция зубов – распространенная патология среди других аномалий зубочелюстной системы. По данным различных авторов она составляет от 4,3 до 8% от других видов патологий челюстно-лицевой области (Хорошилкина Ф.Л., Точилина Т.А., 1982; Неспрядько В.П., 1981 и др.). По данным отечественной и зарубежной литературы, обращаемость больных с такой патологией за ортодонтической помощью составляет от 4 до 17,4% (Хорошилкина Ф.Я., 1977, 1982, 1993; Точилина Т.А., 1982, 1991; Неспрядько В.П., 1985, 1990; Галенко В.В., 1990; Fedor B., 1989; Asbell M.B., 1990).

В зависимости от клинической ситуации лечением ретенции может служить как создание хирургического доступа с последующей ортодонтической коррекцией и установкой зуба в зубную дугу, так и радикальные методы, которые заключаются в полном или частичном удалении ретинированного зуба.

Врач-ортодонт – врач-стоматолог, который специализируется на диагностике, профилактике и лечении аномалий развития зубочелюстной системы, а также коррекции дефектов прикуса и положения отдельных зубов. Именно к нему чаще всего обращаются пациенты с жалобой на эстетический дефект, неровность зубных рядов, отсутствие зуба в зубной дуге, тесное положение зубов, что может быть клиническим проявлением наличия ретенированных зубов.

Чаще всего ортодонт выявляет данную аномалию на этапе диагностики, так как обязательным методом исследования в протоколе работы врача-ортодонта является рентгенография, в частности ТРГ, КТ или КЛКТ с ВНЧС в естественной окклюзии, на которой хорошо прослеживается не только комплектность всех зубов, но и аномалии их положения и формы.

При выявлении ретенции зубов ортодонту необходимо провести диагностику, по завершению которой он принимает решение о сохранении или удалении ретинированного зуба.

Она включает в себя:

- Все основные методы диагностики (сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, оценка влияния наследственности, внешний осмотр, осмотр полости рта).
- Фотопротокол и фотометрию (выполняются внутриротовые снимки, фото зубов в разомкнутом и сомкнутом состоянии, под разными углами, портретные снимки лица с улыбкой и без, проба Эмма и т.д.). С их помощью врач оценивает степень обнажения зубов во время улыбки, положение губ в состоянии расслабления и напряжения, фиксирует исходную ситуацию.
- Рентгенологические исследования.
- Панорамная рентгенография дает общее представление об анатомии челюстно-лицевой области, определение наличия или отсутствия зубов, их развитие и сроки прорезывания, ретенцию и варианты анатомического строения
- Телерентгенография в боковой проекции позволяет анализировать твердые ткани челюстно-лицевого комплекса, рост и развитие челюстей, размеры челюстей, скелетную аномалию.
- Конусно-лучевая компьютерная томография позволяет определить наличие или отсутствие очагов воспаления на верхушках корней, скрытые кариозные полости, объем кости вокруг зубов, наличие и положение ретенированных, дистопированных и сверкоплектныз зубов.

Лечение такой патологии, как ретенция зуба, не может обойтись без хирургического протокола. При коллегиальном принятии решения об удалении ретинированного зуба и наличии обоснованных показаний для проведения операции – стоматолог хирург становится ведущим лечащим врачом. В его обязанности входит грамотное планирование предстоящей процедуры, подготовка пациента, выбор методов местного обезболивания, проведение операции, дача рекомендаций по уходу за послеоперационной раной, назначение препаратов и послеоперационное наблюдение до полного восстановления. Время восстановления может варьироваться от нескольких дней до нескольких недель при возникновении осложнений.

Удаление ретинированного зуба общепринято считается сложным удалением, требующим расширенного хирургического доступа для преодоления костного сопротивления или разделения зуба. Оно состоит из обязательных этапов: разрез, формирование лоскута, остеотомия.

Диагностика такой зубочелюстной аномалии, как ретенция зубов, представляет собой сложный процесс, который основывается на комплексном обследовании пациента и включает в себя сбор жалоб и подробного анамнеза жизни и заболевания, физикальное обследование и использование различных дополнительных инструментальных методов диагностики. Все эти методы используются в совокупности для постановки верного диагноза и установки причин, приводящих к данной патологии, что является ключевым моментом для последующего выбора оптимального плана лечения для каждого конкретного пациента.

Особую сложность в принятии решения добавляет возраст пациента, поскольку часто ретенированные зубы встречаются и диагностируются у детей в подростковом возрасте. В этот период развития зубочелюстной системы у детей может наблюдаться патология прикуса, которая сопровождается задержкой прорезывания ретенированных зубов.

В ходе планирования вмешательства, инициированного по ортодонтическим показаниям, стоматолог-хирург проводит комплексный анализ клинической ситуации и потенциальных рисков. По результатам этого анализа может быть принято решение о нецелесообразности или высокой опасности операции, что становится основанием для отказа в проведении удаления.

Причины отказа могут быть классифицированы по степени абсолютности:

1. Относительные (временные) противопоказания. Данные факторы носят преходящий характер и предполагают возможность проведения операции в будущем после их устранения или коррекции (например, купирование острого воспалительного процесса, коррекция сопутствующей соматической патологии, завершение роста челюстных костей у подростка).

2. Абсолютные (постоянные) противопоказания. К этой категории относятся состояния, при которых хирургическое вмешательство сопряжено с неприемлемо высоким риском для жизни или здоровья пациента, либо является принципиально невыполнимым. В таких случаях удаление признается нерекомендованным вне зависимости от сроков наблюдения.

1. Не все ортодонтические показания к удалению ретинированных зубов носят абсолютный характер и требуют индивидуальной оценки и развернутой диагностики.

Проведенный анализ литературных источников и собственных клинических наблюдений позволяет утверждать, что ортодонтические показания к удалению ретинированных зубов не являются абсолютными и требуют взвешенной, индивидуализированной интерпретации в каждом конкретном случае. Традиционные показания, такие как дистопия, отсутствие места в зубной дуге или риск рецидива скученности, должны рассматриваться не как безусловный приговор к удалению, а как отправная точка для углубленной диагностики. Яркой иллюстрацией этого тезиса служит Клинический случай №1, где ретинированный клык (13) с крайне неблагоприятным небным положением и тесным контактом с корнями соседних резцов не был удален. На основании данных КЛКТ была выбрана тактика поэтапной ортодонтической экструзии с этапом «диагностического вытяжения», что в итоге привело к успешному введению зуба в зубной ряд. Данный пример доказывает, что при наличии благоприятных условий (сохраненный фолликул, формирующийся корень, возможность создания адекватного вектора силы) и точного рентгенологического планирования зубосохраняющий подход может и должен иметь приоритет над радикальным удалением. Таким образом, окончательное решение формируется на стыке рентгенологического прогноза и клинических возможностей современной ортодонтической механики.

2. Оптимальный выбор тактики ведения пациента с ретинированным зубом – удаление, хирургическое обнажение или динамическое наблюдение – является результатом коллегиального междисциплинарного решения, принимаемого врачом-ортодонтом и стоматологом-хирургом.

Данная научная исследовательская работа доказывает, что эффективное лечение пациентов с ретинированными зубами возможно только в рамках слаженного междисциплинарного взаимодействия врача-ортодонта и стоматолога-хирурга с привлечением при необходимости врачей других специальностей. Ортодонт, являясь ведущим специалистом, определяет общую стратегию: оценивает необходимость создания места в зубной дуге, рассчитывает дефицит пространства и моделирует конечный результат. Однако именно хирург, базируясь на данных рентгенографии (КЛКТ, панорамной рентгенографии), проводит критически важный топографо-анатомический анализ: определяет точную локализацию зуба, толщину кортикального слоя, взаимоотношения с нижнечелюстным каналом, верхнечелюстной пазухой и корнями соседних зубов. Это позволяет ему выбрать оптимальный хирургический доступ (как в Случае №1 – небный доступ для клыка), метод обнажения (открытый или закрытый) и точку фиксации ортодонтического мини-импланта или кнопки. Как показано в Случае №2, даже после удаления сверхкомплектных зубов (этиологический этап, выполненный хирургом) требуется совместное решение о переходе к активному вытяжению, которое принимается ортодонтом на основе оценки динамики. Следовательно, каждый этап – от диагностики и планирования до хирургического вмешательства и ортодонтического перемещения – является результатом совместной работы двух специальностей, что минимизирует риски и увеличивает успех лечения.

3. Одним из ключевых критериев для определения места проведения операции (амбулаторный прием или стационар) служит детальный анализ рентгенограмм, в первую очередь данных конусно-лучевой компьютерной томографии.

Ключевым практическим выводом работы является положение о том, что разграничивающим критерием между амбулаторным и стационарным хирургическим этапом служит не субъективная оценка сложности, а объективные рентгенологические признаки, выявленные при анализе КЛКТ, ТРГ или панорамной рентгенографии. Врач-стоматолог-хирург, основываясь на данных снимка, должен идентифицировать условия повышенного риска, которые являются прямыми показаниями для плановой госпитализации. К ним относятся:

1) непосредственный контакт корней ретинированного зуба со стенкой нижнечелюстного канала, а именно его пересечение (риск стойкой парестезии);

2) близость зуба к дну верхнечелюстной пазухи с высоким риском образования ороантрального сообщения;

3) наличие объемных патологических образований (фолликулярная киста, одонтома), требующих резекции;

4) сложная, атипичная морфология корней (гиперцементоз, резкая дивергенция), предполагающая необходимость применения пьезохирургии или интраоперационного КТ-наведения;

5) необходимость проведения операции под общей анестезией в связи с возрастом пациента, дентофобией или сопутствующей патологией. Высокий уровень тревоги и страха делает невозможным проведение планового удаления в амбулаторных условиях. Страх усиливает болевую чувствительность, снижает порог болевого восприятия и может приводить к вазовагальным реакциям (потере сознания) даже на этапе инъекции анестетика.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С УДАЛЕНИЕМ ПРЕМОЛЯРОВ

Кремез Е.Г., Солдатова Л.Н.

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

Введение. Удаление премоляров – одна из возможных тактик при реализации ортодонтического лечения, которая активно обсуждается в профессиональном сообществе. Ключевым показанием для экстракции премоляров является дефицит места, имеющий проявление в скученном положении зубов. Тем не менее существуют и другие эффекты удаления премоляров, которые могут быть использованы во благо здоровья пациента при сочетании с подходящей клинической ситуацией. Именно поэтому систематизация данных о возможных эффектах экстракции премоляров является актуальной и важной задачей.

Цель исследования: по результатам анализа научной литературы оценить возможные эффекты ортодонтического лечения, включающего экстракцию премоляров.

Материалы и методы. Первичные данные были получены из опубликованных исследований в лицензируемых источниках в период с 1969 г. по настоящее время. Публикации отбирались на основе их названий и аннотаций из баз данных PubMed, Elsevier, JCO (Journal of clinical orthodontics). Таким образом, при написании данного обзора использовано свыше 27 источников научной литературы.

Результаты исследования. На этапе поиска литературы стало очевидным, что экстракция премоляров – манипуляция, имеющая немалое количество эффектов, которые не ограничивается решением вопроса скученного положения зубов. Взаимосвязь удаления премоляров с прорезыванием третьих моляров, с объемом верхних дыхательных путей, с тенденцией к гипердивергентному направлению роста, с возможным влиянием на функцию височно-нижнечелюстного сустава, пародонт – лишь часть тем, которые вызывают интерес у клиницистов.

Современные публикации говорят о том, что определение дефицита места как наиболее известного показания к удалению премоляров не сводится только к оценке скученности зубов. Авторы указывают, что необходимо учитывать выраженность протрузии зубов, кривой Шпее, уточнять, есть ли необходимое пространство для боковой группы зубов. В своих работах некоторые авторы рассматривали энуклеацию премоляров как метод серийного удаления зубов с некоторыми преимуществом контроля над вертикальным ростом альвеолярного отростка в дистальной части зубных дуг. При этом авторы констатируют, что энуклеация является методом лечения, который не гарантирует отсутствия необходимости ортодонтического лечения в будущем, но создает предпосылки для уменьшения объема вмешательства. В ряде работ встречается упоминание о влиянии удаления премоляров на окклюзионную плоскость у растущих пациентов, создание места для достаточного и корректного прорезывания вторых моляров, что в будущем способствует здоровому функционированию височно-нижнечелюстного сустава благодаря отсутствию преждевременного контакта в области моляров (K. Ikeda, 2014).

Выводы. Ортодонтическое лечение с удалением премоляров давно применяется в практике ортодонтов, но при этом мнение клиницистов весьма неоднозначно, что требует продолжения исследований в этом направлении.

КАЛЕНДАРНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ЧАСТОТЫ ОБРАЗОВАНИЯ ИЗЪЯНОВ НЕБА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ УРАНОПЛАСТИКИ

Муратов И.В.[1, 2], Солдатова Л.Н.[3]

[1] Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии им. А.А. Лимберга
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;
[2] Кафедра стоматологии ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия;
[3] Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Образование ороназального сообщения (ОНС, син.: изъян неба, небно-носовое сообщение, небный свищ (фистула), Oronasal Fistula (ONF), дефект неба после уранопластики) относят к ранним анатомическим осложнениям уранопластики. Частота возникновения ОНС после уранопластики по сведениям многих авторов составляет от 0 до 60%, в среднем 3–12%. Возникновение ОНС непосредственно влияет на функциональную реабилитацию, прежде всего алиментарную и речевую. С повышенным риском развития ОНС наиболее часто связывают недоста-

точный опыт хирурга, морфологические характеристики расщелины, нарушение хирургической техники, выбор методики операции несоответствующий морфологии расщелины. В меньшей степени обращают внимание на эндогенные причинные факторы образования нарушения течения раневого процесса и формирования ОНС. Наиболее изучены особенности иммунного статуса больных с врожденными расщелинами неба и его влияние на течение раневого процесса при уранопластики и другие коморбидные состояния. На сегодняшний день сезонная вариабельность возможных осложнений уранопластики не изучено системно, что делает эту тему потенциально новым направлением исследований.

Цели исследования: провести анализ потенциальной корреляции между календарными сроками проведения уранопластики и частотой образования оронозального сообщения.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование непосредственных анатомических результатов хирургического лечения у 339 пациентов с расщелиной неба в Санкт-Петербурге за 60 месяцев. Для оценки связи между календарным месяцем и возникновением осложнения применяли критерий χ^2 Пирсона для таблиц сопряженности (месяц = количество операций = количество осложнений) и анализ логистической регрессии с использованием января в качестве эталонной категории.

Результаты. Послеоперационные осложнения в виде образования ороназальных сообщений выявлены в 63 случаях из 339 проведенных операций. Анализ полученных данных с использованием критерия χ^2 Пирсона не выявил статистически значимой зависимости между месяцем выполнения операции и частотой осложнений ($p = 0,083$). Однако анализ логистической регрессии, проведенный с использованием января в качестве эталонной категории, показал статистически значимое увеличение риска осложнений в мае ($p = 0,029$). Для остальных месяцев статистически значимых различий не выявлено. Потенциальные механизмы выявленной сезонной вариабельности остаются предметом обсуждения. Предполагается, что сезонные изменения факторов внешней среды, включая фотопериод, температуру, влажность воздуха и циркуляцию респираторных вирусов, могут оказывать влияние на иммунную реактивность организма и процессы заживления ран неба. Кроме того, известно, что биологические ритмы играют важную роль в регуляции процессов регенерации тканей, включая пролиферацию клеток, ангиогенез и синтез коллагена. В совокупности эти факторы могут потенциально влиять на течение раневого процесса после хирургических вмешательств, в том числе ран неба. Необходимо отметить, что выявленная умеренно значимая корреляция не означает существование безусловной причинно-следственной связи между осложнением уранопластики и месяцем ее проведения.

Заключение. При планировании уранопластики следует учитывать потенциальные региональные сезонные колебания как возможный фактор риска возникновения осложнений проведения операции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ХРОНОМЕТРАЖ ИЗОЛЯЦИИ РАБОЧЕГО ПОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРИЕМА

Мухутдинов Э.Р.[1], Аббосов Ф.Ж. угли[2]

[1] Кафедра стоматологии и оториноларингологии Ферганского медицинского института общественного здоровья, г. Фергана, Республика Узбекистан;

[2] Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии "Central Asian Medical University", г. Фергана, Узбекистан

E-mail: lelik-6.lelik.com@mail.ru

Резюме. В работе проведена сравнительная оценка эффективности использования коффердама на базе Областной стоматологической больницы города Ферганы в сопоставлении с международным клиническим опытом. Авторский анализ медицинских карт и хронометраж реставраций подтверждают, что применение латексной завесы сокращает время приема на четверть и существенно повышает герметичность пломб. Итоговый вывод обосновывает необходимость внедрения данной системы изоляции как обязательного стандарта для оптимизации эргономики врача и безопасности пациента.

Ключевые слова: коффердам, стоматолог, лечение, изоляция.

Введение. Качественная изоляция рабочего поля в современной стоматологии является одним из основных условий успешного лечения, так как она обеспечивает достижение оптимального комфорта и безопасности как пациента, так и врача во время стоматологического лечения, а также эффективности проведенных манипуляций [1].

Несмотря на обширный ассортимент современных аксессуаров для изоляции операционной области в стоматологической практике, далеко не каждый из них гарантирует абсолютную стерильность и безопасность. Тем не менее, использование системы коффердам по-прежнему признается «золотым стандартом» и наиболее эффективным методом защиты рабочего поля [2]. Система раббердам (коффердам) конструктивно выполнена в виде эластичной латексной пластины квадратной формы со стороной 15 см [3]. Стандартная комплектация для ее эксплуатации включает специализированный перфоратор (пробойник), набор кламмеров, фиксирующие рамки, а также щипцы для позиционирования элементов и разметочный трафарет. Использование коффердама обеспечивает оптимальную визуализацию и беспрепятственный доступ к операционному полю, одновременно блокируя попадание слюны и десневой жидкости в зону реставрации. Данная методика минимизирует риски аспирации или проглатывания микроинструментария, а также снижает психологический дискомфорт пациента, создавая эффект «дистанцирования» от проводимых манипуляций. Тем не менее в клинической практике система применяется не повсеместно: основным барьером для врачей остаются субъективная трудоемкость процесса фиксации и дополнительные временные затраты на этапах установки и демонтажа завесы.

Цель исследования: определить эффективность и качество лечения зубов с использованием коффердама.

Материалы и методы. На базе Ферганской областной стоматологической больнице было изучено 34 медицинских карт пациентов интервалом 2022–2025 годов, с диагнозами «кариес эмали, дентина», «пульпит в острой и хронической стадиях». Из которых лишь 20 пациентов были пролечены с использованием коффердама. Были проведены статистические исследования в MS Excel 2010.

Результаты исследования. Из 34 пациентов, проходивших лечение в стоматологии, 15 пациентов были дети в возрасте от 7 до 16 лет. При повторных осмотрах пациентов было выяснено что у 64,2 % пациентов, пролеченных без изоляции с коффердамом реставрации, находились в неудовлетворительном состоянии, и требовали повторного лечения. У другой контрольной группы, лечение которых проводилось с изоляцией коффердамом качество реставрации и прилегание пломбировочного материала была хорошей 85 %. В рамках нашего исследования мы сопоставили временные затраты на лечение двух премоляров (34 и 35) с сопоставимыми дефектами. Практика показала обратную зависимость: если на стандартную методику с применением матриц и абсорбирующих тип для 34 зуба ушло около 1 часа 18 минут, то работа с 35 зубом под защитой коффердама была завершена за 1 час 2 минуты. Таким образом, инструментальная изоляция не только не замедлила, но и ускорила процесс за счет улучшения визуализации и отсутствия необходимости в частой смене ватных валиков.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют, что применение латексной завесы не только упрощает манипуляции в полости рта, но и выступает мощным инструментом тайм-менеджмента. Сокращение общей продолжительности приема почти на четверть доказывает несостоятельность мифа о «замедлении» работы при использовании коффердама, подчеркивая его эффективность при проведении сложных эстетических реставраций.

Литература:

1. Аблязова С.Р. Применение коффердама в стоматологии / С.Р. Аблязова, П.А. Смирнова //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2018. – Т. 8, № 7. – С. 259–259.
2. Гецман А.В. Коффердам в детской стоматологии-от теории к практике. Практические советы / А.В. Гецман //Стоматология детского возраста и профилактика. – 2015. – Т. 14, №. 2. – С. 38–43.
3. Доскеева А.С. Использование коффердама в детской стоматологии / А.С. Доскеева // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2020. – № 1–3. – С. 26–29.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Павлова С.Г., Шторина А.А., Галстян С.Г., Филатова О.О., Борисова О.Д., Курчина Е.В.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
E-mail: spb@gpma.ru

Аннотация. Глубокая резцовая дизокклюзия характеризуется чрезмерным перекрытием передними зубами верхней челюсти передних нижних зубов и отсутствием режуще-бугоркового контакта между передними зубами. По различным данным эта патология встречается у 7–51,0 % обследованных.

Ключевые слова: ортодонтия, ортопедия, глубокая резцовая дизокклюзия.

Различные мнения высказываются по поводу методов и сроков ортодонтического лечения различных форм глубокой резцовой дизокклюзии, конструкции временных аппаратов и постоянных протезов, а также материалов для их изготовления. Нет четких рекомендаций по проведению комплексного лечения у пациентов с различными формами снижения высоты гнатической части лица [1–3].

Цель исследования: Повышение эффективности лечения пациентов первого периода зрелого возраста с глубокой резцовой дизокклюзией на основе разработки современных методов диагностики, анализе морфометрических параметров челюстно-лицевой области и особенностей височно-нижнечелюстных суставов.

В соответствии с поставленными задачами проведено исследование морфометрических параметров лица у 119 жителей г. Санкт-Петербурга с физиологической окклюзией постоянных зубов. Проведено обследование и лечение 115 пациентов с различными формами глубокой резцовой дизокклюзии. В первую группу входили пациенты с глубокой резцовой дизокклюзией без снижения высоты гнатической части лица. У пациентов второй группы определялись глубокая резцовая дизокклюзия, сопровождающаяся снижением высоты гнатической части лица.

Кефалометрические измерения проводились с учетом рекомендаций В.С. Сперанского (1988) и осуществляли в соответствии с требованиями антропометрии. При морфометрическом исследовании телерентгенограмм мы использовали одно угловое измерение (угол выпуклости лица) и шесть линейных. Кроме того, определяли гнатический угол (между спинальной и мандибулярной плоскостями) и гониальный угол (угол между ветвью и телом нижней челюсти).

Результаты. Результаты исследования височно-нижнечелюстного сустава у пациентов 2-й группы, положение головки нижней челюсти в височно-нижнечелюстной ямке соответствовало ее дистальному положению по отношению к норме на 10–15 % ее просвета, суставная щель в верхнем отделе практически соответствовала норме. В отличие от пациентов 1-й группы отмечалось увеличение угла наклона суставного бугорка, который был более выражен, а сустав был адаптирован к условиям длительного функционирования сустава в положении аномальной окклюзии. У пациентов 2-й группы тонус мышц в состоянии покоя был достоверно выше, чем у лиц с физиологической окклюзией постоянных зубов. Отмечалось уменьшение тонуса напряжения как височных, так и собственно жевательных мышц, вследствие ограничения движения нижней челюсти и уменьшения количества функционирующих контактов.

Заключение. Глубокая резцовая дизокклюзия сопровождалось определенными закономерностями функциональных сдвигов, которые взаимообуславливали друг друга. При этом оказалось, что при одних формах патологии наблюдались более выраженные нарушения функции жевания, а при других – изменения деятельности жевательных мышц. К тому же в зависимости от формы глубокой резцовой дизокклюзии функциональные сдвиги приобретали самостоятельное значение, развивающееся как в жевательных мышцах, так и в характере жевательных движений нижней челюсти.

Литература:

1. Особенности ортодонтического лечения пациентов с зубоальвеолярной формой глубокой резцовой дизокклюзии: клинический случай / С.Г. Павлова, А.Г. Климов, А.В. Севастьянов [и др.] // Институт стоматологии. – 2025. Т. 106, № 1. – С. 58–60.
2. Особенности диагностики и ортодонтического лечения подростков с зубоальвеолярной формой дистальной окклюзии / М.Г. Рожкова, С.Б. Фищев, А.Г. Климов [и др.] // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2024. – Т. 24, № 3. – С. 313–319.

3. Изменения морфометрических параметров у пациентов с глубокой резцовой дизокклюзией и уменьшением высоты гнатической части лицав процессе ортодонтического лечения / А.В. Севастьянов, Т.Н. Березкина, С.Б. Фищев [и др.] // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики: Серия: Естественные и технические науки. – 2025. – № 10–2. – С. 122–126.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И МИКРОБИОМ ПОЛОСТИ РТА КАК МАРКЕРЫ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЖКТ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Петрова Н.П.[1], Соколович Н.А.[1], Новикова В.П.[2], Кузьмина Д.А.[2]

[1] Кафедра стоматологии Медицинского института ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия;
[2] Кафедра пропедевтики ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
E-mail: n.p.petrova@spbu.ru

Аннотация. Взаимосвязь заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и состояния полости рта у детей представляет собой актуальную междисциплинарную проблему. Ортодонтическое лечение, создавая дополнительные ретенционные пункты для микроорганизмов, способно модулировать состав микробиома и влиять на течение основной гастроэнтерологической патологии через ось «рот–кишечник».

Ключевые слова: микробиом полости рта, заболевания ЖКТ, ортодонтическое лечение детей, дисбиоз.

Введение. В последние десятилетия активно изучается роль микробиома в поддержании гомеостаза организма, при этом особое внимание уделяется двунаправленной связи между микробиотой полости рта и кишечника [1]. Установка ортодонтических аппаратов у детей с патологией ЖКТ приводит к количественным и качественным изменениям микробного пейзажа [2], потенцируя системные эффекты и усугубляя течение основного заболевания [1, 3].

Цель исследования: на основе анализа современных литературных данных оценить значение показателей стоматологического статуса и микробиома полости рта как потенциальных маркеров течения заболеваний ЖКТ у детей, проходящих ортодонтическое лечение.

Материалы и методы. Проведен анализ научных публикаций, индексированных в международных базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, e-library.ru. Глубина поиска составила 7 лет (2018–2025). Поиск осуществлялся по ключевым словам: «микробиом полости рта», «дети», «заболевания ЖКТ», «ортодонтическое лечение», «брекет-системы», «элайнеры», «ось рот–кишечник». В анализ включались оригинальные исследования, систематические обзоры и метаанализы, посвященные изучению взаимосвязей между стоматологическим статусом, микробиотой полости рта и заболеваниями пищеварительной системы у пациентов детского и подросткового возраста на фоне проводимой ортодонтической коррекции.

Результаты исследования. У детей с заболеваниями ЖКТ наблюдалось снижение микробного разнообразия и доминирование условно-патогенной флоры в ротовой полости. Ортодонтическое лечение, особенно с использованием несъемной аппаратуры, усугубляло дисбиотические сдвиги и проявлялось клинически ухудшением гигиенических индексов и ростом пародонтопатогенов. Была выявлена прямая корреляционная связь между уровнем патогенов полости рта (P. gingivalis, F. nucleatum) и тяжестью течения гастроэнтерологической патологии. Многочисленные исследования демонстрировали, что установка брекетов приводила к увеличению общей бактериальной массы, росту доли анаэробных бактерий и пародонтопатогенов. Ряд патогенов сохранялись в повышенных концентрациях после завершения активного лечения. Различные конструктивные элементы (тип брекетов, материал, наличие дополнительных приспособлений) по-разному влияли на микробную адгезию. Метагеномные исследования последних лет убедительно показали, что микроорганизмы, колонизирующие ротовую полость, способны распространяться по ЖКТ. На начальных этапах ортодонтического лечения происходили синхронные изменения в оральном и в интестинальном микробиоме, что указывало на тесную функциональную связь между этими экосистемами [1].

Таким образом, у детей с заболеваниями ЖКТ ортодонтическое лечение выступало в роли «триггера», запускающего или усиливающего дисбиотические процессы. Стоматологические индексы кровоточивости, гигиены OHI-S и микробиологические маркеры приобретали прогностическое значение. Их ухудшение сигнализировало не только о локальных проблемах в полости рта, но и о потенциальном риске обострения гастроэнтерологической патологии.

Заключение. Стоматологический статус и микробиом полости рта являются не просто отражением местных процессов, но и чувствительными маркерами, коррелирующими с течением заболеваний ЖКТ у детей. Ортодон-

тическое лечение, особенно с использованием несъемной аппаратуры, способно модифицировать эти показатели и потенциально влиять на основную патологию через ось «рот–кишечник». Ведение детей с гастроэнтерологическими заболеваниями, нуждающихся в ортодонтической коррекции, требует междисциплинарного подхода с участием стоматолога, ортодонта, педиатра и гастроэнтеролога, а также включения в протоколы динамического микробиологического мониторинга и средств профилактики дисбиотических нарушений (пробиотики, пребиотики, тщательная гигиена). Перспективными направлениями дальнейших исследований являются разработка персонализированных алгоритмов выбора ортодонтической аппаратуры и схем сопроводительной терапии для детей с коморбидной патологией.

Литература:

1. Liu J., Jiang J., Lan Y. et al. Metagenomic analysis of oral and intestinal microbiome of patients during the initial stage of orthodontic treatment // American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2024. Vol. 165(2). Pp. 161–172.e3.
2. Clinical Applications of Probiotics in Pediatric Dentistry and Orthodontics – A Systematic Review // Nutrients. 2025. Vol. 17(19). 3153.
3. Association of Systemic Pathologies on Dental, Periodontal and Orthodontic Status in Children // Biomedicines. 2025. Vol. 13(9). 2137.
4. Chen W., Ren J., Li J. et al. Effects of probiotics on the oral health of patients undergoing orthodontic treatment: a systematic review and meta-analysis // European Journal of Orthodontics. 2023. Vol. 45(5). P. 599–611.

ВЛИЯНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ НА ВЫСОТУ ГНАТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ ЗУБОВ

Пуздырева М.Н., Климов А.Г., Рожкова М.Г., Фищев С.Б., Севастьянов А.В., Попов В.П.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
E-mail: spb@gpma.ru

Аннотация. Повышенная стираемость зубов (ПС3) часто встречающаяся нозологическая форма в стоматологии. Причинами возникновения ПС3 могут быть морфологическая неполноценность твердых тканей зубов, перегрузка зубов, химическое воздействие, профессиональные вредности, функциональное состояние жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов и другие факторы.

Ключевые слова: ортодонтия, ортопедия, повышенная стираемость зубов, зубочелюстные аномалии.перекрестная окклюзия.

Повышенная стираемость зубов (ПС3) часто встречающаяся нозологическая форма в стоматологии. ПС3 наблюдается у 11,8 % лиц в возрасте от 20 до 60 лет. Зарубежные источники отмечают нарастание распространенности и «омоложение» ПС3 за последние 20 лет. В Великобритании частота встречаемости ПС3 составляет 30 % среди лиц до 30 лет и 42,6 % среди лиц 30–50 лет, в Швеции – 29,9 %, в Соединенных Штатах Америки – 25 %. Причинами возникновения ПС3 могут быть морфологическая неполноценность твердых тканей зубов, перегрузка зубов, химическое воздействие, профессиональные вредности, функциональное состояние жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов и другие факторы [1–3].

Цель исследования: определение эффективности диагностики и лечения пациентов с повышенной стираемостью зубов по томограммам ВНЧС.

Объектом наблюдения и исследования явились 142 пациента в возрасте от 18 до 65 лет, находящихся на лечении в клинике стоматологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Первая группа пациентов с вертикально-дистальной формой (ПС3), вторая – горизонтальной формой (ПС3) и третья – вертикально-мезиальная. В каждой группе выделены две подгруппы: а) с компенсированной (ПС3), и б) – декомпенсированной (ПС3). Также имеется контрольная группа 264 человека в возрасте от 18 до 35 лет имеющими нормальные виды прикуса и интактными зубными рядами.

Результаты. Всем пациентам проводили ортопедическое и ортодонтическое лечение с использованием запатентованной компьютерной программы. У пациентов с вертикально-дистальной формой повышенной стираемости зубов положение головки нижней челюсти в височно-нижнечелюстной ямке соответствуют ее дистальному положению по отношению к норме на 18–20 % ее просвета, суставная щель в верхнем отделе практически соответствует норме. У пациентов с горизонтальной формой повышенной стираемости зубов наблюдается уменьшение суставной щели во всех отделах в среднем на 15–17 % по отношению к норме. У пациентов с вертикально-мезиальной формой повышенной стираемости зубов положение головки нижней челюсти в височно-нижнечелюстной ямке соответсвует ее мезиальному положению по отношению к норме на 21–25 % ее просвета.

Заключение. Таким образом, диагностика и лечение пациентов с ПС3 проводилось с использованием компьютерной программы, позволяющей определять на какую величину необходимо увеличивать высоту гнатической части лица конкретному пациенту.

Литература:

1. Фищев С.Б. Морфометрические параметры лицевого скелета у людей с уменьшенной высотой гнатической части лица / С.Б. Фищев, И.В. Орлова, А.В. Севастьянов // Педиатр. – 2014. – Т. V, № 3. – С. 67–70.
2. Результаты лечения пациентов с дефектами зубных рядов в сочетании с перекрестным прикусом с использованием компьютерного моделирования / С.Б. Фищев, А.В. Лепилин, А.В. Севастьянов [и др.] // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2015. – Т. XIV, № 3(46). – С. 55–58.
3. Прогнозирование результатов ортопедического лечения пациентов с вертикально-мезиальной формой повышенной стираемости зубов / С.Б. Фищев, А.В. Лепилин, А.В. Севастьянов [и др.] // Пародонтология. – 2017. – Т. XXII, № 1 (82). – С. 31–37.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИИ В РАБОТЕ ВРАЧА-ОРТОДОНТА

Пятышева Е.А., Симакова А.А., Горбатова М.А., Богданова А.В.

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Архангельск, Россия
E-mail: katya-pyatysheva@yandex.ru

Актуальность. Современная ортодонтия – активно развивающаяся специальность, которая основывается в том числе на внедрении инновационных методов диагностики и лечения аномалий зубочелюстной системы. Вопрос диагностики и динамического наблюдения за состоянием тканей полости рта заслуживает отдельного внимания, в связи с активными структурными и функциональными имениями в челюстно-лицевой области под влиянием ортодонтических аппаратов. В условиях постоянного поиска эффективных неинвазивных и безопасных диагностических технологий особое значение приобретает применение методов, основанных на аутофлуоресценции мягких тканей полости рта.

В частности, применение аутофлуоресцентной стоматоскопии в практике врача-ортодонта открывает перспективы для своевременного выявления изменений, связанных с дисфункцией тканей пародонта и другими патологиями, которые могут потенциально повлиять на результаты ортодонтического лечения.

Цель исследования: обосновать необходимость проведения аутофлуоресцентной стоматоскопии слизистой оболочки полости рта в процессе ортодонтического лечения.

Материалы и методы. В ходе исследования проведено стоматологическое обследование с применением аутофлуоресцентной стоматоскопии 213 человек (93 ребенка, 26 подростков, 94 взрослых), которые проходят ортодонтическое лечение с использованием съемных (84 человека) и несъемных (129 человек) ортодонтических аппаратов.

Для обследования слизистой оболочки использовался аппарат «АФС 400». Оценка результатов проводилась по следующим критериям: нормальная слизистая оболочка – зеленое свечение; воспалительный процесс, бактериальный налет на языке, биопленки – красное свечение; предраковые заболевания – обширное неоднородное затемнение; гиперкератоз – белое свечение; травмы, гемангиомы, аллергические реакции – незначительное по размеру затемнение.

Результаты и их обсуждение. При оценке распространенности патологии слизистой оболочки полости рта, получены результаты 51 и 28 % соответственно группам пациентов, находящихся на лечении с использованием съемных и несъемных ортодонтических аппаратов.

При этом в группе пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием съемных аппаратов воспалительные заболевания выявлены у 35 человек (42%), гиперекератоз определен у 17 человек (20%), травматические поражения обнаружены у 24 человек (29%), а подозрение на предраковые и онкологические заболевания – у 3 человек (4%).

Что касается группы пациентов с несъемными аппаратами: воспалительные заболевания обнаружены у 10 человек (8%), гиперкератоз выявлен у 10 человек (8%), травматические поражения определены у 19 человек (15%), а подозрение на предраковые и онкологические заболевания – у 2 человек (2%).

Выводы. Таким образом, применение аутофлуоресцентной стоматоскопии в процессе ортодонтического лечения обосновывается высокой диагностической ценностью, способностью раннего выявления и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. Активное внедрение данного метода в клиническую практику врача-ортодонта позволит повысить качество стоматологической помощи и снизить количество осложнений у пациентов, которые проходят ортодонтическое лечение.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ С ВОЗРАСТОМ ПО ОРТОПАНТОМОГРАММАМ ЧЕЛЮСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ 12–18 ЛЕТ СО СКУЧЕННЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ РЕЗЦОВ

Родионова А.А., Климова Т.В., Панкратова Н.В.

Кафедра ортодонтии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины имени А.И. Евдокимова», Москва, Россия
E-mail: anastasiia.a.1611@gmail.com

Цель исследования: провести сравнительную характеристику изменений с возрастом положения третьих моляров у пациентов 12–18 лет со скученным положением резцов.

Материал и методы исследования. Проведена сравнительная характеристика изменений с возрастом показателей ортопантомограмм челюстей пациентов 12–18 лет со скученным положением резцов в двух возрастных подгруппах при наличии расстояния между корнями нижних третьих моляров и нижнечелюстными контрфорсами (группа М1 – 15 пациентов) и без промежутка (группа М2 – 15 пациентов). Изучены углы наклона третьих моляров (методика Weber), величина нижнечелюстных углов (Шварц), расстояния нижних третьих моляров от биссектрис нижнечелюстных углов (Фищев С.Б.) и от нижнечелюстных контрфорсов (Панкратова Н.В.), а также стадии формирования корней третьих моляров (Demiryian).

Результаты исследования. По результатам сравнительной характеристики определено, что, с возрастом у пациентов с расстоянием между корнями нижних третьих моляров и нижнечелюстными контрфорсами (группа М1) углы наклона верхних третьих моляров увеличиваются не достоверно на 1,3–4,3% ($p > 0,05$). Тогда как углы наклона нижних третьих моляров увеличиваются достоверно на 30,7% (правых) и 19,4% (левых) ($p < 0,05$). Величина нижнечелюстных углов с возрастом остается неизменной ($p > 0,05$).

Расстояние от корней нижних третьих моляров до биссектрис нижнечелюстных углов (Стресс-ось) уменьшается достоверно на 42,8 и 45,0% ($p < 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно справа и слева). Расстояние от нижнечелюстных контрфорсов с возрастом справа уменьшается не достоверно на 9,5% ($p > 0,05$), а слева увеличивается на 8,1% ($p > 0,05$), но также не достоверно. Стадии формирования корней третьих моляров с возрастом увеличиваются достоверно как верхних на 54,8–71,0% ($p < 0,05$; $p < 0,01$), так и нижних – на 78,9% ($p < 0,01$).

Величина углов наклона третьих моляров и нижнечелюстных углов у пациентов 2 группы изменяется с возрастом уменьшается верхних – на 8,4% (справа) и 7,3% (слева), нижних – на 3,0% (справа) и 6,8% (слева), а также нижнечелюстных углов – на 0,82–1,22%. Однако, все эти изменения не достоверны. Уменьшается расстояние до биссектрис нижнечелюстных углов на 20,0–60,0% ($p > 0,05$) и замедляет прорезывание этих зубов. При этом на стадиях формирования корней третьих моляров, особенно нижних, не отражается их положение, так как они увеличиваются на 37,5% (верхних; $p < 0,05$) – 110,5% (нижних; $p < 0,001$).

Выводы: 1. Отсутствие расстояния между корнями нижних третьих моляров и нижнечелюстными контрфорсами способствует правильному формированию и положению этих зубов.

2. Уменьшение расстояния от корней нижних третьих моляров до биссектрис нижнечелюстных углов на ортопантомограммах челюстей указывает на изменение положения нижних третьих моляров в ходе формирования и прорезывания этих зубов и не препятствует правильному развитию нижних третьих моляров, в том числе и формированию их корней.

3. Отсутствие расстояния между корнями нижних третьих моляров и нижнечелюстными контрфорсами (группа М2) препятствует правильному положению при прорезывании нижних третьих моляров и замедляет прорезывание этих зубов.

ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ

Самохина В.И.[1], Мацкиева О.В.[2], Скрипкина Г.И.[2]

[1] Кафедра стоматологии ДПО ФГБОУ ВО ОмГМУ, г. Омск, Россия;
[2] Кафедра детской стоматологии ФГБОУ ВО ОмГМУ, г. Омск, Россия
E-mail: olgastomomsk@mail.ru

Аннотация. На фоне ограниченного применения в детской стоматологии электроодонтодиагностических методов исследования состояния сосудисто-нервного пучка и тканей надпульпарного дентина [1], перспективным методом количественной оценки рентгенограмм зубов и периапикальных тканей считается денситометрический метод, основанный на измерении оптической плотности тканей зуба и очагов деструкции в сравнении с биологическим эталоном, коим является срединный участок корня исследуемого зуба [2].

Ключевые слова: хронический пульпит, денситометрия, минерализация дентина.

На современном этапе сведения о рентгенологической составляющей динамических изменений со стороны твердых тканей зуба в процессе консервативного лечения обратимых форм пульпита в детском возрасте весьма немногочисленны, что дает основание для проведения дальнейших исследований в этом направлении. В связи с чем, **целью данной работы** стала локальная денситометрическая оценка эффективности лечения обратимой формы хронического пульпита временных моляров с различной степенью сформированности корня биологическим методом с использованием в качестве лечебного средства кальций-фосфатсодержащего геля с хлоргексидином в концентрации 0,02 %.

Материалы и методы. По мере проведения углубленного стоматологического скрининга воспитанников дошкольных образовательных учреждений г. Омска, была выделена группа пациентов в возрасте от 4 до 7 лет, в общей сумме имеющих 29 временных моляров, подлежащих согласно диагнозу и показаниям, лечению биологическим методом [3]. Из них 15 моляров находились в стадии биологического покоя, а 14 моляров – в стадии начального рассасывания корней. Денситометрическое исследование осуществлялось посредством проведения контактной внутриротовой рентгенографии временных зубов с последующим расчетом степени минеральной насыщенности твердых тканей зубов до лечения, а также в ближайшие и отдаленные сроки лечения: через 3–6 месяцев, 1 год (выборочно). С целью объективной оценки минеральной насыщенности твердых тканей исследуемого зуба, осуществлялось измерение оптической плотности их изображений и сравнение с оптической плотностью изображения срединного участка корня одноименного зуба, так называемый «биологический эталон». В результате имелась объективная оценка степени минеральной насыщенности твердых тканей исследуемого зуба. Характеристика минеральной насыщенности твердых тканей зуба осуществлялась по 10 точкам: 3 точки – равноудаленные друг от друга в области надпульпарного дентина; 2 точки – в области дентина стенок кариозной полости; 4 точки – в области периапикальных тканей; 1 точка – срединный участок корня.

Результаты исследования. Спустя 12 месяцев наблюдений, относительный показатель плотности надпульпарного дентина во временных зубах со сформированными корнями после консервативного лечения хронического пульпита биологическим методом с использованием кальций-фосфатсодержащего геля с хлоргексидином составил 65,2 % ($p > 0,05$), а относительный показатель плотности стенок кариозной полости составил 25,6 % ($p > 0,05$). По результатам динамических наблюдений, денситометрические показатели надпульпарного дентина достоверно изменялись ($p < 0,01$) в группе временных моляров с рассасывающимися корнями, что через 3 месяца от начала лечения составило 10,5 %, а к концу года наблюдений составили 43,3 %.

Анализ динамических изменений показателей денситометрии на всем протяжении наблюдений показывали статистически высокодостоверные изменения относительного показателя плотности дентина ($p < 0,001$). В большей степени данный показатель выражен на всем протяжении наблюдений, именно в тканях надпульпарного дентина (81,2 %). В дентине же стенок кариозной полости показатель плотности несколько ниже и составил 68,6 %.

Данный факт, свидетельствует о более плотной структуре дентина в зубах со сформированными корнями по мере проведения биологического метода лечения, что соответствует физиологическим нормам. Можно также

предположить о наличии определенного предела минеральной насыщаемости дентина в зависимости от стадии формирования корней, обусловленной физиологическим состоянием пульпы.

Заключение. Полученные объективные данные денситометрии свидетельствуют об усиленной выработке одонтобластами сосудисто-нервного пучка заместительного надпульпарного дентина за счет пролонгированного воздействия кальций-фосфатсодержащего геля с хлоргексидином, а также минерализации твердых тканей кариозной полости ввиду стимулирования пластической функции сосудисто-нервного пучка путем нормализации стабильного ионообмена между пульпой и твердыми тканями зуба.

Литература:

1. Скрипкина Г.И. Клиническая значимость объективной диагностики пограничных состояний пульпы постоянных зубов у детей / Г.И. Скрипкина, О.В. Мацкиева, В.И. Самохина // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии: Сборник научных статей IX региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии, Хабаровск, 08 ноября 2019 года / Под редакцией А.А. Антоновой. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2019. – С. 159–163.

2. Шувалова В.А. Применение динамической денситометрии по данным КЛКТ и других дополнительных методов диагностики в рамках обследования пациентов с первичным кариесом / В.А. Шувалова, М.А. Чибисова, Л.А. Ермолаева // Институт стоматологии. – 2023. – № 4 (101). – С. 28–29.

3. Запорожская-Абрамова Е.С. Биологически обоснованные стратегии лечения пульпы зуба с несформированным корнем / Е.С. Запорожская-Абрамова, А.А. Адамчик, К.Д. Кирш // Здоровое долголетие – 2024: Материалы региональной научно-практической конференции, Волгоград, 14 июня 2024 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет. – 2024. – С. 111–116.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Слепова А.А.

Актуальность. Несмотря на доказанную эффективность, применение лекарственного электрофореза в детской стоматологии сокращается, что требует объективной оценки его клинической роли в современных условиях.

Ключевые слова: детская стоматология, лекарственный электрофорез, реминерализующая терапия, кариес в стадии пятна, гипоплазия эмали, профилактика кариеса.

Цель: сравнить эффективность местной реминерализующей терапии с применением лекарственного электрофореза и стандартной домашней реминерализующей терапии у детей с различной патологией твердых тканей зубов и с целью профилактики кариеса.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 74 амбулаторных карт детей 5–17 лет (2022–2025) Городской детской стоматологической поликлиники № 6. Пациенты разделены на группы: кариес в стадии пятна декомпенсированная форма (n = 44), системная гипоплазия эмали пятнистая форма (n = 20) и профилактика кариеса перед ортодонтическим лечением (n = 10). В каждой группе сравнивали подгруппы, получавшие курс электрофореза 10 % глюконатом кальция (n = 37), и контрольные подгруппы, выполнявшие рекомендации по домашней реминерализации (n = 37). Оценивали динамику индексов КПУ/кп, гигиены (ИГ) и визуально-тактильные характеристики эмали.

Результаты:

- Динамика КПУ/кп: при кариесе в стадии пятна после лечения прирост интенсивности индекса в группе электрофореза был минимальным (+1,0) и в 2,5 раза ниже, чем в контроле (+2,5). При гипоплазии прирост также составил +1,0 против +2,5 в контроле. В ортодонтической группе на фоне электрофореза индекс КПУ не увеличился (5→5), тогда как в контроле отмечен его рост (5→7).
- Динамика индекса гигиены (ИГ Федорова–Володкиной): во всех группах, получавших электрофорез, отмечено более выраженное улучшение гигиены. При кариесе в стадии пятна показатель ИГ снизился до удовлетворительного уровня (1,75) против неудовлетворительного в контроле (2,73); при гипоплазии – до 1,7 против 1,9 в контроле что соответствует удовлетворительному уровню; в ортодонтической группе – до хорошего уровня (1,5) против удовлетворительного (1,9).
- Визуально-тактильные характеристики: при кариесе в стадии пятна блеск и гладкость эмали после электрофореза восстановились у 90–95 % пациентов (в контроле ≤14 %). При гипоплазии у 100 % пациентов основной группы

достигнуты блеск и гладкость эмали (в контроле 20 % и 27 % соответственно), развитие кариеса в области пятен предотвращено в 100 % случаев (в контроле 27 %). В ортодонтической группе электрофорез обеспечил 100 % профилактику новых кариозных очагов.

Заключение. Лекарственный электрофорез является высокоэффективным методом реминерализующей терапии у детей, превосходящим по клиническим результатам домашнюю ремотерапию при кариесе в стадии пятна, гипоплазии эмали и для профилактики кариеса перед ортодонтическим лечением. Для его интеграции в практику необходима просветительская работа с врачами и родителями.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ГИГИЕНЫ РТА

Соколова Л.Н., Казакова М.Ю.

Кафедра детской стоматологии и ортодонтии
ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
E-mail: daisy.starkly2015@gmail.com

Аннотация. Настоящее исследование посвящено анализу результатов анкетирования подростков 14–15 лет г. Твери по вопросам гигиены рта. Методом анкетирования мы оценивали исходный уровень знаний гигиены рта у старшеклассников. Полученные данные показали низкий уровень информированности подростков о стоматологическом здоровье, поэтому было принято решение разработать авторский урок здоровья «Гигиена рта подростков», направленный на повышение уровня стоматологической грамотности и формирование здоровых привычек.

Ключевые слова: подростки, гигиена рта, анкетирование, оценка знаний, урок здоровья.

В любом возрасте состояние полости рта является важным показателем здоровья и привлекательности. У детей подросткового возраста стоматологические проблемы оказывают влияние не только на функциональное состояние зубочелюстной системы, но и на психоэмоциональное и, как следствие, на качество их жизни [1].

Стоматологическое здоровье зависит от ряда факторов: поражение зубов кариесом, уровень гигиенического состояния полости рта, наличие воспалительных или дистрофических поражений слизистой оболочки рта и пародонта и т. д.

Стоматологическая заболеваемость среди детского и подросткового населения России остается на высоком уровне. По данным Э.М. Кузьминой (2001, 2009), распространенность кариеса зубов у детей повышается к 15 годам до 82–88 %. Частота встречаемости заболеваний пародонта, по данным ВОЗ, достигает у подростков 81–90 % [2].

Были проанализировали литературные данные о стоматологических проблемах подростков, на основании чего мы составили авторскую анкету для уточнения запросов и интересов старшеклассников в школах г. Твери.

Цели исследования: анкетирование и оценка исходных знаний подростков 14–15 лет с последующим составлением сценария урока здоровья.

Материалы и методы. Социологическим методом исследования анкетированием мы опросили 70 школьников 14–15 лет г. Твери.

Анкеты содержали вопросы об индивидуальной гигиене рта, вредных привычках, отношении к профессиональным осмотрам у стоматолога и др.

Результаты исследования. Стоматологи рекомендуют чистить зубы каждый день – так делают 90 % опрошенных. Однако, около половины подростков чистят зубы реже рекомендованных 2 раз в день, чаще – 1 раз, из-за лени и нехватки времени. Средняя продолжительность чистки 53 % опрошенных – 1–2 минуты, что ниже рекомендуемых 3 минут. 86 % старшеклассников предпочитают чистку зубными щетками средней или мягкой жесткости, остальные затрудняются охарактеризовать свою щетку. Из зубных паст лидируют отбеливающие, что не рекомендуется стоматологами для постоянного использования, а треть подростков вообще не знают, какой пастой они чистят зубы. Недостаточное использование дополнительных средств гигиены: ополаскиватель, скребок для языка, зубочистка. Выявлен уровень кровоточивости десен – 36 %, что свидетельствует о воспалительных процессах. Более половины подростков (70 %) используют жевательную резинку произвольно, в любое время, а не после еды. Подростки чрезмерно и часто употребляют сладости (63 %), что увеличивает риск кариеса зубов. Распространенные вредные привычки (56 %) – кусание губ, закусывание щек, что может вызвать хронические травмы слизистой оболочки рта с последующим возможным озлокачествлением. Кусание ногтей, карандашей, ручек (25 %) свидетельствует о повышенной тревожности молодежи и тоже может привести к травме слизистой. Оценка улыбки положительная при-

мерно у половины подростков, у остальных – имеются претензии. Посещение стоматолога – нерегулярное, треть подростков посещают стоматолога, когда возникают проблемы с зубами.

Заключение. Проведенное исследование подтверждает необходимость систематической профилактической работы и просветительских мероприятий среди подростков для повышения их медицинской грамотности и снижения распространенности стоматологических заболеваний. Этой цели служит авторский урок здоровья на тему «Гигиена рта подростков» для старшеклассников г. Твери, созданный волонтерами стоматологического отряда «Лига Улыбки» в Тверском ГМУ.

Литература:

1. Влияние состояния полости рта на качество жизни подростков / Л.П. Кисельникова, Т.Е. Зуева, К.Г. Гуревич [и др.] // Российская стоматология. – 2011. – № 4 (3). – С. 5659.
2. Колесникова Л.Р. Результаты обследования гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта у детей и подростков г. Иркутска / Л.Р. Колесникова, Л.В. Натяганова, И.Н. Гутник // Acta Biomedica Scientifica. – 2015. – № (5). – С. 17–20.
3. Хамадеева А.М. Особенности разработки программы профилактики в стоматологии среди детского населения, проживающего в неблагоприятных регионах / А.М. Хамадеева, Н.В. Ногина // Стоматол. дет. возраста и профил. – 2010.

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ УРОКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Соколова Л.Н., Шмакова А.А.

Кафедра детской стоматологии и ортодонтии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Аннотация. В данной работе представлены данные о разработанных уроках стоматологического здоровья школьников с учетом особенностей восприятия информации при расстройстве аутистического спектра (РАС). Проведен анализ уровня знаний о стоматологическом здоровье после уроков по результатам анкетирования. По разным оценкам, РАС страдает 1 ребенок из 100–160 обследуемых. Однако реальные цифры, отражающие количество детей с РАС, гораздо выше. Проблема оказания стоматологической помощи детям, страдающим от РАС, является крайне актуальной, так как методы обучения, применяемые к среднестатистическому ребенку, оказываются в данном случае неэффективными, что требует отдельного вмешательства в виде разработки программ по обучению гигиене полости рта детей с РАС.

Цель исследования: разработка уроков стоматологического здоровья для детей с расстройством аутистического спектра.

Материалы и методы. Было проведено анонимное анкетирование 60 школьников с 1-го по 6-й и 9-й классы ГКОУ «Тверская школа-интернат № 2». Разработанная анкета включала в себя следующие показатели: время чистки зубов, предметы для домашней гигиены полости рта, движения зубной щетки во время чистки, выбор полезных и вредных продуктов питания для зубов, краткость посещения стоматолога, субъективные ощущения от визита к врачу. Статистическая обработка результатов выполнена в Microsoft Excel.

Результаты исследования. Среди всех анкетируемых зубы чистят утром и вечером 72 % (43 чел.), только утром – 16, 67 % (10 чел.), только вечером – 6,67 % (4 чел.), после каждого приема пищи – 5 % (3 чел.), не чистят зубы 1,67 % (1 чел.). Делают это после еды 37 человек (62 %), а до еды – 23 (38 %). Среди всех опрошенных зубную нить используют 10 % (6 чел.), зубной ершик – 8,33 % (5 чел.), а зубочистку – 11,67 % (7 чел.). Круговые движения используют половина опрошенных, выметающие и горизонтальные по вестибулярной и оральной поверхностям зубов – по 20 человек (33,33 %). Чистят зубы 3 минуты треть опрошенных, почти столько же – около минуты, 12 % – менее 30 секунд. При невозможности почистить зубы щеткой после еды 28 человек прополаскивают рот водой (46,67 %), 23,33 % опрошенных используют жевательную резинку. Интересно, что 12 человек сообщили, что всегда имеют при себе зубную щетку (20 %), 4 человека едят жесткие овощи и/или фрукты (6,67 %) и 11 человек ничего не делают в таком случае (18,33 %). Школьники должны были выбрать из предложенного списка продуктов полезные для зубов: из 60 человек правильные ответы дали – «сырые овощи» 33 человека, «молочные продукты» – 38, «мясо» – 30, «рыба» – 25. Далее школьникам предлагалось из картинок продуктов выбрать вредные для зубов: правильно ответили 55 чел. из 60. Четверть опрошенных едят сладкое несколько раз в день, 1 раз в день – 29 (48,33 %), через день – 10 (16,67 %), 2–3

раза в неделю – 6 (10 %). Были на приеме у стоматолога 51 человек (85 %). 47 человек посещают стоматолога с целью лечения зубов (78,33 %), проходят ортодонтическое лечение 4 человека (6,67 %), на профессиональную гигиену приходили 11 человек (18,33 %), удаляют зубы 14 человек (23,33 %). Кратность посещения стоматолога: 1 раз в 6 месяца соблюдают только 8 человек (13,33 %), 1 раз в год – 20 человек (33,33 %), реже – 11 человек (18,33 %). Боятся визитов к стоматологу 22 человека (36,67 %).

Заключение. Дети с расстройством аутистического спектра наиболее полно воспринимают информацию визуально, что подтверждает результат анкетирования. После проведенного урока здоровья большинство школьников регулярно чистят зубы, половина анкетируемых освоили стандартный метод чистки зубов. Большая часть детей имеют правильное представление о продуктах полезных и вредных для зубов.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА РТА У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Солдатов В.С.[2], Иорданишвили А.К.[1]

[1] ФГБВОУ ВО ВМедА им. С.М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия;
[2] ООО «Альфа-Дент», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Разработка простых и доступных для пациентов путей улучшения стоматологического здоровья в активном периоде ортодонтического лечения с применением несъемной дуговой аппаратуры (брекет-системы) является актуальной проблемой клинической стоматологии.

Цель исследования: изучение влияния регулярного применения средств ухода за полостью рта в период ортодонтического лечения на мукозальный иммунитет.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 39 (17 мужчин, 22 женщины) человек в возрасте от 18 до 28 лет, с зубочелюстными аномалиями без сопутствующей соматической патологии, которые были разделены на 2 группы: группу сравнения (1-я) и основную (2-я).

Пациенты 1-й группы, в которую вошли 16 человек (7 мужчин и 9 женщин), на протяжении всего исследования использовали ранее применяемые ими средства индивидуальной гигиены.

Пациентам 2-й группы, которую составили 23 человека (10 мужчин и 13 женщин), было рекомендовано использовать новую отечественную низкоабразивную зубную пасту для чувствительных зубов с тройным механизмом защиты зубов и десен, содержащую в своем составе хлорофиллин меди в концентрации достаточной для ингибирования пародонтопатогенных бактерий, глицерофосфат кальция, суспензию гидроксиапатита кальция, хлорид калия, диоксид кремния, хлорид магния и ксилит (R.O.C.S. PRO SENSITIVE).

Контрольную группу составили 15 человек (6 мужчин, 9 женщин) того же возраста без зубочелюстных аномалий и не нуждающихся в ортодонтическом лечении. Все пациенты на начало исследования имели удовлетворительную гигиену полости рта. При ее ухудшении пациенты были исключены из исследования. Материалом исследования служила слюна пациентов. Содержание в слюне секреторного иммуноглобулина А (sIgA), провоспалительных (интерлейкина-1β (IL-1β), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-8 (IL-8), фактора некроза опухоли-α (TNFα)) и противовоспалительных (рецепторного антагониста интерлейкина-1 (RAIL), интерлейкина-4 (IL-4), интерлейкина-10 (IL-10)) цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа.

Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05.

Результаты исследования. У пациентов с брекет-системами на активном этапе ортодонтического лечения отмечается неблагоприятная динамика по показателям секреторного иммуноглобулина «А», концентраций провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в слюнной жидкости. Установлено, что ношение брекет-систем на протяжении 1–3 месяцев привело к повышению концентрации в слюнной жидкости всех нами исследованных провоспалительных цитокинов ($p < 0,01$). Применение рекомендуемого комплекса средств по уходу за зубами и полостью рта позволило через месяц оптимизировать мукозальный иммунитет и нормализовать баланс провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, а также сохранить его на продолжительный срок в сложных случаях ортодонтического лечения.

Заключение. В большей мере, неблагоприятное влияние на мукозальный иммунитет играет не использование брекет-системы, а именно последствия ее применения, которые заключаются в усложнении ухода за зубами и тканями полости рта, что и вызывает активацию образования биопленки орального микробиома. Для сохранения сто-

матологического здоровья в активный период ортодонтического лечения с использованием брекет-систем следует использовать алгоритм индивидуального ухода за полостью рта с применением средств гигиены, основанных на антимикробном действии продуктов растительного происхождения.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОССИИ

Сорокина А.А.[1], Бондарь Ю.В.[1], Корнилова В.В.[1], Григорьева А.А.[2,3], Гаврилова О.А.[1]

[1] Кафедра детской стоматологии и ортодонтии ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия;
[2] Отдел планирования научных исследований ФГБУ НМИЦО ФМБА России, Москва, Россия;
[3] Кафедра технологий реабилитации сенсорных нарушений ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия
E-mail: agrigoryeva@mail.ru

Аннотация. Искусственный интеллект (ИИ) широко применяется во всех областях медицины. Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), как цифровая платформа, интегрирует клинические данные по различным медицинским специальностям, в том числе по стоматологии и оториноларингологии. Систематическое обновление информации способствует повышению качества оказания специализированной помощи и оптимизации деятельности врачей-стоматологов, врачей-стоматологов детских, врачей-оториноларингологов.

Ключевые слова: стоматологическая помощь детям, ЕГИСЗ, искусственный интеллект, ИИ, МИС.

Цель исследования: установить преимущества оказания стоматологической помощи детям с оториноларингологической патологией на основе внедрения инновационных технологий.

Материалы и методы. Выполнен анализ нормативной базы в правовой системе «Гарант» по вопросам цифровой модернизации здравоохранения и организации стоматологической помощи детям с оториноларингологической патологией. Системный анализ применен для оценки использования технологий ИИ в стоматологии и оториноларингологии.

Результаты. Установлено, что программы на основе ИИ обеспечивают обработку больших объемов медицинских данных, повышают точность диагностики и помогают врачу выбрать наиболее эффективное лечение с учетом сопутствующих заболеваний у пациента.

Ключевой проблемой функционирования ЕГИСЗ является ограниченный доступ к полным данным пациента в ситуациях, требующих междисциплинарного взаимодействия. В частности, при оказании помощи детям при сочетанной оториноларингологической и стоматологической патологии врачи-стоматологи не могут получить необходимые сведения о болезнях структур наружного, среднего и внутреннего уха, полости носа и ротоглотки, а для врачей-оториноларингологов остается недоступной информация о стоматологическом статусе пациентов, что необходимо для своевременной диагностики и успешного комплексного лечения.

Отсутствие полноценного доступа к данным в ЕГИСЗ связано с рядом факторов: недостаточной интеграцией региональных медицинских информационных систем (МИС) и отдельных диагностических программ на базе ИИ с системой, неполным или некорректным отражением клинической информации в электронной медицинской карте (ЭМК), а также необходимостью обеспечения юридически правильного предоставления и оформления согласий пациентов (согласие на обработку персональных данных, ИДС на обследование, лечение) и соблюдения врачебной тайны.

Использование ИИ при обработке данных ЭМК позволяет проводить автоматизированный анонимизированный анализ состояния здоровья пациента. Это способствует расширению диагностических возможностей, поскольку ИИ функционирует как интеллектуальный помощник врача и обеспечивает информационную поддержку при принятии клинических решений.

Заключение. Интеграция ИИ в практическую медицину относится к числу приоритетных направлений текущего этапа развития системы российского здравоохранения и необходима для оптимизации стоматологической помощи детям.

Обеспечение тотальной интеграции МИС и специализированного программного обеспечения на основе ИИ с ЕГИСЗ на территории Российской Федерации позволит: повысить качество и доступность медицинской помощи; автоматизировать анализ и прогнозирование течения сочетанных стоматологических и оториноларингологических заболеваний у детей; усовершенствовать систему взаимодействия между медицинскими организациями, врачами и пациентами. Вместе с тем эффективное использование инновационных технологий требует дальнейшего совершенствования нормативной правовой базы.

МЕХАНИЗМЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ КСИЛИТА НА КАРИЕСОГЕННУЮ МИКРОФЛОРУ

Сорокина А.А.[1], Гаврилова О.А.[1], Корнилова В.В.[1], Бондарь Ю.В.[1], Макаров П.В.[2], Козлов С.М.[1]

[1]Кафедра детской стоматологии и ортодонтии ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия,
[2] Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
E-mail: kornilovavv@tvgmu.ru

Введение. Научные исследования подтверждают многофакторное воздействие ксилита на *Streptococcus mutans* (*S. Mutans*) – главного представителя кариесогенной микрофлоры, реализуемое через прямое антимикробное действие (подавление роста бактерий) и изменение физико-химических свойств среды полости рта, что доказывает целесообразность включения данного сахарозаменителя в состав зубных паст, гелей, муссов, ополаскивателей для ротоглотки и «полезных» сладостей для предупреждения развития кариеса зубов у детей.

Ключевые слова: механизмы действия ксилита, кариесогенная микрофлора, профилактика

Цель исследования: проанализировать механизмы действия ксилита на кариесогенную микрофлору (*Streptococcus mutans*) и обосновать его применение для профилактики кариеса у детей.

Материалы и методы. Проведен контент-анализ научных работ (PubMed, Scopus, Medline, ScienceDirect, Cochrane Library, e-Library) по ключевым словам: механизм действия ксилита, *Streptococcus mutans*, зубные пасты/жевательная резинка с ксилитом, профилактика кариеса у детей.

Результаты. Современные данные экспериментальных и клинических исследований подтверждают, что антикариозный эффект ксилита реализуется за счет совокупности взаимодополняющих механизмов, включая ингибирование роста *Streptococcus mutans*, нарушение структуры и метаболической активности зубной биопленки, а также усиление слюноотделения. Одним из принципиально значимых аспектов действия ксилита является его отсутствие метаболической способности к ферментации с образованием кислот: в отличие от других углеводов (например, глюкоза), он не вовлекается в метаболизм *S. Mutans* с образованием органических кислот (преимущественно молочной), что способствует поддержанию pH смешанной слюны на уровне выше критического значения 5,5. Доказано такое свойство ксилита, как сохранение среды на нейтральном уровне, в результате чего создаются благоприятные условия для реминерализации твердых тканей зубов. Воздействием на фосфотрансферазную систему ксилитол нарушает метаболизм *S. Mutans*. Это приводит к перерасходу энергетических резервов бактериальной клетки и сопровождается снижением ее метаболической активности вплоть до полной гибели. Следующий механизм заключается в подавлении пролиферации *S. Mutans* и нарушении процессов формирования и структурной организации зубной биопленки. Регулярное использование ксилит-содержащих продуктов (пасты, ополаскиватели, жевательная резинка, конфеты) у детей обеспечивает долгосрочную профилактику кариеса. Другой важный поддерживающий механизм – стимуляция слюноотделения при жевании резинки с ксилитом. Активируются буферные системы и реминерализующая функция слюны. Под действием ксилита нормализуется состав микробиоты рта. У детей с преимущественно ротовым типом дыхания, обусловленным оториноларингологической патологией и ассоциированной с этим ксеростомией, использование зубных паст, содержащих ксилит и альгинат, способствует повышению уровня гидратации слизистой оболочки рта.

Выводы. Многофакторные механизмы действия ксилита (неферментируемость, нарушение метаболизма и адгезии бактерий, уменьшение образования неминерализованного зубного налета, механическая стимуляция слюноотделения) обосновывают его включение в состав средств профилактики кариеса зубов у детей как дополнительного компонента в комплексе с фторидами, кальцием и ограничением сахарозы.

ПОТРЕБНОСТЬ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Тимошенко П.С., Короленкова М.В.

ФГБУ НМИЦ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, Москва, Россия

E-mail: timobina13@gmail.com

Аннотация. В ходе исследования, проведенного на 1313 детях 8-17 лет была оценена потребность в протезировании постоянных зубов (в качестве критерия использовали ИРОПЗ в молярах и премолярах и долю разрушения коронковой части у фронтальных зубов). Выявлена высокая потребность в протезировании постоянных зубов у детей данного возраста (25,8 %). Состояние части зубов, нуждающихся в протезировании, было отслежено в течении года, в результате чего обнаружен крайне высокий процент несостоятельных пломб (45,2 %); 11 % зубов потребовалось первичное, а 8,5 % – повторное эндонтическое лечение; 24 зуба (6,8 %) пришлось удалить по причине невозможности консервативного лечения. детские стоматологи вынуждены неоправданно расширять показания для восстановления зуба пломбировочными материалами, что неэффективно для долгосрочного сохранения функции зуба.

Ключевые слова: протезирование, детская стоматология, герметизм пломб

Введение. Неоправданное расширение показаний к восстановлению зубов пломбировочными материалами у детей и подростков нередко приводит к нарушению краевого прилегания пломб, рецидиву кариеса и удалению зубов из-за массированной утраты твердых тканей.

Цель исследования: оценить потребность детей и подростков 8–17 лет в рациональном протезировании постоянных зубов

Материал и методы. Исследование проводилось на стоматологическом приеме в ГБУЗ МО «Химкинская стоматологическая поликлиника». Проводился осмотр полости рта и рентгенологическое обследование зубов у 1313 первичных пациентов 8–17 лет. В качестве показаний к протезированию постоянных зубов использовали: индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба более 40 % и разрушение коронковой части резцов и клыков более, чем на ½. Дополнительно регистрировалась интенсивность кариеса, наличие удаленных и эндодонтически леченных постоянных зубов, наличие в анамнезе восстановления зубов пломбировочным материалом и качество краевого прилегания последнего. Через год проводились повторные осмотры части детей для выявления состояния зубов, нуждающихся в протезировании.

Результаты. Из 1313 первичных пациентов 339 (25,8 %) детей нуждались в ортопедическом лечении 689 постоянных зубов (с среднем 2,0±2,1). Средний КПУ составил 7,42±4,5 зуба. Количество зубов нуждающихся в протезировании, составляло в среднем 1,6 зуба в возрасте 6–9 лет, 1,4 зуба у 10–12 летних, 1,7 в возрасте 13–15 лет, резко повышаясь в возрасте 16–17 лет – 2,7 зуба. У 42 детей уже имелись удаленные постоянные зубы (59 зубов). Доминирующей причиной разрушения зубов, требующих протезирования, был кариес и его осложнения (85,9 % от общего количества пораженных зубов). ИРОПЗ составлял более 40 % в 25,6 % случаев, ИРОПЗ более 60 % имело 67,9 % зубов и 5,3 % зубов имело ИРОПЗ более 80 %. Из всех зубов, в отношении которых была предпринята попытка восстановления коронки пломбировочными материалами, 36,1 % имели состоятельные пломбы, в 63,9 % было выявлено нарушение краевого прилегания и, соответственно, отсутствие герметичности. В ходе исследования обнаружено, что дети от 8 до 10 лет в протезировании чаще нуждаются в связи с аномалиями развития зубов.

При повторном осмотре были оценены 352 зуба из 698 нуждающихся в протезировании по данным первичного осмотра. Из пролеченных зубов в замене пломб, установленных годом ранее, нуждаются 159 (45,2 %). Нарушение герметизма реставрации нередко приводит к осложнениям, согласно нашему исследованию, в 39 зубах (11 %) это привело к инфицированию пульпы и необходимости проведения первичного эндодонтического лечения, в 8,5 % (30 зубов) потребовалось повторное эндодонтическое лечение, 24 зуба (6,8 %) пришлось удалить по причине невозможности консервативного лечения.

Заключение. Наше исследование демонстрирует острую необходимость в рациональном восстановлении дефектов твердых тканей зубов у детей. Однако восстановление постоянных зубов коронками не входит в программу государственных гарантий оказания медицинской помощи детскому населению. Вследствие этого детские стоматологи вынуждены неоправданно расширять показания для восстановления зуба пломбировочными материалами, что неэффективно для долгосрочного сохранения функции зуба.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД С КОНТРОЛЕМ ЗА ФОРМИРОВАНИЕМ ПОСТОЯННОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ

Тугарин В.А., Полунина А.А., Завязкина Е.С., Хуснутдинова Н.Н.

Кафедра ортодонтии НОИ стоматологии им. А.И. Евдокимова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: анализ эффективности применения междисциплинарного подхода, разработанного нами в ходе проведения исследования и лечения пациентов с дистальной окклюзией в сочетание с глубокой резцовой окклюзией или дизокклюзией на периоде формирования прикуса постоянных зубов в возрасте 9–12 лет. Междисциплинарный подход включает в себя проведение остеопатической коррекции, нормализации носового дыхания и артикуляции языка при глотании с выполнением разработанной системы миогимнастических упражнений в комплексе с проволочными губными бамперами на верхней и нижней челюсти, с аппаратом Тугарина для разобщения и коррекции аномалии окклюзии в вертикальном и сагиттальном направлениях.

Ключевые слова: междисциплинарный подход, дистальная окклюзия, остеопатическая коррекция, миогимнастические упражнения, проволочные губные бампера, аппарат Тугарина.

Последние научные данные в области ортодонтической практики говорят о значительном росте аномалий окклюзии с минимальным эффектом саморегуляции на этапах роста и формирования прикуса постоянных зубов вследствие ряда функциональных нарушений в зубочелюстно-лицевом комплексе.

Например, отечественные авторы Бельфер М.Р., Косарева Т.Ф. (2020) считают распространенность аномалий окклюзии на уровне 56–89%.

Следовательно, современная ортодонтия должна вести профилактическую работу по проведению необходимых мероприятий для предупреждения развития деформации зубных рядов и аномалий окклюзии на этапах формирования прикуса постоянных зубов, т. к. профилактика лучше лечения.

В современной ортодонтической практике акцентируют внимание на проведение раннего ортодонтического лечения, мотивируя это выполнением превентивной терапии при постоянно изменяющихся условиях в зубочелюстном комплексе вследствие роста, развития и формирования прикуса постоянных зубов с достижением функционального морфологического и эстетического оптимума в зубочелюстно-лицевой системе.

Для врача-стоматолога и ортодонта очень важно отметить и диагностировать начальные проявления функциональных и морфологических изменений у растущего пациента, определяя вероятно имеющиеся в прошлом или присутствующие вредные привычки, нарушения со стороны носового дыхания вследствие наличия аденоидов и миндалин, расстройство речи, наличие инфантильного глотания, бруксизма или клинчинга. Очень часто выявляются нарушения постурального характера с изменением положения тела и головы в пространстве.

Крайне важно перед началом ортодонтического лечения, исключить вредные привычки, имеющиеся у ребенка с консультацией и лечением у невропатолога, т. к. в противном случае, динамика ортодонтического лечения и вероятный результат будут неопределенными по времени и не стабильны.

Нарушение миодинамического равновесия в зубочелюстной системе, мышечно-связочный дисбаланс опорно-двигательного аппарата являются основными факторами, способствующими развитию зубочелюстно-лицевой патологии.

Проведение раннего ортодонтического лечения необходимо в случаях выявления у детей ротового или смешанного дыхания с начальными признаками формирования аномалий окклюзии, обусловленные нарастающей деформацией - сужением зубных рядов, более выраженным на верхней челюсти. Предварительно проводят санацию носоглотки оперативным или консервативным путем с учетом степени выраженности аденоидных разрастаний и последующим проведением миогимнастических упражнений с нормализацией носового дыхания

В международной ортодонтической практике существует основное соглашение - консорциум, что раннее ортодонтическое лечение обязательно должно проводится в клинических случаях с формирующейся перекрестной окклюзией, мезиальной окклюзией, нижней ретро и микрогнатией, вертикальной резцовой дизокклюзией. В отдельных клинических случаях наблюдается выраженное сужение верхней челюсти, которое влияет на формирование лицевого скелета, нарушается последовательное парное прорезывание постоянных зубов, с нарушением функций в челюстно-лицевой области, что в целом сказывается на общем состоянии организма и здоровья ребенка . Эти случаи также требуют раннего или пунктуального ортодонтического лечения.

Патогенетический механизм формирования дистальной окклюзии в сочетании с глубокой резцовой окклюзией (дизокклюзией) у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата заключается в усилении выраженности естественных изгибов позвоночника и его деформации в виде шейного лордоза, грудного кифоза и поясничного лордоза. Это компенсаторный механизм с целью сохранения вертикального положения тела при смещении центра тяжести кзади. В результате плечевой пояс отклоняется вперед и вниз, а мышцы, соединяющие плечевой пояс с подъязычной костью, смещают ее незначительно вниз и кзади (каудально).

Результаты исследования детей с дистальной окклюзией на периоде формирования прикуса постоянных зубов свидетельствуют о необходимости проведения ортопедического статуса и учета состояния опорно-двигательного аппарата при планировании ортодонтического лечения и комплекса профилактических мероприятий.

Цель исследования: эффективность применения разработанного междисциплинарного подхода у пациентов с дистальной окклюзией в период формирования прикуса постоянных зубов альтернативным методом с помощью модифицированного функционального метода.

Задачи исследования:

- разработать анкету для выявления общих этиологических факторов формирования аномалий окклюзии.
- разработать комплекс миогимнастических упражнений для пациентов с формирующейся дистальной окклюзией, проходящих лечение с помощью. модифицированного функционального метода.
- иновация и клиническое применение междисциплинарного подхода в ортодонтической практике.

Материалы и методы. Обследовано 54 пациента в возрасте 9–12 лет с формирующейся дистальной окклюзией в сочетание с глубокой резцовой окклюзией.

С целью выявления, по возможности, всех этиологических факторов, участвовавших в формировании аномалий окклюзии у детей, нами разработана анкета, которая позволяет выявить все функциональные и морфологические нарушения в зубочелюстно-лицевом комплексе, установить определенные стереотипы в проведении в дальнейшем всех лечебных действий. Анализируя весь комплекс этиологических нарушений у конкретного пациента, объективно создается формат необходимых мероприятий для коррекции миофункциональных нарушений и лечения аномалии окклюзии. Такой междисциплинарный поход (комплексно-ориентированный) дает возможность получить высокоэффективный стабильный результат, не прибегая в последующем к высокотехнологичной ортодонтической аппаратуре в виде различных брекет-систем или системе элайнеров и не применяя ретенционные аппараты съемной или несъемной конструкции.

Как правило, для нормализации функций в зубочелюстной системе рекомендуется проведение комплекса миогимнастических упражнений для нормализации дыхания, глотания, речи с привлечением логопеда и отоларинголога.

Функциональное ортодонтическое лечение, проведенное на периодах формирования прикуса постоянных зубов является в основном профилактическим и предупреждает развитие скелетных дисгнатических ситуаций, деформаций и аномалий прикуса с возможностью уменьшить и упростить вероятный объем ортодонтической терапии в дальнейшем или исключить в отдельных клинических ситуациях.

В целях нашего исследования, в клиническом отделении кафедры ортодонтии РУМ НОИ стоматологии им. А.И. Евдокимова у пациентов с дистальной окклюзией или в сочетание с глубокой резцовой окклюзией на периоде формирования прикуса постоянных зубов применяли проволочные губные бампера М. Корна или индивидуальные губные бампера Тугарина и аппараты для коррекции окклюзии в сагиттальном и вертикальном направлениях, позволяющие исключить нарастающую деформацию зубных рядов, обусловленную гипертонусом мыщц губ и щек, адентией отдельных молочных зубов и неправильным положением первых постоянных моляров – мезиальной ротацией.

На гипсовых моделях зубных рядов подбирают по размеру клинической коронки первых моляров ортодонтические кольца с щечными трубками, в конструкцию которых обязательно должны входить трубки под лицевую дугу с внутренним диаметром 1,15 мм на верхней челюсти, а на нижней – гингивально расположенная трубка под губной бампер. На верхней челюсти целесообразно использование колец с трубками, которые расположены гингивально, для распределения силы ближе к центру ротации моляров, на уровне бифуркации корней.

Проволочные губные бампера изготавливаются промышленным способом и имеют 2 типоразмера на верхней челюсти – малый и большой, а на нижней челюсти три – малый, средний и большой.

Верхне- и нижнечелюстные бамперы имеют некоторые отличия в силу анатомических особенностей строения челюстных костей и расположения мягких тканей в полости рта. Как правило, высота вертикальных открытых петель в конструкции бампера на верхней челюсти намного выше во фронтальном отделе, чем на нижней челюст.

За счет вертикальных петель исключается негативное давление губ и щек на формирующие зубные ряды, а язык, как сильный мышечный орган, исправляет имеющуюся деформацию зубных рядов и участвует в дальнейшем в организации зубных рядов и нормализации окклюзии.

Это приводит к более щечному прорезыванию премоляров и клыков, а значит, и к физиологическому расширению как верхней, так и нижней челюсти.

Дальнейшая окклюзионная коррекция позволяет сформировать естественную индивидуальную форму зубных рядов с нормальным направлением окклюзионной плоскости, учитывая тип роста челюстно-лицевого комплекса.

Давление губ через передний отдел проволочного бампера передается на первые моляры нижней челюсти, вызывая их выпрямление, а при необходимости и дистальный наклон с созданием места для прорезывания премоляров и клыков, на верхней челюсти – деротацию и незначительную дистализацию. Необходимо отметить о контроле за формированием зубных рядов в трансверзальном и сагиттальном направлениях с достижением конгруэнтности по форме и размерам с нейтральным характером смыкания в области первых моляров.

Можно подобрать необходимый размер бамперов к любой клинической ситуации, не зависимо от размера зубов, периода формирования прикуса и степени деформации зубных рядов. После этого припасовывают губные бампера на нижней и верхней челюсти. У детей с повышенным эмоциональным статусом рекомендуется в начале лечения зафиксировать губной бампер на одной челюсти, а потом, после адаптации к аппарату, на другой челюсти.

Активацию аппарата проводят раз в три-четыре недели. Обращают внимание на состояние слизистой в области верхней и нижней губ, щек и в случае наличия травмы хронического характера, которое может быть спровоцировано вследствие гипертонуса мыщц или деформации губного бампера, проводят коррекцию аппарата.

Как правило, на этапе лечения, вследствие изменения положения моляров (коррекция и активация), необходимо контролировать положение губного бампера во фронтальном отделе в вертикальном направлении, не допуская травмы слизистой в области переходной складки.

На нижней челюсти проволочный губной бампер припасовывается и фиксируется пассивно на первых молярах, а удерживается в полости рта за счет постоянного давления со стороны мышц щек и нижней губы.

В случаях отсутствия временных моляров и мезиального наклона постоянного моляра проводят активацию губного бампера с целью выпрямления зуба и правильной постановки его в зубной ряд с сохранением места для прорезывающихся премоляров.

При неустойчивом положении губного бампера в полости рта в клинических случаях с гипотонусом круговой мыщцы рта можно использовать индивидуальный проволочный губной бампер с фиксатором Тугарина. Аппарат изготавливается в зуботехнической лаборатории зубным ортодонтическим техником по конкретно взятой гипсовой модели зубного ряда пациента из стальной ортодонтической проволоки сечением 0,9 мм. Проволочный губной бампер используется на верхней и нижней челюсти и в силу анатомических особенностей строения и прикрепления мягких тканей полости рта имеет характерный по форме фронтального отдела контур. В процессе выполнения бампера на нижней челюсти от центральных резцов в вертикальной плоскости симметрично выполняются вертикальные петли, высотой примерно с высоты коронок резцов, следующие петли меньше на 1–2 мм и последняя пара вертикальных изгибов проецируется в области клыков и первых молочных моляров или постоянных премоляров с высотой в 2 раза меньшей от первых петель, выполненных в области центральных резцов. Расстояние между петлями при изгибании бампера составляет примерно мезио-дистальную ширину резцов нижней челюсти. Такая конструкция петель позволяет максимально передать давление с нижней губы на первые моляры нижней челюсти с целью их необходимой коррекции, а следовательно, в целом, и на выравнивание и формирование зубного ряда. В области молочных моляров или постоянных первых премоляров выполняются U-образные петли высотой 3–4 мм с целью возможной активации губного бампера.

За счет выполнения в дистальных отделах фиксирующего элемента – «скрепки» губной бампер жестко фиксируется во втулках, расположенных в конструкции щечных трубках, приваренных на ортодонтические кольца. В дальнейшем, по мере развития зубного ряда нижней челюсти, проводят активацию и необходимую коррекцию индивидуального проволочного губного бампера.

При нарушениях постурального характера проводят комплексную оценку и взаимосвязь морфологического и функционального состояния зубочелюстной системы и опорно-двигательного аппарата (ортопедический статус,

ортодонтический диагноз). Постура компенсирует морфологические и функциональные изменения, происходящие в стоматогнатической системе.

По данным стабилометрии, при дистальной окклюзии зубных рядов, центр тяжести головы нередко располагается впереди. Это влечет изменение осанки и увеличение нагрузки на постоянно напряженные подзатылочные, лестничные, грудино-ключично-сосцевидные мышцы.

Для дистальной окклюзии характерен передний тип постуральной адаптации. Диагностика нарушений постуры и опорно-двигательного аппарата возможна при помощи стоматологических, остеопатических и стабилометрических исследований соответствующими врачами.

Аномалии окклюзии могут быть как причиной, так и следствием нарушений опорно-двигательного аппарата, что обязательно необходимо учитывать при планировании и проведении ортодонтического или челюстно-лицевого ортопедического лечения.

Метод лечения пациентов с дистальной окклюзией моделируется с учетом выявленных нарушений опорно-двигательного аппарата путем их коррекции остеопатическими методами.

Междисциплинарный подход увеличивает эффективность результата ортодонтического лечения, что отражается и на компенсаторной адаптации зубочелюстной системы к более физиологическим нормальным окклюзионным взаимоотношениям. Необходимо отметить, что на этапе лечения рекомендовано целенаправленная последовательная экстракция временных моляров и клыков, что позволяет ортодонту контролировать формирование прикуса постоянных зубов с их естественным физиологическим прорезыванием и постановкой в зубной ряд, с формированием естественной окклюзионной плоскости. Удаление временных зубов проводят с учетом формирования корней постоянных зубов (приблизительно на 2/3 корня) под контролем ОПТГ или на панорамном реформате КЛКТ. При этом учитывается разница в размерах временных зубов и постоянных (lee-way space), что положительно влияет на правильное и своевременное прорезывание премоляров и клыков.

В случаях лечения дистальной окклюзии в сочетании с глубокой резцовой окклюзией возникает необходимость в разобщении зубных рядов – создания эффекта дизокклюзии, который достигается применением накусочных композитных накладок или пластинки с накусочной площадкой. За счет дизокклюзии зубных рядов происходит дифференцированный дентоальвеолярный рост в боковых отделах зубных рядов с формированием правильной окклюзионной плоскости на дальнейшем этапе формирования прикуса постоянных зубов. В нашей работе использован аппарат Тугарина для разобщения и коррекции аномалии окклюзии в сагиттальном и вертикальном направлениях и его модификация с прямой фиксацией на окклюзионной поверхности боковых групп зубов.

Аппарат дает возможность помимо эффекта разобщения проводить активную коррекцию формы зубного ряда верхней челюсти с нормализацией положения фронтальной группы зубов путем активации омега-петель, включенных в конструкцию, а также не блокирует и не сдерживает прорезывание жевательной группы зубов с формированием естественной окклюзионной плоскости. Возможно проведение коррекции базиса пластинки на этапе ортодонтического лечения в результате формирования зубного ряда вследствие дальнейшего прорезывания зубов.

В результате проведения превентивного ортодонтического лечения проводится детальная коррекция первых моляров на верхней челюсти (деротация, деангуляция, торк) с постановкой их в соотношении с нижними молярами по нейтральному типу. Устранение негативного влияния мышц щек позволяет сформировать зубные ряды без деформации в трансверзальном направлении, а в сагиттальном направлении за счет ограничения действия круговой мышцы рта достичь правильной инклинации резцов с организацией сбалансированного межрезцового угла. Происходит развитие зубных рядов в 3 взаимно перпендикулярных плоскостях с нормализацией положения челюстных костей и формированием естественной окклюзионной плоскости, а не только расширение или удлинение зубных рядов, которое получают с помощью съемного пластиночного аппарата.

Обязательное условие при проведении раннего ортодонтического лечения с помощью проволочных губных бамперов включить комплекс миогимнастических упражнений для нормализации смыкания губ и улучшения их тонуса, нормализации носового дыхания и нормализация положения языка при глотании.

Для большей эффективности действия проволочных губных бамперов рекомендуем разработанный нами комплекс миогимнастических упражнений, который включает в себя упражнения для губ и щек с одной стороны, а с другой упражнения для языка, позволяющие нормализовать трансверзальные параметры зубных рядов и челюстных костей.

Упражнения с губными бамперами

После постановки губных бамперов в полости рта необходимо соблюдать следующие правила:

- обязательно носить данные аппараты с закрытым ртом и сомкнутыми губами;
- естественное носовое дыхание;
- правильное высокое небное расположение языка при глотании;
- гигиена полости рта проводится после снятия аппаратов с акцентом на боковые сегменты и первые моляры, на которых фиксированы ортодонтические кольца;

Обязательное регулярное проведение упражнений. Каждое упражнение выполняется до легкой усталости. Время проведения миогимнастики с течением времени необходимо постепенно увеличивать.

Хлопки губами

Во время выполнения упражнения плечи должны быть отведены назад, макушка тянется вверх. Спрятать и плотно сомкнуть губы, чтобы их не было видно, и потом как можно громче и сильнее выполнить хлопок губами. Повторить упражнение 30 раз.

Трубочка

Сесть на стул перед зеркалом, голову держать прямо, плечи слегка отвести назад и чуть опустить, согнуть колени, ноги держать вместе, пятки вместе. Губы вытянуть вперед, сомкнуть, изобразить трубочку, а затем широко растянуть в улыбке с сомкнутыми губами. Повторить упражнение 15 раз.

Уголки рта

Сесть на стул перед зеркалом, голову держать прямо, плечи слегка отвести назад и чуть опустить, согнуть колени, ноги держать вместе, пятки вместе. Губы сомкнуть, затем перемещать их поочередно вправо и влево. Повторить 30 раз.

Обнимание

Губы сомкнуты. Обнять и постараться натянуть верхнюю губу на резцы верхней челюсти; обнять и натянуть нижнюю губу на резцы нижней челюсти. такие амплитудные движения с давлением на резцы делать поочередно с повторением до 30 раз.

Клинический пример

Пациентка Илона Ч., 9 лет, обратилась с родителями в клиническое отделение кафедры ортодонтии РАМ с жалобами на неправильно расположенные передние зубы на верхней и нижней челюсти. Ранее ортодонтическое лечение не проводилось.

Клиническое обследование: лицо узкое, симметричное, средний отдел лица недоразвит, аденоидный тип, нарушено взаиморасположение губ, профиль прогнатический со смещенным кзади подбородком.

В полости рта: дистальная окклюзия в боковых отделах (период формирования прикуса постоянных зубов), сужение зубных рядов, глубокая резцовая окклюзия, ретроположение центральных резцов на верхней челюсти, вестибулярный наклон боковых резцов, тесное положение резцов на нижней челюсти.

Сопутствующий диагноз: аденоиды и миндалины 2-й степени, привычное ротовое дыхание, низкое расположение языка.

Ортопедический статус: передний тип постуральной адаптации по Барре. Гиперлордоз в верхнешейном отделе. Сколиоз 1-й степени.

Проведено R-исследование с выполнением 3D-цефалометрии, на котором выявлен гнатический характер патологии, обусловленный ретрогнатией нижней челюсти, глубокой резцовой окклюзии вследствие снижения зубоальвеолярной высоты в боковых отделах на нижней челюсти и формированием глубокой кривой Spee.

На основании проведенного исследования поставлен диагноз:

Скелетный II класс вследствие выраженного ретрузионного положения нижней челюсти. Глубокая резцовая окклюзия, зубоальвеолярная форма. Нейтральный тип роста. Мезофациальный тип строения лицевого отдела черепа. Уменьшение высоты нижней трети лица. Линейные размеры основания верхней челюсти в сагиттальной плоскости в пределах допустимой нормы. Увеличение размера основания верхней челюсти в трансверзальной плоскости на 0,9 мм справа, на 1,6 мм слева. Ретрогнатия верхней челюсти в сагиттальной плоскости относительно переднего основания черепа и заднее положение верхней челюсти относительно передней лицевой референтной плоскости. Ретро инклинация верхней челюсти в вертикальной плоскости относительно переднего основания черепа. Линейные размеры тела нижней челюсти в пределах допустимой нормы. Уменьшение размера ветвей нижней челюсти справа на 0,6 мм, слева на 1,3 мм. Ретрогнатия нижней челюсти в сагиттальной плоскости относительно переднего основания черепа и заднее положение нижней челюсти относительно передней лицевой референтной плоскости. Yaw, roll, pitch ротации нижней челюсти не выявлены. Смещение подбородка влево на 2,1 мм. Сагиттальная щель 3,0

мм. Вертикальное резцовое перекрытие 4,5 мм. Ретрузия резцов верхнего зубного ряда. Сужения нижних воздухоносных путей не выявлено. Скелетный возраст пациента соответствует 1–2 стадии созревания шейных позвонков.

Междисплинарный подход включал в себя санацию носоглотки с последующим выполнением дыхательных упражнений для нормализации дыхания, миогимнастических упражнений для языка с постановкой его на небо, мягкотканную мануальную терапию с целью нормализации осанки и более эффективному лечению, направленному на нормализацию окклюзии.

Ортодонтическое лечение проводилось с применением проволочных губных бамперов Корна и аппарата Тугарина для разобщения и коррекции окклюзии в вертикальном и сагиттальном направлениях.

Ортодонтическое лечение проводилось 1,5 года с контролем за формированием прикуса постоянных зубов, с остеопатическим сопровождением и занятиями с миофункциональным терапевтом до и на этапе ортодонтической терапии.

Отмечается правильное расположение головы с исключением сколиоза и гиперлордоза в верхнешейном отделе. Лицо гармонично, улучшено взаиморасположение губ и профиль, что является эффективным ортопедическим функциональным лечением на периоде формирования прикуса постоянных зубов и роста зубочелюстно-лицевого комплекса.

В дальнейшем пациентке предложена финишная ортодонтическая терапия с помощью элайнеров.

Заключение. Разработанный и предложенный алгоритм диагностических исследований с учетом функциональных и морфологических нарушений при формирующейся дистальной окклюзии у растущих пациентов позволяет спланировать индивидуальную схему последовательных манипуляций, начиная от профилактических мероприятий и проведения в полном объеме активного периода ортодонтического лечения.

Разработанная анкета выявления морфофункциональных нарушений в челюстно-лицевой области может быть использована для более объективного и полного протокола обследования ортодонтического пациента, что соответственно поможет объективно спланировать и предложить индивидуальный комплексно-ориентированный или междисциплинарный метод лечения.

Функциональное ортодонтическое лечение, проведенное на периодах формирования прикуса постоянных зубов является в основном профилактическим и предупреждает развитие скелетных дисгнатических ситуаций, деформаций и аномалий прикуса с стремлением уменьшить и упростить вероятный объем ортодонтической терапии в дальнейшем или исключить в отдельных клинических ситуациях. Модифицированный функциональный метод можно считать альтернативным функциональным методам с применением регулятора функций Френкеля, открытому активатору Кламмта, активатору Андрезена–Гойпля и другим моноблоковым аппаратам.

Постуральная ортодонтическая терапия или интеграция верхнечелюстного и нижнечелюстного проволочных губных бамперов с возможным применением аппарата с накусочной площадкой в клинических случаях в сочетании с глубокой резцовой окклюзией при своевременном целенаправленном удалении молочных зубов имеет ряд преимуществ для проведения ортодонтически-ортопедического лечения в период смены зубов:

1. Довольно простая конструкция аппарата значительно облегчает его использование не только дома, но и в школе. Пациенты самостоятельно могут снять губные бамперы с верхней и нижней челюсти и провести гигиену полости рта – почистить зубы с последующей их постановкой в щечные трубки на первых молярах.

В клинических случаях лечения дистальной окклюзии, когда моляры верхней челюсти должны быть дистализированы на значительное расстояние, то дома и в ночной период вместо губного бампера на верхней челюсти можно применить лицевую дугу с головной или шейной тягой.

2. В данном методе лечения осуществляется прямой контроль за положением моляров верхней и нижней челюсти (3-D) с формированием естественной формы зубных рядов.
3. В отличие от традиционных пластиночных аппаратов, частично затрудняющих естественное прорезывание постоянных зубов, с помощью пластинки с накусочной площадкой достигается полноценное физиологическое развитие зубных рядов в трех взаимно-перпендикулярных плоскостях.
4. Дистализация моляров с помощью пластиночных аппаратов скрывает в себе эффект противодействия, что увеличивает риск вероятной протрузии резцов верхней челюсти.

Как правило, таких осложнений со стороны проволочных губных бамперов быть не может, т. к. используемая сила мыщц околоротовой области не имеет опоры на фронтальные зубы.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РЕТЕНЦИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 18 ЛЕТ

Федюнина Е.Д., Перевезенцев Е.А., Сорокина С.Р., Фатеева В.М., Белова П.М.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия
E-mail: evgenia.pavl0wa@yandex.ru

Аннотация. Ретенированные зубы – это зубы, остановившиеся в своем прорезывании и находящиеся в толще костной ткани [1].

Частота и распространенность ретенированных зубов в молочном прикусе имеет значительный рост в мире и составляет от 17 до 100 %. По различным регионам России среди всего детского населения зубочелюстные аномалии встречаются от 32,79 % до 73,85 % [2].

Цель исследования: изучить распространенность ретенированных зубов у детей в возрасте от 6 до 18 лет.

Материалы и методы. На базе «Клиники современных технологий «Садко» было изучено 203 медицинские карты пациентов в возрасте от 6 до 18 лет с 2021 года по 2024 год с диагнозом МКБ: К01.0 «Ретенированные зубы». Возрастная группа была выделена на основании последовательной смены прикуса и формирования постоянного зубного ряда, что делает ее особенно важной для ранней диагностики патологии. Пациентами и их родителями было получено информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Результаты исследования. При проведении анализа 203 амбулаторных карт и рентгенологических исследований, выявлено наличие 44 постоянных ретенированных зубов у 36 человек (17,7 %). Из них 23 пациента женского пола (63,9 %) и 13 пациентов мужского пола (36,1 %).

Анализ частоты встречаемости ретенции постоянных зубов в зависимости от их групповой принадлежности показал, что наибольшая доля приходится на клыки и составляет 52 %. Следует отметить, что значительная распространенность также отмечается у премоляров 36,1 % и моляров 25,0 %, тогда как ретенция резцов является наименее встречаемой 8,3 %.

Исходя из анализа медицинских карт и диагностики пациентов было выделено четыре группы причин появления ретенированных постоянных зубов:

1. Наличие одного или нескольких сверхкомплектных зубов, расположенных на пути их прорезывания (5,5 %).

Дефицит места в челюсти за счет раннего удаления молочного зуба и наклона соседних в сторону дефекта, что служит препятствием для прорезывания постоянного зуба (38,9 %).

Дефицит места в челюсти за счет задержки выпадения молочных зубов (5,5 %).

Неправильное положение зачатка постоянного зуба (72,2 %).

В ходе исследования было выделено 3 возрастные группы в зависимости от ключевых стадий развития зубочелюстной системы и проведен анализ данной патологии:

Дети младшего школьного возраста в возрасте от 6 до 11 лет: ретенированные резцы у девочек (4,5 %), ретенированные резцы у мальчиков (0 %), ретенированные клыки у девочек (4,5 %), ретенированные клыки у мальчиков (4,5 %), ретенированные премоляры у девочек (6,8 %), ретенированные премоляры у мальчиков (0 %), ретенированные моляры у девочек (2,3 %), ретенированные моляры у мальчиков (0 %).

Дети старшего школьного возраста от 12 до 14 лет: ретенированные резцы у девочек (0 %), ретенированные резцы у мальчиков (2,3 %), ретенированные клыки у девочек (2,3 %), ретенированные клыки у мальчиков (11,4 %), ретенированные премоляры у девочек (6,8 %), ретенированные премоляры у мальчиков (4,5 %), ретенированные моляры у девочек (4,5 %), ретенированные моляры у мальчиков (4,5 %).

Дети подросткового возраста от 15 до 18 лет: ретенированные резцы у девочек (0 %), ретенированные резцы у мальчиков (0 %), ретенированные клыки у девочек (18,2 %), ретенированные клыки у мальчиков (2,3 %), ретенированные премоляры у девочек (9,1 %), ретенированные премоляры у мальчиков (2,3 %), ретенированные моляры у девочек (6,8 %), ретенированные моляры у мальчиков (2,3 %).

Наиболее важной профилактикой патологии ретенции постоянных зубов является своевременная диагностика в молочном и сменном прикусе:

1. С 6–8 месяцев в рацион ребенка рекомендуется вводить жесткую пищу (сырые фрукты и овощи) для формирования физиологического прикуса и развитию полноценного жевательного рефлекса.

2. С 1 года ребенку следует посещать детского стоматолога терапевта с целью профилактики развития кариеса и раннего удаления молочных зубов.

3. С 5–6 лет детям требуется провести рентгенологическую диагностику в виде ортопантомограммы (ОПТГ) для оценки зачатков постоянных зубов.

4. Контроль сроков удаления молочных зубов на основе возрастных норм и степени физиологической резорбции корней.

Заключение. Проведенное исследование подтверждает высокую распространенность данной патологии, которая составляет 17,7% из 203 обследованных пациентов. Значимое преобладание составляют пациенты женского пола, на долю которых приходится 63,9% и максимальной частотой аномалии клыков 52%. Наиболее часто этиологическим фактором данной патологии является дефицит места в челюсти за счет раннего удаления молочного зуба и 38,9% и неправильное положение зачатка постоянного зуба 72,2%.

Список литературы:

1. Стоматологическая Ассоциация России. Профессиональное общество ортодонтов. Клинические рекомендации «Ретенированные зубы». – 2023 – 38 с. – URL: https://e-stomatology.ru/kalendar/2022/clin_rec_retinir.docx (дата обращения: 26.11.2025).
2. Бельфер М.Л. Оптимизация профилактики аномалий окклюзии зубных рядов в периоде временного прикуса. – 2020.

«МАСКА ЗОЛОТОГО СЕЧЕНИЯ» КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АСИММЕТРИИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ

Хелашвили Е.З., Шишмарева А.С.

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия
E-mail: elizabethkhelashvili@ya.ru

Аннотация: В работе представлены результаты коррекции асимметрии лица у детей 3–11 лет с односторонним перекрестным прикусом и смещением нижней челюсти в сторону с применением диагностического метода «маски золотого сечения». Улучшение показателей зафиксировано в обеих возрастных группах: в группе 1 (дети 3–5 лет) средний показатель улучшения (совпадение линий) составил 48,4%, в группе 2 (дети 6–11 лет) – 32,1%. Наивысшая эффективность коррекции асимметрии при одностороннем перекрестном прикусе наблюдалась у детей 3–5 лет, что подтверждает необходимость и высокую эффективность ортодонтического лечения в дошкольном возрасте.

Ключевые слова: маска золотого сечения, асимметрия лица, перекрестная окклюзия.

Введение. По данным литературы, распространенность перекрестного прикуса достигает 23%. Наиболее часто встречается односторонний перекрестный прикус со смещением нижней челюсти в сторону, что приводит к асимметрии лица, связанным с асимметричным ростом нижней челюсти. По данным исследований, частота челюстно-лицевой асимметрии достигает 40%, при этом наблюдается корреляция между асимметрией лица и односторонним перекрестным прикусом: более чем у 70% пациентов с этой зубочелюстной аномалией выявлена челюстно-лицевая асимметрия [1, 2].

Цель исследования: оценить симметрию лица с применением «маски золотого сечения» до и после ортодонтического лечения детей с односторонним перекрестным прикусом и смещением нижней челюсти в сторону.

Материал и методы. Проведена оценка симметрии лица 30 детей 3–11 лет, получивших раннее ортодонтическое лечение по поводу односторонней экзоокклюзии и смещения нижней челюсти в сторону. Выделены две группы: группа 1 (n = 15) – дети 3–5 лет; группа 2 (n = 15) – дети 6–11 лет. Оценка лицевых параметров производилась путем наложения «маски золотого сечения» на цифровые фотографии пациентов анфас. Обработка изображений выполнялась в графическом редакторе Picsart, функционал которого (работа со слоями и прозрачностью) позволил провести количественный и качественный анализ соответствия лицевых структур линиям маски. У каждого пациента по данным фотометрии оценивалась асимметрия лица по несовпадению с линиями «маски золотого сечения», а также выраженность смещения подбородка в сторону. Анализ параметров проводился по 16 линиям маски: основные (8 сплошных линий) и дополнительные (8 пунктирных линий). Оценка проводилась при первичном обращении пациентов и после ортодонтического лечения.

Результаты исследования. Проведенный анализ лицевых параметров выявил статистически значимое ($p < 0,001$) и клинически выраженное улучшение по всем линиям «маски золотого сечения» (уменьшение несовпадения лицевых структур с шаблоном маски) после ортодонтического лечения в обеих группах пациентов. Внутригрупповой анализ с использованием критерия Уилкоксона подтвердил высокую достоверность результатов лечения ($p = 0,0004$ – для группы 1; $p = 0,0006$ – для группы 2). Межгрупповое сравнение выявило статистически значимые различия в эффективности коррекции асимметрии в двух группах ($p = 0,0042$, критерий Манна–Уитни). Наибольшее улучшение симметрии лица было зафиксировано в группе 1 (дети 3–5 лет), где средний показатель улучшения составил 48,4 %. Это подтверждает, что ортодонтическая коррекция в дошкольном возрасте обеспечивает наилучший эстетический результат.

Заключение. Применение «маски золотого сечения» с использованием графического редактора является информативным методом диагностики асимметрии лица. Статистически достоверное улучшение показателей зафиксировано в обеих возрастных группах, однако наивысшая эффективность коррекции асимметрии у детей с односторонним перекрестным прикусом и смещением нижней челюсти в сторону наблюдалась у детей дошкольного возраста.

Литература:

1. Распространенность зубочелюстных аномалий у молодых лиц и нуждаемость в их лечении / И.Р. Исхаков, С.В. Аверьянов, А.И. Исаева [и др.] // Институт стоматологии. – 2025. – № 2. – С. 24–25.
2. Смирнова А.А. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций, типы патологии во временном и сменном прикусе / А.А. Смирнова, О.А. Гаврилова, К.В. Федорова // Известия ГГТУ. Медицина, фармация. – 2021. – № 3. – С. 64–68.
3. Ugolini A., Agostino P., Silvestrini-Biavati A., Harrison J.E., Batista K.B. Orthodontic treatment for posterior crossbites // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021. Vol. 12.

ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА

Чивелева К.Д., Солдатова Л.Н.

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

Введение. Зубочелюстные аномалии являются важной медико-социальной проблемой, так как влияют не только на внешний вид пациента, но и на функции жевания, дыхания, глотания, речи, а также на височно-нижнечелюстной сустав и околочелюстные структуры. Эффективное ортодонтическое лечение требует использования комплексного анатомо-функционального подхода и может включать применение таких методов, как удаление зубов, их дистализация и расширение челюстей для создания необходимого пространства и нормализации прикуса. Выбор оптимальной тактики лечения при его планировании зависит от индивидуальных особенностей пациента и должен основываться на точной диагностике с использованием современных клинических, рентгенологических и применением цифровых технологий.

Цель исследования: изучить особенности планирования ортодонтического лечения у пациентов различного возраста с зубочелюстными аномалиями.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Федерального государственного бюджетного учреждения Первого Санкт-Петербургского медицинского университета имени академика И.П. Павлова на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии и на базе ООО «Альфа-Дент» путем анализа результатов диагностики и лечения 36 пациентов от 18 до 44 лет, которым проводилось ортодонтическое лечение с использованием различной ортодонтической аппаратуры. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от имеющейся у них зубочелюстной аномалии. В каждой группе были пациенты, которым проводилось лечение с удалением комплектных зубов, с дистализацией моляров и с расширением верхней челюсти. В контрольную группу вошли пациенты с нормальными окклюзионными соотношениями, которым ортодонтическое лечение не проводилось. Также проводилось анонимное анкетирование 22 пркактиктикующих врачей-ортодонтов и 65 пациентов в количестве двух отдельных анкет на платформе «Google-формы».

Результаты исследования. По данным исследования отмечено, что в ходе ортодонтического лечения у большинства пациентов происходит нормализация цефалометрических параметров, ширины зубных дуг, положения отдельных зубов, а также изменение наклона окклюзионной плоскости и положения структур височно-нижнечелюст-

ного сустава. По данным анонимного анкетирования большинство врачей-ортодонтов проводит ортодонтическое лечение с удалением комплектных зубов (77,18%), с дистализацией моляров (86,26%) и с расширением верхнего зубного ряда/верхней челюсти (90,8%), при этом большинство пациентов отмечают, что довольны результатом ортодонтического лечения (72%).

Выводы. Исходя из современных представлений ортодонтическое лечение планируется только после тщательного анализа полученных результатов комплексной диагностики пациента. Основными и наиболее частыми показаниями к удалению отдельных зубов и дистализации моляров являются скученность зубов и дефицит места в зубном ряду, а для расширения верхней челюсти – суженный зубной ряд и скученность зубов на верхней челюсти. При тщательном планировании ортодонтического лечения возможно добиться не только положительных, но и стабильных результатов лечения в течение длительного времени.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫБОРА МЕСТА ДЛЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИНИИМПЛАНТАТОВ

Шефова А.В., Казачек В.В.

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

Актуальность. В современной ортодонтии создание стабильного анкоража является неотъемлемым компонентом успешного лечения. Традиционное использование зубов в качестве опоры имеет ряд недостатков, в том числе смещение опорных зубов и ограниченные биомеханические возможности. Ортодонтические минивинты, или временные опорные устройства (TADs), предоставляют абсолютный костный анкораж, что позволяет решать сложные клинические задачи, такие как дистализация зубов, интрузия, без необходимости сотрудничества со стороны пациента и с сокращением сроков лечения в 1,5-2 раза.

Цель исследования: определить и систематизировать наиболее безопасные и эффективные зоны для установки ортодонтических мини-винтов на верхней челюсти на основе анализа современных литературных данных.

Материалы и методы. Обзор составлен на основе анализа данных научной литературы из открытых источников, включая PubMed (NCBI), CyberLeninka и другие профильные ресурсы. Методология включала поиск и отбор статей, по ключевым словам: «ортодонтические минивинты», «временные опорные устройства (TADs)», «анкораж», «верхняя челюсть», «зоны установки». Особое внимание было уделено исследованиям, использовавшим методы лучевой диагностики, в частности конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ), для точной оценки костной морфологии. В систематический обзор были включены 8 публикаций за последние 10 лет.

Результаты исследования. Были определены критерии выбора зоны установки миниимплантатов. Успех установки минивинта во многом определяется толщиной кортикальной кости, достаточным межкорневым расстоянием (безопасным считается расстояние более 3 мм), а также индивидуальными анатомическими особенностями пациента. При установке в области альвеолярного отростка рекомендуется угол 30–45° по отношению к продольной оси зуба. Такой наклон увеличивает площадь контакта с кортикальной пластинкой и уменьшает вероятность повреждения корней. В области твердого неба допустима установка, близкая к перпендикулярной. Необходимо рассматривать КЛКТ-исследование как «золотой стандарт» планирования, поскольку позволяет оценить толщину костной ткани, особенности расположения корней и определить наиболее подходящую зону, а также оптимальную длину мини-винта. Были выделены эффективные и безопасные зоны установки мини-винтов на верхней челюсти: межкорневое пространство между вторым премоляром и первым моляром (область с широким межкорневым пространством, что минимизирует риск контакта с корнями зубов), область подскулового гребня IZC (создает высокую опору для сложных перемещений), а также зона между Lateral Incisor и Canine (U2-U3) на высоте 6–8 мм от CEJ (оптимальна для интрузии передних зубов, при коррекции десневой улыбки).

Заключение. Были определены наиболее безопасные зоны установки мини-винтов на верхней челюсти, такие как межкорневое пространство между вторым премоляром и первым моляром, область подскулового гребря, а также зона между Lateral Incisor и Canine (U2-U3). На первичную стабильность и долгосрочный анкораж, а также определение индивидуальных анатомических особенностей, для правильного выбора миниимплантата – прямым образом влияет предоперационное планирование с обязательным проведением КЛКТ. Правильный угол установки миниимплантата позволяет снизить риск возникновения ятрогенных осложнений и получить максимальный контакт с кортикальной костью для сохранения стабильности положения.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Аббосов Ф.Ж. угли 25
Авраамова О.Г. 17
Артемчук В.А. 5
Бархатова Ч.Т. 8
Белова П.М. 46
Березкина Т.Н. 6, 7
Бимбас Е.С. 18
Богданова А.В. 30
Бондарь Ю.В. 37-38
Борисова О.Д. 27
Бородина А.И. 8
Бурдейная Д.Х.Д. 8
Варламчева Д.К. 9
Гаврилова О.А. 37-38
Галстян С.Г. 27
Герасимов А.Б. 5
Гольдштейн Е.В. 10, 13, 20
Горбатова М.А. 30
Григоренко М.П. 16
Гусева О.В. 11
Дадус С.С. 12
Дементьев А.Д. 13
Дорошенко Н.В. 15
Жабер М.С. 16
Заборская А.Р. 17
Завязкина Е.С. 40
Зарембо Ю.С. 18
Зубкова Н.В. 5
Иорданишвили А.К. 36
Кабанова А.А. 15
Казакова М.Ю. 34
Казачек В.В. 19, 49
Киселева Д.С. 20
Климов А.Г. 29
Климова Т.В. 31
Козлов С.М. 38
Кондратюк А.А. 7
Корень Н.А. 11
Корнилова В.В. 37-38
Короленкова М.В. 39
Кремез Е.Г. 24
Кузьмина Д.А. 28
Курчина Е.В. 27
Макаров П.В. 38
Мацкиева О.В. 32
Молотов Д.Ю. 10
Музафаров О.Г. угли 6
Муратов И.В. 24
Мухутдинов Э.Р. 25
Ниорадзе М.Г. 7
Новикова В.П. 28
Орлов А.Е. 7
Орлова И.В. 7
Павлова С.Г. 27
Панкратова Н.В. 31
Перевезенцев Е.А. 46
Петрова Н.П. 28
Петросян Н.М. 7
Погосьян М.В. 12
Полунина А.А. 40
Попов В.П. 29
Пуздырева М.Н. 29
Пятышева Е.А. 30
Родионова А.А. 31
Рожкова М.Г. 29
Фищев С.Б. 29
Самохина В.И. 32
Севастьянов А.В. 29
Симакова А.А. 30
Скрипкина Г.И. 32
Слепова А.А. 33
Соколова Л.Н. 34-35
Соколович Н.А. 28
Солдатова Л.Н. 5, 8-9, 24, 48
Солдатов В.С. 36
Сорокина А.А. 37-38
Сорокина С.Р. 46
Тимошенко П.С. 39
Тугарин В.А. 40
Фатеева В.М. 46
Федюнина Е.Д. 46
Филатова О.О. 27
Хелашвили Е.З. 47
Хуснутдинова Н.Н. 40
Чивелева К.Д. 48
Шефова А.В. 49
Шишмарева А.С. 47
Шмакова А.А. 35
Шторина А.А. 27

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

9 785933 395904 >