ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНЫЙ ПОСЫЛ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ – РЕАЛЬНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выпуск 1

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Нижний Новгород
2018

УДК: 616.31(06)
ББК: 56.6

Научный посыл высшей школы – реальные достижения практического здравоохранения. Сборник научных трудов, посвященный 30-летию стоматологического факультета Приволжского исследовательского медицинского университета (г. Нижний Новгород). Выпуск 1. / Под общей редакцией д. м. н. О.А. Успенской, к. м. н. А.В. Кочубейник. – Н. Новгород: Изд-во «Ремедиум Приволжье», 2018. – 878 с.

ISBN 978-5-906125-61-3
Н 347

В сборнике представлены оригинальные научные статьи и тезисы по стоматологии: инновационные технологии современной стоматологии; вопросы терапевтической и ортопедической стоматологии, стоматологии детского возраста; вопросы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии; вопросы образования в стоматологии; применение клеточных технологий, 3D и биопечати в лечении пациентов.

Настоящее издание предназначено широкому кругу медицинских работников по профилю деятельности на последипломном этапе обучения непрерывного медицинского образования, преподавателям вузов, врачам-стоматологам, а также ординаторам, аспирантам и соискателям.

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов и необходимости его раскрытия в материале.



© ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, 2018
© Издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

НИЖЕГОРОДСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ – 30 ЛЕТ… 17

РАЗДЕЛ I. ОБЩАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Абдрашитова А.Б., Салеев Р.А.
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН, ЛИЦЕНЗИРОВАННЫХ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЭСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ … 34

Еловикова Т.М., Макарова А.Ш., Кощеев А.С.
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА У СТОМАТОЛОГА ……. 39

Сорокина С.Р., Колмакова Л.В., Миронова О.С.
ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА..... 47

Дунаевская Н.Н., Мазуренко С.О., Стригина В.Г., Цой Н.В.
РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОНЕКРОЗА ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА ……... 55

Чуйкин О.С., Билак А.Г., Гильманов М.В.
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ….……... 60

Айдемирова М.А., Фирсова И.В., Давыдова Н.В.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЦП НА ПРИМЕРЕ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ……. 62

Гилева О.С., к.м.н., доцент Сивак Е.Ю., Максудова А.А.
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ .....…….....……. 70

Цепов Л.М., Николаев А.И., Петрова Е.В., Нестерова М.М., Цепова Е.Л.
ТАБАКОКУРЕНИЕ И СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА (ПО ДАННЫМ ОПРОСА-АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА)…… …… 76

Сувырина М.Б., Юркевич А.В., Нецветаева В.Д., Яковенко А.Е.
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА ……..…… 88

Бородина Н.Б., Петрова Т.Г., Ванюнина В.В.
ЭРГОНОМИКА КАК ФАКТОР ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ …….. 93

Аржанцев А.П.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ ……..…….... 98

РАЗДЕЛ II. ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Чуйкин С.В., Макушева Н.В., Акатьева Г.Г., Снеткова Т.В.
УЧЕБНАЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА – ПЕРВЫЙ ШАГ В НАУКУ ..… 107

Макушева Н.В., Чуйкин С.В., Акатьева Г.Г., Снеткова Т.В.
МЕТОДЫ РАЗВИТИЯ КРЕАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ……...……... 110

Дрегалкина А.А.
САМООЦЕНКА СТУДЕНТАМИ 3 КУРСА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И ВЛАДЕНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ СТОМАТОЛОГИЯ……...……...……. 113

Мосеева М.В., Шакирова Р.Р., Николаева Е.В.
МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ……...…….…….. 121

Расулов И.М., Абакаров Т.А., Азизов М.А.
СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ …….. 127

Костина И.Н.
ВЛИЯНИЕ МОДЕЛИ ОБУЧЕНИЯ НА САМООЦЕНКУ ОСВОЕНИЯ СТУДЕНТАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ …… 131

Рунова Н.Б., Янова Н.А.
ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ …….. 135

Солдатова Л.Н., Хорошилкина Ф.Я., Иорданишвили А.К.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ-ОРТОДОНТОВ ……. 141

РАЗДЕЛ III. ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Дурново Е.А., Беспалова Н.А., Янова Н.А., Корсакова А.И.
АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ УВЕЛИЧЕНИЯ ШИРИНЫ КЕРАТИНИЗИРОВАННОЙ ПРИКРЕПЛЕННОЙ ДЕСНЫ …… 146

Мишина Н.В.
ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА …… 156

Расулов И.М., Абакаров Т.А., Магомедов З.А.
ИМПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ В ЗОНЕ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ВАЖНОСТИ ….……. 171

Дурново Е.А., Ярцева А.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФОНОВО-РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА……..……..……..... 179

Рыжевский Д.В., Трубин В.В., Дурново Е.А.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОЖИРОВОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ЭНОФТАЛЬМА …….. 184

Рудакова Л.Ю.
БОТУЛОТОКСИН В СТОМАТОЛОГИИ ……. 191

Высельцева Ю.В.
КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАСПРОСТРАНЕННОГО
И ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ …… 194

Рудакова Л.Ю.
ВНУТРИКОСТНАЯ МИГРАЦИЯ ПРЕМОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ …… 201

Хелминская Н.М., Гончарова А.В., Кравец В.И., Вагина И.Л.
ОЦЕНКА РЕГИОНАРНОГО КРОВОТОКА И ЛОКАЛЬНОЙ
ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ ПРИ КВЧ-ЛАЗЕРОТЕРАПИИ
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ …… 203

Харитонов Д.Ю., Крайтер А.И., Харитонов Ю.М., Устин А.В.
ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА
ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЙ ……..…….. 209

Хомутинникова Н.Е., Матросов В.И., Дьяков А.В.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ
СКУЛОВОЙ КОСТИ И ДУГИ И СКУЛО-ГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА
В НИЖЕГОРОДСКОМ РЕГИОНЕ …… 218

Ямуркова Н.Ф.
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ … 227

Янова Н.А., Рунова Н.Б., Галкина Е.С.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ……. 232

Беспалова Н.А.
СПОСОБЫ ЗАКРЫТИЯ ЛУНКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДИКИ
СОХРАНЕНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ …….. 240

Фурман И.В., Борисов С.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЧАСТИЧНОЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ
АДЕНТИЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕЗИАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ …. 248

Дурново Е.А., Дьякова М.В.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЯГКИХ И КОСТНОЙ ТКАНЕЙ
БЕЗЗУБЫХ УЧАСТКОВ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ СРОКОВ УДАЛЕНИЯ…… 251

Дурново Е.А., Хомутинникова Н.Е., Мишина Н.В., Федоричев А.О.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДИК УСТРАНИЯ ОРОАНТРАЛЬНЫХ СООБЩЕНИЙ …….. 258

Марочкина М.С., Глявина И.А., Галкина Е.С.
ВОЗМОЖНОСТИ ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ……. 263

Губин М.А., Харитонов Ю.М., Киков Р.Н.
О ПРОБЛЕМАХ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАРОТИТА ……..……..……. 271

Хомутинникова Н.Е.
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ ……...……... 278

Хомутинникова Н.Е., Алимова З.А., Матросов В.И., Ведяшов А.М.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ ……..…… 291

РАЗДЕЛ IV. ОРТОПЕДИЯ И ОРТОДОНТИЯ

Гажва С.И., Волкоморова Т.В., Румянцева А.А.
ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ НЕСРАЩЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В ГОРОДЕ КИРОВЕ И КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ …..... 299

Данилова М.А., Александрова Л.И.
ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА НА РАННЕМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ……..……..……... 306

Демиденко А.В., Конькова А.М.
ТИПЫ ПРОФИЛЯ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ……..... 310

Жулев Е.Н., Кочубейник А.В., Круглова Н.В., Сергеева А.В.
ОЦЕНКА ПАРОДОНТОПАТОГЕННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА ПРИ ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ….…… 314

Данилова М.А., Бронников В.А., Залазаева Е.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ИМЕЮЩИХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ ……. 323

Чуйкин С.В., Гунаева С.А., Снеткова Т.В., Акатьева Г.Г., Макушева Н.В., Снеткова Э.З.
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ШКОЛЬНИКОВ В ПЕРИОД РАННЕГО СМЕННОГО ПРИКУСА ……...……. 327

Гусенов С.Г., Абакаров Т.А., Булгакова Д.М., Аталаев М.М.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИРАМИСТИНА И ЛИКОПИДА …… 329

Жулев Е.Н., Ростов А.В., Ростов А.А.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ДОЗЫ ИЗЛУЧЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫХ ДИОДНЫХ ЛАЗЕРНЫХ СИСТЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ (IN VITRO) И В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (IN VIVO)…. 337

Меграбян О.А.
СТРУКТУРНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ МИКРО- И РЕТОГНАТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМ РОСТОМ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ……..……..... 341

Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К.
РОЛЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ ……. 345

Пономарев А.А., Строганов В.В., Строганова И.В., Погребная М.П., Алтухова Т.Н.
СРАВНЕНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЗУБНЫХ РЯДОВ В СМЕННОМ ПРИКУСЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ПРИ ПОМОЩИ 3D-СКАНИРОВАНИЯ ГИПСОВЫХ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ……. 352

Гажва С.И., Тетерин А.И., Арушанян Р.К.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЦИФРОВЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКОВ ……...……. 355

Гажва С.И., Тетерин А.И., Алексеев М.К.
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ …….……...……. 361

Гажва С.И., Марахтанов Н.Б., Алексеева Т.В.
ДИНАМИКА ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ЧУВАШИЯ С 2010 ПО 2017 ГОД ……...……...……...…… 365

Жулев Е.Н., Якунина А.В., Кочубейник А.В., Матросова Е.С.
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОРОНОЗАЛЬНОМ СООБЩЕНИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ……..…...……...…… 370

Жулев Е.Н., Вельмакина И.В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ УЛЬТРАЗВУКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ……...……...…… 377

Долидзе А.Г.
ИЗМЕНЕНИЯ ПРОФИЛЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АППАРАТУРНО-ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ..…….. 383

Гажва С.И., Марахтанов Н.Б., Елисеева А.А.
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И МЕТОДЫ ЕЕ ДИАГНОСТИКИ..... 389

Жулёв Е.Н., Горячева И.П., Базыкина Д.О.
ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАБЕЛЬНОСТИ У ЛЮДЕЙ С ЭСТЕТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ УЛЫБКИ…….. 397

Гажва С.И., Тетерин А.И., Косян Д.Ф.
МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ…… 402

Ершов П.Э., Ершова О.А., Тюкалкина С.Н.
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, ОСЛОЖНЕННОЙ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ…….. 406

Кушнир К.Г., Жадько С.И., Ирза О.Л., Непрелюк О.А.
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ КРЫМСКОГО РЕГИОНА В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ……..……. 415

Гажва С.И., Багрянцева Н.В.
НУЖДАЕМОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ…….. 428

Гажва С.И., Марахтанов Н.Б., Тимофеева Е.И.
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОИМПЛАНТОВ В ОБЛАСТИ BUCCAL SHELF И INFRAZYGOMATIC CREST……. 434

Смердина Ю.Г., Смердина Л.Н., Мартынов С.А.
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИУРЕТАНА……... 441

Виноградова О.Б., Еловикова А.Н.
ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАНГОВОЙ КОРРЕЛЯЦИИ СПИРМЕНА ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННЫМ ПРИКУСОМ…… 446

Казарина Л.Н., Серхель Е.В., Казарин А.С., Гулян У.Г.
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВ, ИОНОВ ХРОМА И НИКЕЛЯ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ…….. 456

РАЗДЕЛ V. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Алексеева А.Э., Асташкина Е.В., Чулкова М.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ…….. 461

Говорун С.М., Русских В.Э., Громова С.Н., Петров С.Б.
МАТЕМАТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ PHP И ИГР-У…….. 467

Чуйкин С.В., Акмалова Г.М.
ГИСТОГЕМАТИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА……. 472

Гулуев Р.С., Матросов В.И., ГусеваТ.А.
БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ АДГЕЗИВНО-ВОЛОКОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ШИНИРОВАНИЯ МЕТОДОМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ…….. 475

Харитонова Т.Л., Лебедева С.Н., Киселева В.О.
ЭСТЕТИЧЕСКИЙ РЕСТАВРАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ BEAUTIFUL II…….. 486

Гущина О.О., Казарина Л.Н., Элларян Л.К., Сулягина О.В.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЖИДКИХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НА МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПОЛОСТИ РТА И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЭМАЛИ ЗУБОВ…….. 491

Ломиашвили Л.М., Погадаев Д.В., Михайловский С.Г., Анисимова И.В., Мусиенко А.И., Золотова Л.Ю.
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ МИКРОРЕЛЬЕФА ЗУБОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ…….. 498

Сувырина М.Б., Ситникова О.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБФРАКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ……. 501

Чулкова М.В., Должникова Т.В., Каландадзе В.Г.
МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ……. 506

Гулуев Р.С., Матросов В.И., Гусева Т.А.
МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА……. 513

Тирская О.И., Казанкова Е.М.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА……. 519

Успенская О.А., Спиридонова С.А.
ОЦЕНКА ИНТЕРФЕРОНООГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГЕРПЕС ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ……. 524

Позднякова А.А., Гилева О.С., Либик Т.В., Синтюрина А.А.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ СУХОГО РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА..... 530

Иващенко В.А.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА БИОЛОГОЧИСКИМ СПОСОБОМ НОВОЙ РАЗРАБОТАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКОЙ…… 537

Пинелис Ю.И., Лхасаранова И.Б.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ….. 545

Серикова О.В., Елькова Н.Л., Прудникова М.М., Щербаченко О.И.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ПОЛОСТИ РТА…….. 550

Серикова О.В., Щербаченко О.И., Сериков Н.П.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА КОМБИНИРОВАННОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ…... 558

Цепов Л.М., Николаев А.И., Наконечный Д.А., Нестерова М.М.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ……. 563

Цепов Л.М., Николаев А.И., Наконечный Д.А., Левченкова Н.С.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА НА ОСНОВЕ КОНЦЕПЦИИ ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ ПАРОДОНТОПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ……. 576

Успенская О.А., Трефилова О.В.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТБЕЛИВАЮЩИХ СИСТЕМ. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОТБЕЛИВАНИИ……... 587

Шихнабиева Э.Д.
ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНИРОВАННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА……. 591

Шихнабиева Э.Д., Закарьяев А.З., Шихнебиев Д.А., Меджидов М.Н.
ВЛИНИЕ ОПТИМИЗИРОВАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ……... 598

Болсуновский С.М., Казарина Л.Н., Сулягина О.В., Логинова И.А.
ВЛИЯНИЕСТАТИНОВ НА БИОХИМИЧЕСКИЙ СТАТУС И МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ…….. 603

Реминова Т.Л., Фролова В.В., Реминова Э.О., Булавина А.Л.
СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕННОСТИ ЛИЦ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА КАРИЕСОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ……. 613

Пурсанова А.Е., Казарина Л.Н., Белозеров А.Е.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ (ПО ДАННЫМ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ПРИЕМА) ……. 617

Успенская О.А., Жданова М.Л., Фадеева И.И., Темнова А.В.
ОСОБЕННОСТИ ИЗОЛЯЦИИ РАБОЧЕГО ПОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ ПО V КЛАССУ БЛЭКА…… 623

Кондюрова Е.В., Шмойлов А.Е., Самаркина А.Н.
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ NI-TI – ИНСТРУМЕНТОВ И МЕТОДОВ ИХ ОБТУРАЦИИ НА ДИНАМИКУ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ АПИКАЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПЕРИОДОНТИТАХ……... 632

Тирская О.И., Казанкова Е.М., Большедворская Н.Е.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ГИДРООКИСИ МЕДИ-КАЛЬЦИЯ…. 641

Казарина Л.Н., Чуваркова И.М., Казарин А.С.
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРЕСТЕЗИИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ПРИЕМОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ……... 647

Тиунова Н.В.
ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ «ПЫЛАЮЩЕГО РТА» …… 657

Толмачева С.М., Вдовина Л.В., Тиунова Н.В.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОЯВЛЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА ФОНЕ ГАЛЬВАНИЗМА…… 662

Успенская О.А., Тиунова Н.В., Лощилова Е.С., Кривдина Е.С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЯ НА ОСНОВЕ КОЛЛАГЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ И БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА……... 668

Успенская О.А., Качесова Е.С.
ВЛИЯНИЕ АНТИОСТЕОПОРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА НА МИНЕРАЛЬНЫЙ ОБМЕН……... 672

Хелминская Н.М., Кравец В.И., Гончарова А.В.
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИМОРФНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ В ПОЛОСТИ РТА…… 678

Шабалина Д.С., Лаптева К.А., Сорокоумова Д.В., Киселева Д.В., Готтман И.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА ЭДТА НА ЭТАПЕ ФИНИШНОЙ ИРРИГАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА…… 683

Успенская О.А., Жданова М.Л., Воинова С.О.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ…….. 687

Фалалеева Е.А., Громова С.Н., Заболотских Н.А., Еликов А.В.
ВЛИЯНИЕ КАРБОНАТА КАЛЬЦИЯ, СОДЕРЖАЩЕГОСЯ В ЗУБНОЙ ПАСТЕ НА КРИСТАЛЛИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СЛЮНЫ……... 696

Капранова В.В.
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЯТИ ОСНОВНЫХ ПАРОДОНТОПАТОГЕННЫХ ВИДОВ БАКТЕРИЙ У ЖИТЕЛЕЙ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ…….…… 699

РАЗДЕЛ VI. СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Антонова А.А., Елистратова М.И., Кобец А.Р.
АНАЛИЗ ПРИЧИН УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ……..…… 703

Оконская Ю.И., Кунгурцева А.Л.
ПРИМЕНИЕ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ НЕДОРАЗВИТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПАЦИЕНТАМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ……..……. 707

Бессонов С.Н., Шиленкова В.В., Карпов М.Г., Гушков С.В.
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЦА И ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ХИРУГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ……..……. 712

Чуйкин С.В., Акатьева Г.Г., Снеткова Э.З.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ……..……. 718

Самаркина А.Н., Кондюрова Е.В., Казарина Л.Н., Самаркина М.Н.
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭНДЕМИЧНОМ ПО ФТОРИДУ РЕГИОНЕ…… 720

Кравченко В.А., Юркевич А.В., Запасных Д.О., Дыбов Д.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕННОСТИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ КАРИЕСОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ….. 727

Мирсаяпова И.А., Хайруллина Р.М., Чуйкин С.В., Акмалова Г.М.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОАДЕНОПАТИЙ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ……. 733

Глявина И.А., Косюга С.Ю., Паршикова С.А., Слесарева О.А.
АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ НО «НОДКБ» …… 736

Паршикова С.А., Глявина И.А., Косюга С.Ю., Слесарева О.А.
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С УКУШЕННЫМИ РАНАМИ ЛИЦА……..…… 740

Самаркина А.Н., Кондюрова Е.В., Казарина Л.Н.
СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭНДЕМИЧНОМ ПО ФТОРИДУ РЕГИОНЕ…… 747

Косюга С.Ю., Садовникова И.В., Воинова С.О., Буркова А.К., Мелкумова М.А.
ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭНТРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ…… 755

Косюга С.Ю., Кривулина Г.В., Головина И.В.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У УЧАЩИХСЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА…….. 761

Косюга С.Ю., Лекомцева О.В.
ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА И УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ…… 767

Варванина С.Э., Косюга С.Ю.
РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ЛЕЧЕНИИ HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА……... 773

Косюга С.Ю., Кленина В.Ю., Ашкинази В.И.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИЧНОГО ГЕЛЯ «VIVAX DENT» И КВЧ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА……... 778

Акатьева Г.Г., Чуйкин С.В., Макушева Н.В., Снеткова Т.В.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА…… 782

Косюга С.Ю., Богомолова Е.С., Беляков С.А., Кривулина Г.В., Сорокина Ю.С.
АНАЛИЗ УРОВНЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА НИЖНЕГО НОВГОРОДА…….. 785

РАЗДЕЛ VII. ТЕЗИСЫ

Гайнуллина Д.К., Абдрашитова А.Б.
АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ОТЯГОЩЕННЫМ СОМАТИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ ПРИ САНАЦИИ РТА ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ…… 790

Громова С.Н., Фалалеева Е.А., Еликов А.В.
КРИСТАЛЛИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СЛЮНЫ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ УРОВНЯ pH РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ…….. 792

Иванов А.С., Аизов М.Н., Лукавецкий А.А.
ЦИФРОВАЯ ОЦЕНКА ЦВЕТА ШКАЛ РАСЦВЕТОК ЗУБОВ…….. 795

Иорданишвили А.К., Серикова А.Г.
БИОРЕГУЛЯЦИЯ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА КАК НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ……... 797

Сериков А.А., Морозов М.А., Иорданишвили А.К.
ВОЗМОЖНОСТЬ УСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ОПОР
ДЛЯ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ У ВИЧ-ИНФЕКЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ…….. 800

Иванов А.С.
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ
С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА……. 802

Иванов А.С.
ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ
ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА…….. 804

Иорданишвили А.К., Робустова Т.Г., Коровин Н.В., [Смолянинов А.Б.]
ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ
ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
В СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ……. 806

Катман М.А.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА…… 809

Байриков И.М., Тлустенко В.П., Комлев С.С.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗБОРНЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ
ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ…… 811

Мосеева М.В., Хохлачева Н.А.
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ
С ЭРОЗИВНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ…….. 813

Руда О.Р., Фомина А.Д., Тихонова С.Н., Руда О.И.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТА DIAGNODENT PEN В КЛИНИЧЕСКОМ
ОБСЛЕДОВАНИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ…….. 815

Николаев А.И., Адамов П.Г., Антонова А.Н., Шашмурина А.Б.
ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕНТИНА ЗУБОВ НА СИЛУ
АДГЕЗИИ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ……. 818

Николаев А.И., Цепов Л.М., Шашмурина А.Б., Петров И.М.,
Тургенева Л.Б.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИШЕЕЧНЫХ
НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ……. 820

Жилеткова М.А., Николаев А.И., Ковальчук Я.О., Уртминцев А.О.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ
ПОЛИРОВОЧНЫХ СИСТЕМ ДЛЯ КОМПОЗИТНЫХ
РЕСТАВРАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ…….. 823

Цепов Л.М., Николаев А.И., Шашмурина В.Р., Петрова Е.В.,
Нестерова М.М., Орехова Н.С., Левченкова Н.С., Тургенева Л.Б.
ОТНОШЕНИЕ СТОМАТОЛОГОВ К ВЫБОРУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕПАРАТОВ
ПРИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА, СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА, ЯЗЫКА
И ГУБ (ПО ДАННЫМ ОПРОСА-АНКЕТИРОВАНИЯ) ……. 825

Жилеткова М.А., Николаев А.И., Адамов П.Г., Галанова Е.И., Пирогова Д.А., Трунова Е.А.
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПЛУАТАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ДИСКОВ ДЛЯ ПОЛИРОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ КОМПАНИИ TOP BM, ИЗГОТОВЛЕННЫХ ПО РАЗЛИЧНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ……. 828

Левченкова Н.С., Николаев А.И., Цепов Л.М., Нестерова М.М., Орехова Н.С., Петрова Е.В., Пермякова А.В.
АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ» …….. 830

Галанова Т.А., Жилеткова М.А., Галанова Е.И., Трунова Е.А., Пирогова Д.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИРУЕМОСТИ СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ…… 833

Шадлинская Р.В., Пириев Р.В.
РОЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА И КАЛЬЦИЯ В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ β-ТАЛАССЕМИЕЙ…….. 835

Рыжова И.П., Ефимова А.С., Погосян Н.М.
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ КОСТНОЙ АЛЬВЕОЛЫ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ НА ИМПЛАНТАТАХ…….. 837

Мухлаёва Т.Д., Кобец А.В.
ПРОГРАММЫ ДЛЯ 3D ПОСТРОЕНИЯ В ОРТОДОНТИИ…… 839

Ефимова А.С., Гонтарев С.Н.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ И ФОТОДИНАМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА…… 841

Буцан С.Б., Булат С.Г., Гилёва К.С., Салихов К.С., Хохлачёв С.Б.
ПРИМЕНЕНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО МАЛОБЕРЦОВОГО АУТОТРАНСПЛНАТАТА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ И ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ…… 842

Рединов И.С., Шевкунова Н.А., Метелица С.И., Страх О.О.
ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЧЕЛЮСТЯХ…… 845

Калакуцкий Н.В., Румакин В.П., Садилина С.В., Петропавловская О.Ю., Калакуцкий И.Н.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОСТНЫХ АУТОТРАНССПЛАНТАТОВ ИЗ ЛАТЕРАЛЬНОГО КРАЯ ЛОПАТКИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОТСКА ИЛИ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ЧЕЛЮСТЕЙ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ…... 846

Тарасенко С.В., Знаменская Ю.П.
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ, БОГАТОГО ТРОМБОЦИТАМИ ФИБРИНА И ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ АУГМЕНТАЦИИ ЛУНОК УДАЛЕННЫХ ЗУБОВ ПЕРЕД ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ……. 849

Островская И.Г., Паничкин Н.Д., Слободянская М.Л.
ИССЛЕДОВАНИЕ ИНГИБИРОВАНИЯ РЕЦЕПТОРОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА В ПУЛЬПЕ ЗУБОВ КРЫС……. 851

Сметанина О.А., Вдовина Л.В.
ОЦЕНКА ЛИЗОЦИМНОЙ АКТИВНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБРАННЫХ ПРЕДМЕТОВ И СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА…… 854

Холмогорова О.П., Асташина Н.Б., Гуляева И.Л.
ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЛИМФОЛЕЙКОЗАМИ…… 856

Шихнабиева Э.Д., Шихнабиева М.Д., Абдулмеджидова Д.М.
ВЫРАЖЕННОСТЬ РОТОГЛОТОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ…… 859

Малина М.С., Тытюк С.Ю., Иорданишвили А.К.
ПАТОЛОГИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА……. 861

Гусейнов Р.З., Малышев М.Е., Иорданишвили А.К.
НОВОЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННОЙ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЛИЦА…… 863

Иорданишвили А.К., Либих Д.А.
ПАРЕСТЕЗИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: ОСОБЕННОСТИ РЕГИСТРАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ…… 865

Робустова Т.Г., Иорданишвили А.К., Лысков Н.В., Коровин Н.В., Музыкин М.И., Сериков А.А., Жмудь М.В.
ЛИЧНОСТНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ НА БОЛЕЗНЬ ПРИ АЛЬВЕОЛИТЕ……. 868

Капранова В.В.
ФАКТОРЫ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ…… 871

Лебеденко И.Ю., Апресян С.В.
ЦИФРОВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ УЛЫБКИ…… 874

Рединов И.С., Шевкунова Н.А., Метелица С.И., Страх О.О.
ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЧЕЛЮСТЯХ….. 876

НИЖЕГОРОДСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ – 30 ЛЕТ

Люди, которые заняты возвращением здоровья другим людям, выказывая удивительное единение мастерства и человечности, стоят превыше всех великих на этой земле.

Неизвестный автор

Сегодня красивая улыбка – это показатель здоровья и статуса человека, это отражение его внутреннего мира, символ счастья, гармонии и успеха. Не секрет, что одна единственная улыбка способна изменить мир, и задача врачей-стоматологов сделать эту улыбку безупречной.

Вот уже на протяжении 30 лет работает стоматологический факультет Приволжского исследовательского медицинского университета. В 2018 году факультет отмечай свой юбилей, и это очень значимое событие для всего научного и медицинского мира. За 30 лет с момента открытия 1 сентября 1988 года и до настоящего дня стоматологический факультет ПИМУ прошел огромный путь становления и развития от курса стоматологии лечебного факультета до одного из ведущих стоматологических факультетов среди вузов страны. Стоматология как наука движется вперед семимильными шагами, и за небольшой промежуток времени около ста лет мы имеем вместо портативных ножных бормашин современные стоматологические установки с практически бесшумным оборудованием, позволяющим выполнять самые сложные манипуляции; вместо металлических коронок мы имеем цельнокерамические, альтернативой съемным протезам стала дентальная имплантация, а альтернативой лечению – профилактика. И все эти изменения были бы невозможны без образования научных школ, без каждодневной работы в практическом здравоохранении, без исследовательских изысканий. Сегодня хочется сказать огромное спасибо ректору Нижегородской государственной медицинской академии Вячеславу Васильевичу Шкарину за инициативу открытия на базе НГМА стоматологического факультета, выпускники которого на протяжении уже многих лет работают на благо

здоровья людей как в России, так и за рубежом, нося гордое имя учащихся нашего факультета. 1 сентября 1988 года на первый курс были зачислены сто студентов, что говорит о большой востребованности профессии уже в то время. Открытие факультета ознаменовало начало нового этапа развития медицины и формирования Нижегородской стоматологической школы. Хочется отметить, что вся нижегородская стоматология неразрывно связана с именем Ирины Дмитриевны Киняпиной – первого декана стоматологического факультета Нижегородской государственной медицинской академии (эту должность она занимала до 1993 года).



И.Д. Киняпина

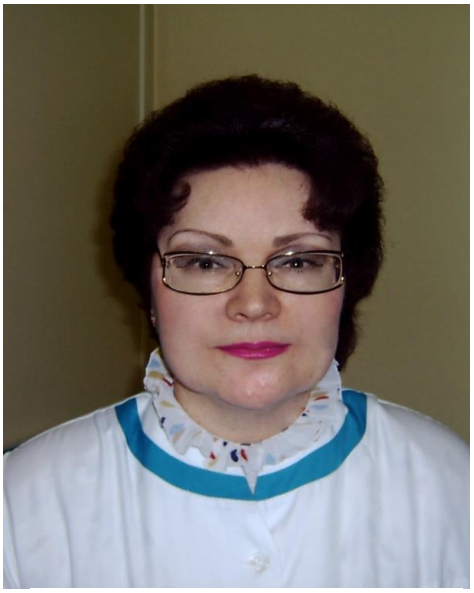
Ирина Дмитриевна внесла колоссальный вклад в развитие факультета и научного стоматологического общества Нижнего Новгорода. С ее участием были подобраны педагогические кадры, помещения, необходимое оборудование, организовано учебно-методическое обеспечение занятий со студентами.

Ирина Дмитриевна возглавила кафедру хирургической стоматологии. В 1991 году по совокупности работ, за большую научную и педагогическую работу, без фактической защиты докторской диссертации, И.Д. Киняпиной было присвоено звание профессора. Тогда же, в 90-е годы прошлого столетия, было определено одно из основных научных направлений кафедры: совершенствование методов диагностики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и их осложнений. Кроме научной и педагогической деятельности, И.Д. Киняпина вела обширную общественную работу: была членом Ученого совета и Учебно-методической комиссии стоматологического факультета НижГМА, председателем Нижегородского стоматологического общества, членом Нижегородской ассоциации стоматологов и Всероссийского стоматологического общества.

И.Д. Киняпина – участник многих всесоюзных и всероссийских съездов и конференций с участием иностранных представителей.

Многосторонняя научная и организаторская деятельность Ирины Дмитриевны в разное время была отмечена почетными грамотами и благодарностями, орденом Знак Почета, медалью «За заслуги перед Отечеством II степени», однако высшая награда – это творческие успехи учеников созданной ею научной школы. В 2004 г. решением Ученого совета НижГМА для награждения отличников стоматологического факультета была учреждена стипендия имени И.Д. Киняпиной.

Для подготовки научных кадров семь молодых врачей из практического здравоохранения были направлены для обучения в целевой аспирантуре в Москву, Тверь, Казань, пятеро из них успешно защитили кандидатские диссертации и вернулись в «alma mater» для передачи знаний и опыта следующим поколениям врачей-стоматологов. Конечно, большое значение имела материально-техническая сторона организации учебного процесса и в 1988 году учебными базами кафедры стали областная стоматологическая поликлиника, областная клиническая больница имени Семашко, городская детская стоматологическая поликлиника, Канавинская районная стоматологическая поликлиника, школа № 24, а также отдельные кабинеты городских стоматологических поликлиник.



Л.М. Лукиных

1 сентября 1990 г. в академии была открыта кафедра, первоначально объединившая хирургическую, терапевтическую, ортопедическую стоматологии, в том числе и детского возраста. В 1991 г. произошло ее разделение на две: кафедра хирургической и терапевтической стоматологии и кафедра ортопедической стоматологии (заведующий до настоящего времени д.м.н., профессор Евгений Николаевич Жулев).

В 1992 году была открыта отдельно кафедра терапевтической стоматологии, заведовала ей вплоть до 2014 года доцент Людмила Михайловна Лукиных, которая в дальнейшем стала д.м.н., профессор, врач высшей квалификационной категории, Отличник Здравоохранения, Лауреат I-ой Национальной премии «Признание».

Под её руководством защищено 8 кандидатских и 1 докторская диссертация. А с 2000 года Людмила Михайловна возглавляла еще и стоматологическую поликлинику ПИМУ. Заведующим кафедрой опубликовано 267 научных работ, издано 52 учебно-методических пособия, 12 монографий. Под ее руководством вырос не один десяток кандидатов наук. Она была великолепным педагогом и руководителем, а также высококвалифицированным врачом, оставившим значительный след в российской и нижегородской стоматологии.



Несмотря, на наличие довольно большого количества практических баз стоматологического факультета, все сотрудники с нетерпением ждали открытия своей собственной стоматологической поликлиники, и в 1999 году состоялось ее торжественное открытие по адресу улица Минина, д. 20а.

Это был совершенно новый этап развития стоматологического факультета, давший возможность собрать в одном месте специалистов всех направлений для оказания комплексной помощи населению, для проведения научных исследований, для организации учебного процесса на самом высоком уровне. Поликлиника была хорошо оснащена, имелось 45 полностью оборудованных рабочих мест (на сегодняшний день их уже 67), рентгеновский кабинет, операционный блок, собственная зуботехническая лаборатория с хорошим оборудованием, на базе которой проходили в том числе и занятия со студентами. Сейчас клиника успешно функционирует,

развивается и является по праву одной из самых лучших в городе и области. Пациенты с самыми сложными клиническими случаями направляются в стоматологическую поликлинику ПИМУ для оказания квалифицированной помощи, и там, где все остальные врачи лишь разводят руками, сотрудники факультета всегда находят решение для помощи больным.

В 1993 года деканом стоматологического факультета был назначен профессор Е.Н. Жулев, а в 1996 году – доцент А.Н. Кузнецов. Помощниками декана за время существования факультета были доценты: Н.В. Муравьева, Г.Н. Корякин, Л.Н. Казарина, А.В. Кочубейник. С 2006 года деканом стоматологического факультета назначен профессор Е.Н. Жулев, а с 2013 – доцент А.В. Кочубейник.



А.В. Кочубейник

Несомненно, огромный вклад в развитие факультета вносят образующие его кафедры. На каждой стоматологической кафедре активно ведутся научные исследования как сотрудниками, так и студентами в рамках работы студенческих научных обществ. Ежегодно сотрудники и студенты ПИМУ Минздрава России принимают участие во Всероссийских и международных конференциях, форумах, конгрессах, мастер-классах как слушатели и участники, а также как докладчики.

Студенты стоматологического факультета ежегодно участвую в олимпиадах по стоматологии российского и международного уровня и занимают призовые места. В 2018 году на базе ПИМУ была проведена II студенческая олимпиада по мануальным навыкам в стоматологии по Средневолжскому кластеру. Олимпиада состоялась в рамках научной сессии молодых ученых и студентов «Медицинские этюды» с участием представителей медицинских вузов Средневолжского научного кластера – Приволжского исследовательского медицинского университета,

Кировского государственного медицинского университета, Пермского государственного медицинского университета, Ижевской государственной медицинской академии, Казанского государственного медицинского университета. Участники олимпиады показали свои мануальные навыки на станциях «Препарирование», «Анестезия», «Удаление», «Пломбирование». Все участники олимпиады были награждены дипломами, сертификатами и подарками от издательства Приволжского исследовательского медицинского университета, и спонсоров-производителей стоматологических инструментов и материалов. В рамках олимпиады и конференции на кафедре пропедевтической стоматологии среди студентов 1 курса стоматологического факультета был проведен конкурс рисунков «Зуб Да Винчи», участники которого представили графическое изображение зуба. Следует отметить высокий уровень организации олимпиады, комплексный поход к междисциплинарному взаимодействию и возросший интерес молодых ученых к науке. Так в рамках конференции научно-практических докладов выступили более 35 участников, и многие доклады представляли собой оформленные законченные научные исследования с большими перспективами развития. Кроме того, стало доброй традицией проведение ежегодных сессий молодых ученых ПИМУ, в которых студенты-стоматологи принимают активное участие.



Е.А. Дурново

Большое знаковое событие в жизни факультета связано с открытием Диссертационного совета по стоматологии и патфизиологии, которое произошло 16 мая 2008 года. Председателем Диссертационного совета стал профессор Е.Н. Жулев, секретарем – профессор Е.А. Дурново.

За время работы диссертационного совета до апреля 2015 года было проведено 143 защиты из них 8 докторских диссертаций.

По стоматологии было проведено 73 защиты из них докторских 4 диссертации.

Уникальность стоматологического факультета ПИМУ заключается еще и в наличии собственного симуляционного центра, открытие которого состоялось 1 декабря 2014 г. Он разместился на базе стоматологической поликлиники НижГМА, на втором этаже которой были выделены площади. В течение почти двух лет шла подготовка классов к работе, классы были оборудованы современными симуляторами Adec, Frasaco и Cavo и системой видеорегистрации. В симуляционном классе организованы три кабинета: терапевтический, хирургический и ортопедический, а также межкафедральный фантомный класс. 1 июня 2016 года симуляционный центр выделен в самостоятельное структурное подразделение академии. Основным направлением деятельности ССЦ является обеспечение учебного процесса студентов, интернов, ординаторов и организация проведения первичной аккредитации выпускников и первичной специализированной аккредитации ординаторов ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России.



Процедура первичной аккредитации выпускников по специальности «Стоматология» в Нижегородской государственной медицинской академии включает три этапа: тестирование, оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях и решение клинических ситуационных задач. На базе симуляционного центра выполняются второй и третий этапы первичной аккредитации. Для прохождения данных

этапов организуется 5 станций: станция базовой сердечно-легочной реанимации, станция «Препарирование», станция «Анестезия в стоматологической практике», станция «Стоматологический осмотр пациента» и станция «Пломбирование полости зуба/удаление зуба». Процедуру одновременно могут проходить 5 аккредитуемых по схеме «Карусель», согласно предварительно подготовленному маршруту для каждого сдающего. На выполнение заданий отводится определенное количество времени. На каждой станции ход и правильность выполнения манипуляций оценивается одним членом аккредитационной комиссии. Результаты вносятся в бумажные чек-листы.

Дальнейшие перспективы развития ССЦ:

– Обеспечение условий для повышения качества овладения выпускниками стоматологического факультета обязательным объемом практических навыков, предусмотренным образовательными программами.

– Организационное, учебно-методическое обеспечение учебного процесса в части освоения практических умений.

С этой целью необходимо обеспечение каждого студента стоматологического факультета набором челюстей и комплектами искусственных зубов.

– Организационное, учебно-методическое обеспечение проведения первичной аккредитации и выпускников и первичной специализированной аккредитации ординаторов.

– Организационное обеспечение проведения олимпиад, конкурсов, чемпионатов стоматологического мастерства, семинаров, лекций и мастер-классов, тренингов, направленных на повышение уровня практической подготовки студентов, интернов, ординаторов, аспирантов, врачей-стоматологов. Созданная в ССЦ система видеотрансляции изображения, с помощью которой обучающиеся могут видеть все, происходящее в полости рта во время лечения, на экране мониторов, не находясь в лечебном кабинете,

обеспечивает высокий уровень подготовки высококвалифицированного специалиста-стоматолога. В ССЦ приобретен операционный микроскоп, который позволяет проводить демонстрацию всех стоматологических манипуляций, а также обучение работе с высокими технологиями.

– Обеспечение условий для повышения уровня практической подготовки врачей-стоматологов ФПКВ.

Заведует центром к.м.н., доцент Н.В. Тиунова.

Конечно, остовом факультета, его гордостью являются входящие в состав профильные стоматологические кафедры: ортопедической стоматологии и ортодонтии, терапевтической стоматологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, стоматологии детского возраста, кафедра стоматологии ФПКВ, кафедра челюстно-лицевой хирургии и имплантологии ФПКВ.

Кафедра ортопедической стоматологии начала свою самостоятельную работу с 1992 года. Заведующим кафедрой с 1992 года и по настоящий момент является Заслуженный работник Высшей школы РФ, д.м.н, профессор Евгений Николаевич Жулев. Он является автором



Е.Н. Жулев

13 патентов РФ на изобретения, 8 патентов РФ на полезную модель, 3 программ для ЭВМ, двух учебников, пяти монографий, 9 учебно-методических пособий. В 2015 году профессором Е.Н. Жулевым совместно с В.Д. Трошиным, В.М. Назаровым, И.Л. Ермолиным, А.А. Воропаевым и А.Г. Сусловым сделано открытие «Явление миграции ноциогенных зон в сенсорноалгической системе организма человека при развитии болевых

синдромов», профессором опубликовано более 300 научных работ. Е.Н. Жулев является членом редколлегии журнала «Форум практикующих стоматологов» (Санкт-Петербург), входит в состав редакционных советов журналов «Проблемы стоматологии» (Екатеринбург) и «Ортодонтия» (Москва). Под руководством профессора Е.Н. Жулева защищено 46 кандидатских диссертации и 1 докторская диссертация. Готовятся к защите 3 кандидатских и 4 докторских диссертации.

При кафедре создан уникальный музей учебных экспонатов, представляющих собой различные виды ортопедических конструкций, большинство из которых подготовлено клиническими ординаторами. Музейные экспонаты используются для проведения практических занятий со студентами, ординаторами, а также при проведении экзаменов.

По результатам интеллектуальной деятельности сотрудников кафедры получены 18 патентов на изобретения, 12 патентов на полезные модели, а также 7 свидетельств об официальной регистрации программ для ЭВМ. За годы плодотворной работы сотрудниками кафедры опубликовано более 450 научных статей и подготовлено более 80 докладов на научно-практических конференциях.

В 2013 году кафедра ортопедической стоматологии преобразована в кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии, так как новое название наиболее полно отражает научную и клиническую направленность деятельности кафедры. 20 октября 2014 года кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии по национальной программе «Золотой фонд отечественной науки» награждена Российской академией естествознания дипломом «Золотая кафедра России» за заслуги в развитии отечественного образования.

Кафедра терапевтической стоматологии ПИМУ была открыта в 1992 году. Заведующим кафедрой с 1992 по 2014 г. была заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор Людмила Михайловна Лукиных.

В настоящее время кафедру возглавляет д.м.н., доцент, врач-стоматолог высшей квалификационной категории Ольга Александровна Успенская.



О.А. Успенская

Ей опубликовано 138 научных работ, в т. ч. 106 научных статьи, 21 учебных пособия, 4 методические рекомендации, 5 учебно-методические рекомендации, 1 монография, автор 1 патента на изобретение. Ольга Александровна награждена 2 почетными грамотами от Министерства здравоохранения Нижегородской области (2008, 2012 гг.), награждена почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации (2015 г.), почетной грамотой НижГМА, благодарностью НижГМА (2016 г.). Награждена орденом «За заслуги перед стоматологией» II степени (2014 г.). Имеет множество сертификатов по различным направлениям в стоматологии. Победитель конкурса «Диагностика в стоматологии», награждена дипломом участника конкурса «Молодой исследователь 2009». Лауреат главной городской премии г. Н. Новгорода в номинации «Медицина» за работу «Особенности этиопатогенеза деструктивных поражений слизистой оболочки полости рта» (8.06.2016 г.)

Высокий теоретический и научно-технический уровень научно-исследовательской работы кафедры подтверждается научными публикациями и авторскими свидетельствами. Ежегодно готовятся доклады на сессию молодых ученых и студентов. Сотрудниками кафедры опубликовано более 500 научных работ, получено 165 сертификатов, 14 патентов на изобретения и 2 патента на полезную модель, издано 62 учебно-методических пособия, 7 из которых имеют гриф УМО, 22 монографии, сделано более 50 докладов на международных и более

70 докладов на всероссийский конференциях. Сотрудники кафедры принимают активное участие в конференциях по линии ассоциации стоматологов Нижнего Новгорода и области. В практическое здравоохранение внедрено более 57 современных методов диагностики и лечения заболеваний полости рта. Научные направления кафедры: кариесология, болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта, юридические аспекты в практике терапевтической стоматологии. Приоритетным направлением работы кафедры является профилактика, что позволило разработать высокотехнологические программы, направленные на сохранение зубочелюстной системы на долгие годы, улучшая, таким образом, качество жизни пациентов и здоровье нации в целом. За время существования кафедры успешно прошли обучения в аспирантуре и защитили диссертации 25 докторов, закончили клиническую ординатуру 150 человек.

Терапевтическая стоматология является дисциплиной первостепенной важности. Основная задача кафедры терапевтической стоматологии – это теоретическая и практическая подготовка врача, способного решать вопросы профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний. Практическая направленность занятий реализуется привлечением студентов к непосредственной работе с больными, что способствует выполнению главной задачи: научить студентов не только знать, но и уметь. Имеющиеся на кафедре учебные пособия, методические разработки для ассистентов, методические рекомендации для студентов, клинические ситуационные задачи, банк тестовых заданий, рабочая учебная программа, соответствующая содержанию типовой учебной программы, отражают современное состояние терапевтической стоматологии и характеризуют уровень и качество учебного процесса на кафедре терапевтической стоматологии.

Кафедра хирургической стоматологии была организована в 1990 году. В 1998 году она была переименована в кафедру хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Первой заведующей кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (1990–2000) стала профессор Киняпина Ирина Дмитриевна. С 2000 года по настоящее время кафедрой заведует одна из первых выпускниц и отличниц стоматологического факультета д.м.н., профессор Дурново Евгения Александровна. Под руководством Дурново Е.А. защищено 12 кандидатских диссертаций, проводится руководство докторской диссертацией, получено 20 патентов на изобретение, выпущено 4 монографии, опубликовано более 250 научных работ, подготовлено и доложено 113 докладов разного уровня. Сотрудниками кафедры написано более 300 научных и учебных работ, было выполнено более 100 докладов на конференциях и конгрессах различного уровня. За время существования кафедры обучение в клинической ординатуре прошли более 40 врачей. Основными научными направлениями деятельности кафедры являются совершенствование методов лечения больных с различными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, с травматическими повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами челюстно-лицевой области, применение озонотерапии при лечении патологических состояний полости рта, оптимизация протокола дентальной имплантации.



С.И. Гажва

В 1998 г. по приказу ректора НГМА была образована **кафедра стоматологии факультета повышения квалификации врачей**. В то время штат кафедры состоял из должности зав. кафедрой и двух должностей ассистентов. На должность заведующей кафедрой была назначена Гажва Светлана

Иосифовна, с успехом возглавляющая кафедру и в настоящее время. Ей опубликовано более 320 научных работ, 8 монографий, она является автором 6 патентов. Под руководством Гажвы С.И. защищено 26 кандидатских диссертаций и 1 докторская. Кафедра успешно выполняет свои задачи в системе непрерывного медицинского образования и повышении квалификации врачей. В настоящее время кафедра стоматологии факультета повышения квалификации врачей является известным учебно-методическим центром. Хорошая материально-техническая база и кадровый потенциал позволяют оказывать высококвалифицированную стоматологическую помощь населению на уровне современных достижений стоматологической науки.

В 2000 году был выделен курс **стоматологии детского возраста** на базе кафедры терапевтической стоматологии (заведующей курсом – ассистент кафедры терапевтической стоматологии Косюга Светлана Юрьевна).



С.Ю. Косюга

С сентября 2001 года, в соответствии с приказом ректора НГМА Шкарина В.В. как самостоятельное структурное подразделение была организована кафедра стоматологии детского возраста. По настоящее время кафедрой заведует д.м.н., доцент С.Ю. Косюга. Под ее руководством опубликовано более 100 научных статей, 3 учебных пособия, получены три патента, защищено 5 кандидатских диссертаций.

Сотрудники кафедры активно занимаются научной деятельностью, принимают участие в конференциях и симпозиумах российского и международного значения. Большое внимание, безусловно, уделяется и лечебной работе с самыми маленькими пациентами, а также профилактике стоматологических заболеваний и стоматологическому просвещению. Вместе со студентами и клиническими ординаторами организуются уроки

здоровья в школах и поликлиниках, причем формат уроков совершенно разнообразный: от лекционного материла до постановочных сказок.

В 2008 году на стоматологическом факультете были открыты две новых кафедры: кафедра пропедевтической стоматологии и кафедра челюстно-лицевой хирургии и имплантологии ФПКВ.



Л.Н. Казарина

Кафедру **пропедевтической стоматологии** возглавляет д.м.н., профессор, отличник здравоохранения, врач высшей квалификационной категории Лариса Николаевна Казарина. Сотрудники кафедры занимаются изучением нейростоматологии, аллерги-зирующего действия стоматологических материалов на организм человека, а также лечением заболеваний пародонта на фоне различных соматических заболеваний.

Под руководством профессора Л.Н. Казариной защищено 14 кандидатских диссертаций и 1 докторская диссертация. Сотрудниками кафедры опубликовано более 270 научных работ. Оформлено 5 патентов на изобретения.



Н.Л. Короткова

Кафедру челюстно-лицевой хирургии и имплантологии факультета повышения квалификации врачей с 2008 г. по 2017 г. возглавлял д.м.н., доцент Сергей Юрьевич Иванов. С 2017 г. руководство приняла д.м.н. Надежда Ленoктовна Короткова.

Все сотрудники кафедры имеют ученую степень. Основными направлениями деятельности кафедры являются лечебная, учебная и научная работа, международное сотрудничество. Кафедра челюстно-лицевой хирургии и имплантологии

ФПКВ имеет поликлиническое и стационарное подразделения. На данных базах проводятся все виды амбулаторных хирургических вмешательств: дентальная имплантация, реконструктивные операции на челюстях, направленная тканевая регенерация.

Основная задача кафедры – внедрение инновационных, высокотехнологичных методов челюстно-лицевой хирургии и имплантологии в практику здравоохранения. Сегодня на кафедре челюстно-лицевой хирургии и имплантологии НижГМА разработаны программы циклов усовершенствования по темам: «Стоматологическая имплантология», «Хирургическая стоматология», «Челюстно-лицевая хирургия» для врачей факультета последипломного образования, которые проводятся ежемесячно. Проводятся выездные циклы обучения с лекциями и проведением показательных операций в городах, Чебоксары, Казань, Краснодар, Минск (Белоруссия), Владимир, Ростов-на-Дону, Саров.

В настоящее время стоматология – одна из отраслей медицины, развитие которой движется вперед огромными темпами, и задача образования – идти в ногу со временем. Каждый новый год приносит свои изменения в работу стоматологического факультета Приволжского исследовательского медицинского университета. Вливаются в коллектив новые сотрудники, ведутся научные изыскания, внедряются в практическое здравоохранение новые методики лечения и профилактики стоматологических заболеваний, появляется новое оборудование, и хочется отметить, что на передовой этих изменений находится наш стоматологический факультет. За 30 лет успешной работы закончили обучение на факультете более 2500 выпускников, а растущее с каждым годом число абитуриентов и конкурс при поступлении в вуз говорят о востребованности и престижности профессии. Закончили обучение на профильных кафедрах в клинической ординатуре за это время более 700 врачей. Сегодня на стоматологическом факультете обучаются 450 студентов, 57 ординаторов и 26 аспирантов, в подготовке которых принимают участие более 60 преподавателей профильных кафедр факультета. Ученую

степень и звание имеют около 90% преподавательского состава, из них 9 докторов наук. Практические и лекционные занятия ведутся на базах городских и областных лечебных учреждений, оснащенных современным диагностическим и лечебным оборудованием. В распоряжении студентов имеются компьютерные классы, лаборатории, научная медицинская библиотека. Особое внимание уделяется международному сотрудничеству: на факультете обучается большое количество иностранных студентов, а преподаватели постоянно совершенствуют знания английского языка для качественной и полной передачи информации. Организуются стажировки наших студентов, ординаторов и аспирантов в городах Европы: Эссен, Дрезден, Шонебек (Германия), Ницца (Франция), ведутся совместные научные исследования. Зарубежные коллеги с удовольствием делятся опытом и знаниями, проводят экскурсии и практические занятия в стоматологических клиниках, а также большое внимание уделяют культурной программе и межнациональной интеграции. На факультете за время его существования сложилась уникальная самобытная культура, вобравшая в себя опыт и знания лучших стоматологов России, со своими традициями, ценностями и идеями. Основной задачей факультета и его профильных кафедр является воспитание грамотного врача, врача Стоматолога с большой буквы, способного не только оказывать квалифицированную медицинскую помощь, но и сочувствовать, сострадать, помогать больному на пределе своих сил и возможностей. Огромное внимание уделяется формированию комплексного подхода к терапии стоматологических заболеваний, к восприятию челюстно-лицевой области не как обособленного анатомического образования, а как части единого и сложного механизма под названием человеческое тело. И в юбилейный год хочется пожелать стоматологическому факультету Приволжского исследовательского медицинского университета развиваться и совершенствоваться, сохраняя при этом традиции и опыт наших наставников, давших начало стоматологическому образованию в Нижегородской области.

РАЗДЕЛ I. ОБЩАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН, ЛИЦЕНЗИРОВАННЫХ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЭСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

К.м.н., доцент Абдрашитова А.Б., д.м.н., профессор Салеев Р.А.
ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, г. Казань

Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН) – вид медицинской деятельности, направленной на оценку состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, определение сроков временной утраты трудоспособности. Проведение ЭВН регламентируется приказами: «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» № 624н от 29.06.2011 г.; «О внесении изменений в порядок выдачи листков нетрудоспособности» № 31н от 24.01 2012 г.; «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности» № 625н от 23.08.2016 г.; «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях» № 154 от 21.05.2002 г. Среди нозологий с временной нетрудоспособностью заболевания системы пищеварения занимают VI место после органов дыхания и кровообращения, травм и отравлений, костно-мышечной системы [1-4].

Стоматологическая медицинская организация (СМО) – вид медицинского учреждения, в котором оказывается первичная, в том числе доврачебная, врачебная, специализированная, медико-санитарская помощь и выполняются медицинские услуги согласно перечня приказа Минздрава России № 121н от 2013 г. (в редакции от 13.06.2017 г.). При анализе доступной нам специальной литературы, мы не выявили информации о

сравнительной характеристике экспертизы временной нетрудоспособности в стоматологических медицинских организациях.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ деятельности стоматологических медицинских организаций в Республике Татарстан (РТ), лицензированных по проведению экспертизы временной нетрудоспособности в динамике за 10 лет.

Материал и методы исследования. Данные из официального запроса отдела лицензирования МЗ РТ, выборка из генеральной совокупности по журналу регистрации выдачи листов временной нетрудоспособности, медицинской карты стоматологического больного всех случаев временной нетрудоспособности при заболеваниях челюстно-лицевой области у пациентов в РТ за период 2007–2016 гг. Анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel, версия 2010 для Windows 8,0 (использованы статистические данные: M – выборочное среднее, m – ошибка средней арифметической).

Полученные результаты. Для проведения медицинских экспертиз (что регламентирует право СМО выдавать листок нетрудоспособности) в лицензии на осуществлении медицинской деятельности должно быть указано: «организуется и выполняются услуги: по экспертизе временной нетрудоспособности». Однако, учитывая специфичность заболеваний челюстно-лицевой области, как правило, листки нетрудоспособности выдаются пациентам с заболеваниями в основном хирургического профиля, поэтому СМО также должна быть лицензирована по оказанию специализированной первичной медико-санитарной помощи по стоматологии хирургической.

Согласно полученным данным из официального запроса отдела лицензирования МЗ РТ нами проведен анализ лицензий на осуществление медицинской деятельности 863 СМО в РТ (рис. 1).

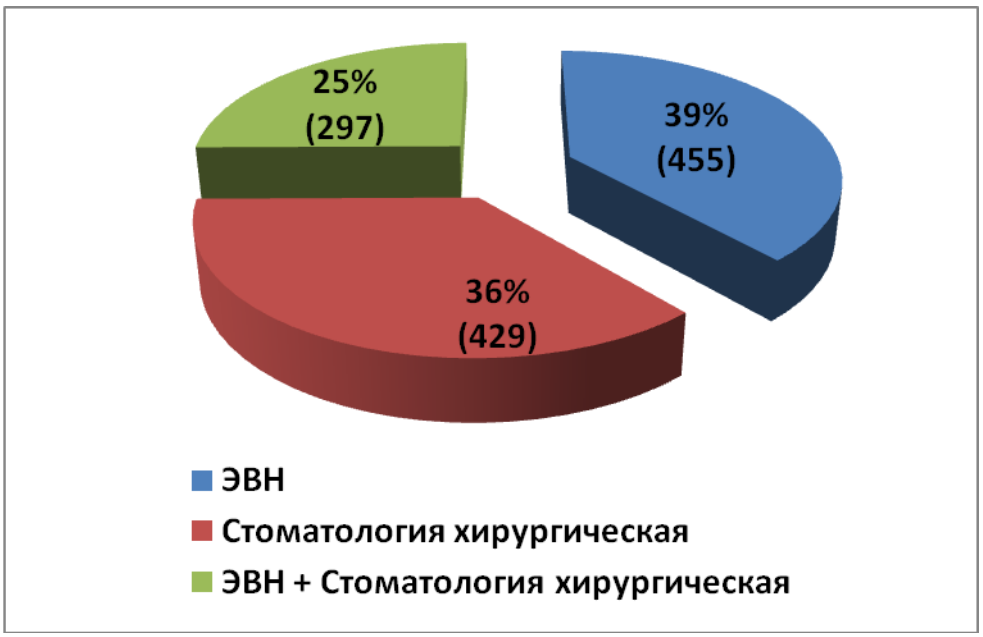


Рис. 1. Структура СМО в РТ по видам оказания медицинских услуг.

Из представленной диаграммы видно, что 36% организаций имеют лицензию на оказание специализированной первичной медико-санитарной помощи по стоматологии хирургической, 39% – на проведение ЭВН, и только 25% – на хирургическую стоматологию и ЭВН. Более 60% организаций не имеет лицензию на ЭВН. Однако, согласно приказу № 624 н от 29.06.2011 г. пациенту при оказании медицинской помощи по показаниям должен быть выдан листок нетрудоспособности, соответственно если данный случай амбулаторный – пациент направляется в соматическую поликлинику по месту жительства после оказания стоматологической медицинской помощи где устанавливается наступления случая временной нетрудоспособности.

Проведя анализ оказываемых медицинских услуг в СМО РТ, нами выявлено, что в большинстве случаев, лицензирование стоматологической медицинской деятельности проходят организации, территориальной расположенные в г. Казань и в 24% случаях – организаций в РТ (рис. 2).

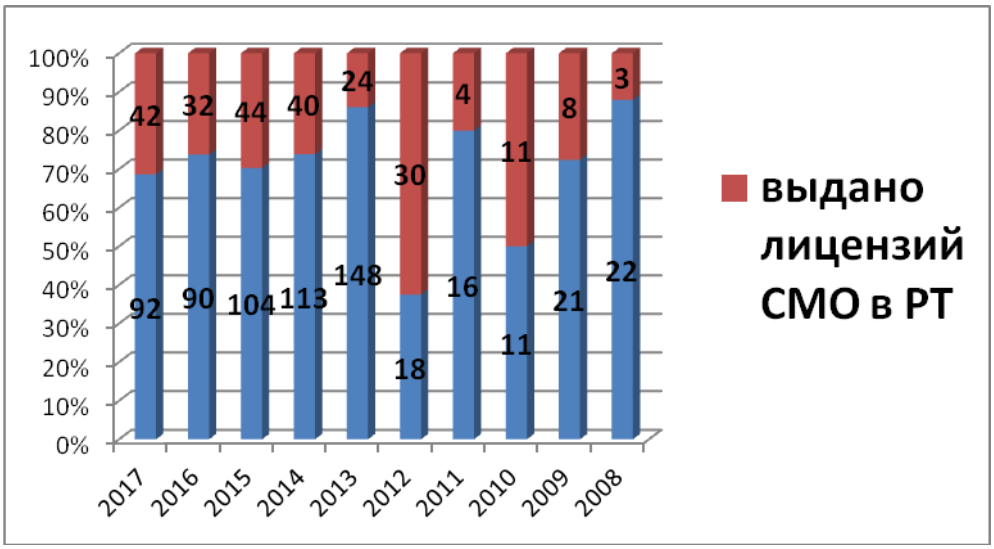


Рис. 2. Анализ деятельности СМО в РТ.

Относительно видов медицинской деятельности в СМО г.Казани было выявлено, что количество СМО, лицензированных по оказанию специализированной медицинской помощи по стоматологии хирургической до 2013 г. практически не изменяется, далее происходит резкое увеличение в 2013 году и динамичное снижение до сегодняшнего дня. Идентичные показатели нами выявлены также и при анализе видов медицинской деятельности по ЭВН, ЭВН совместно со стоматологией хирургической. Возможно, полученные результаты связаны с вступлением в силу в 2013 г. приказа Минздрава России № 121н от 11 марта 2013 г. (рис. 3).



Рис. 3. Виды медицинской деятельности, осуществляемых в СМО г. Казани в период 2008–2017 гг.

Анализ осуществление медицинской деятельности СМО в РТ показал, что активный рост количества лицензируемых организаций по ЭВН, стоматологии хирургической, ЭВН совместно с хирургической стоматологией резко возрастает с 2012 г. Возможно, это связано с увеличением количества СМО в РТ с 2012 г. (рис. 4).

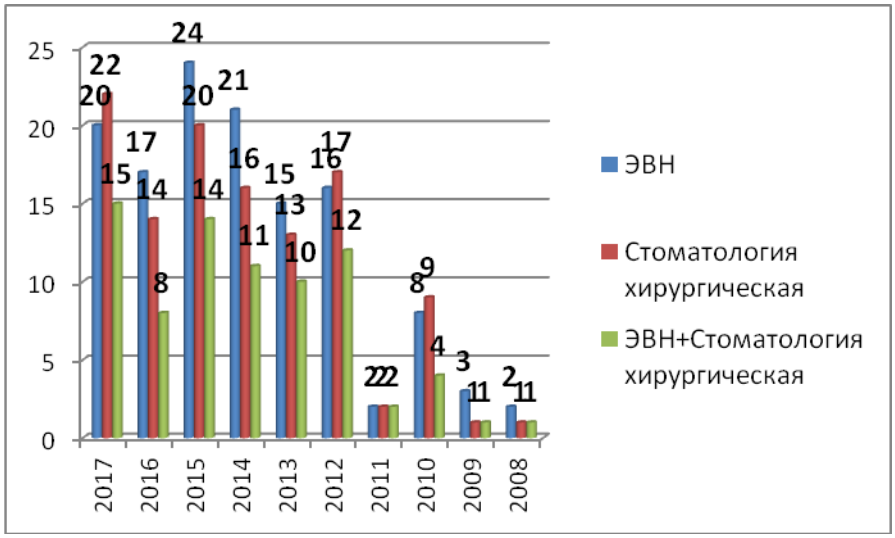


Рис. 4. Виды медицинской деятельности, осуществляемых в СМО РТ в период 2008–2017 гг.

Выводы. Экспертиза временной нетрудоспособности является важной функцией здравоохранения, которая относится к числу управляемых факторов, влияющих на уровень заболеваемости и, соответственно, на экономический потенциал страны. В стоматологических медицинских организациях Республики Татарстан в период 2007–2016 гг. оказываются медицинские услуги по стоматологии хирургической (39% случаев), проведению экспертиз по временной нетрудоспособности (36%) и в меньшей степени –совместно ЭВН и стоматологии хирургической (25%). По нашему мнению, для повышения и улучшения качества оказываемых медицинских услуг, учитывая специфику заболеваний челюстно-лицевой области, при которых неотложный вид медицинской услуги оказывается врачом стоматологом-хирургом, каждая СМО должна быть лицензирована как по стоматологии хирургической, так и по экспертизе временной нетрудоспособности.

Список литературы:

1. Абдрашитова А.Б. Анализ временной нетрудоспособности в стоматологических медицинских организациях Республики Татарстан / А.Б. Абдрашитова, Р.А. Салеев // Сборник научных статей X Российской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье человека в XXI веке», Казань, – 2018. С. 18-22.
2. Абдрашитова А.Б. Экспертиза временной нетрудоспособности в стоматологических медицинских организациях Республики Татарстан / А.Б. Абдрашитова, Р.А. Салеев // Сборник научных статей XII Международного научно-практического конкурса ««Лучшая научно-исследовательская работа 2018», Пенза, – 2018. С. 312-315.
3. Кляритская И.Л., Максимова Е.В., Колисниченко А.И., Мошко Ю.А., Шелихова Е.О. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. / Крымский терапевтический журнал. – 2016. № 2. С. 32-35.
4. Мартиросян А.М., Вагнер В.Д., Баштовой А.А. Анализ временной нетрудоспособности родителей по уходу за больными детьми при стоматологических заболеваниях. / Стоматология. – 2016. № 6. С. 127-132.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА У СТОМАТОЛОГА

Д.м.н., профессор Еловикова Т.М.[1], Макарова А.Ш.[1], к.м.н., доцент Кощеев А.С.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

[2]ФГБОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург

Модернизация национальной системы здравоохранения, которая в настоящее время осуществляется в России, рассматривает повышение доступности и качества медицинской помощи населению как приоритетную

задачу [9, 10]. Все проблемы развития отечественного здравоохранения отражаются в стоматологической службе, наиболее массовой и востребованной среди всех групп населения [1-3, 5, 6, 8-10]. Стоматологическое здоровье (СЗ) людей определяет важнейшие аспекты жизни. Это возможность полноценного питания и реализации социальных функций [2, 3, 5]. Одним из основных методов оценки состояния СЗ людей является изучение распространенности хронических заболеваний по материалам периодических эпидемиологических исследований или медицинских осмотров [3, 5, 6]. Результаты таких исследований свидетельствуют о высокой распространенности стоматологических заболеваний [1, 5, 6]. При этом выявлены значительные различия частоты заболеваний полости рта в различных регионах. Они, по мнению авторов, связаны с территориальными, географическими, климатическими, социально-экономическими, биологическими и экологическими факторами [1, 3, 4, 6-8]. Учитывая вышеизложенное, следует заключить, что существует определенный «региональный профиль» патологии, и это диктует необходимость изучения СЗ населения для научного обоснования диагностических, профилактических и лечебных программ. Это тем более важно для самой «работоспособной» возрастной группы людей – 35–44 лет [1-3, 5, 6, 8-10].

Цель исследования совершенствование оказания помощи на основе изучения состояния СЗ, особенностей терапевтической стоматологической заболеваемости у жителей Белоярского района Свердловской области.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре терапевтической стоматологии и в амбулаторно – поликлинических условиях Белоярской центральной районной больницы (ЦРБ). Выбор Белоярского района для стоматологического обследования был обусловлен

степенью экологической напряженности, минерализации и загрязнения питьевой воды [8]. Обследовано 80 пациентов (32 мужчины и 48 женщин), обратившихся к стоматологу. Все пациенты имели в анамнезе различный уровень стоматологической заболеваемости.

Критерии включения:

- наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании,
- возраст от 35 до 60 лет,
- заинтересованность в участии,
- наличие не менее 15 зубов в полости рта,
- отсутствие признаков острого или обострения хронического соматического или инфекционные заболевания.

Критерии исключения:

- злоупотребление алкоголем,
- прием наркотических веществ.

Проведено анкетирование всех пациентов по разработанной нами анкете. Инструкции по заполнению анкеты излагались участникам исследования в устной форме непосредственно перед началом анкетирования. Анкета включала в себя вопросы, касающиеся регулярности и частоты посещения врача-стоматолога, характеристики кровоточивости десен при чистке зубов, при приеме пищи, соблюдения временного режима чистки зубов (3–5 минут), использования дополнительных средств гигиены полости рта. Каждому пациенту были предложены варианты ответов. Кроме того, каждому участнику исследования оценивал состояние своего общего и состояние стоматологического здоровья по пятибалльной шкале [4]. Выявляли медикосоциальные характеристики (условия и образ жизни, распространенность вредных привычек и т. д.). Удовлетворенность пациентов стоматологической помощью оценивали по комплексу ряда характеристик: оценка достаточности объема предоставляемых медицинских

услуг; оценка отношения к пациентам персонала; оценка условий получения стоматологической помощи (санитарно-гигиенических и т. п.); оценка профессиональных характеристик персонала; оценка организации и порядка работы стоматологического кабинета [8, 10]. Технология SWOT-анализа использована для осуществления перспективного комплексного планирования деятельности стоматологического кабинета [7, 8, 10]. Клиническое обследование пациентов включало: анализ жалоб и данных анамнеза, осмотр; определение гигиенического состояния полости рта (по индексу гигиены Грина-Вермильона 1964 – ИГ); значения индекса КПУ зубов. Для характеристики степени воспаления десны использовали индекс кровоточивости (ИК Мюллемана, 1975), индекс гингивита (PMA, Parma, 1960); а также пародонтальный индекс (ПИ Russell, 1956). Исследование включало также оценку параметров смешанной слюны (СС) по следующим характеристикам: качественный анализ секрета – цвет, прозрачность, вязкость, наличие включений [3-6]. Заполнялись амбулаторные истории болезни стоматологического больного (форма № 43у). Статистическая обработка материала проведена на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Word, Excel и «Statistica 6.0». Данные представлены в виде средних арифметических величин и стандартной ошибки среднего (M±m). Для установления достоверности различий использовалось t-распределение Стьюдента. Различия считали достоверными при $p<0,005$ [6].

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты обследование пациентов указанной возрастной группы в Белоярской ЦРБ показали, что у всех пациентов выявлен обильный мягкий зубной налет, покрывающий коронки зубов от 1/4 до 3/4 их высоты. У 72 человек (90% обследуемых) гигиена полости рта очень плохая – ИГ – более 2,75 единиц; у 8 человек (10% пациентов) значения ИГ – от 2,2 до 2,5 гигиена, что свидетельствует о плохой гигиене полости рта. Данные исследования подтверждают четкую взаимосвязь неудовлетворительной гигиены и воспаления тканей пародонта

(p≤0,005). Распространенность кариеса зубов у пациентов также составила 100%. У всех больных отмечена высокая интенсивность кариеса – среднее значение КПУ зубов составило 18,8±4,0 – это высокий уровень распространения кариеса в данной возрастной группе, он значительно превышает аналогичный показатель в целом по России (12,3 единиц в среднем). В структуре индекса КПУ зубов компонент «К» – кариес – составлял в среднем 8,2±2,5. При этом – по клинико-топографической классификации – преобладал «глубокий кариес» – по МКБ-10 – «начальный пульпит». Компонент «П» – пломба – 3,8±1,5; компонент «У» – удаленные зубы у пациентов варьировал от 6,5 до 12,5 и составил в среднем 6,5±1,75. Среднее количество сохранившихся зубов на одного обследованного пациента составило 18,0±0,25. Доля лиц с удаленными зубами (от 1 до 11 зубов) составила 97,5%. Число лиц, имеющих более 20 функциональных зубов, составило 32,5%.

Распространенность воспалительных заболеваний пародонта у обследованных пациентов составила 98,5±1,5%. Кровоточивость выявлена у 98,5% обследованных, зубной камень – у 68,5%, пародонтальные карманы глубиной 4–5 мм – у 45,0%, глубокие пародонтальные карманы – 6 мм и более – у 60% обследованных. Значения индекса PMA составили 75,85±6,5%, что свидетельствует о воспаления свободной (и прикрепленной) десны. Показатели ПИ (Russell) составили 3,35±0,5единиц. При осмотре пациентов данной возрастной группы, было выявлено, что частота некариозных поражений зубов (возникающих после их прорезывания) составила – 45,75%. У жителей белоярского района выявлены симптомы дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у 77,5% («щелканье», смещение нижней челюсти в сторону при открывании рта, привычный вывих, сочетание этих симптомов). У 52,5% пациентов имелись различные виды протезов: 23,5% обследованных анатомическая форма зубов была восстановлена одиночными коронками, у 2,04% лиц были штифтовые конструкции. У 40% обследованных – дефекты зубных рядов были замещены мостовидными протезами, у 6,25% –

частичными съемными протезами. При этом следует отметить, что протезов современные металлокерамические конструкции составили всего 1,25%. В то же время следует отметить, что каждый участник исследования оценить (по пятибалльной шкале) состояние своего общего здоровья на 3,9±0,5 балла, а состояние стоматологического здоровья – на 3,5±0,5 балла.

Составлен медико-социальный портрет пациентов, обратившихся к стоматологу Белоярской ЦРБ. Среди пациентов отмечена значительная дифференциация медико-социальных характеристик, условий и образа жизни, включая распространенность вредных привычек. Планирование проведения SWOT-анализа позволяет изучить четыре характеристики: Strengths (Сильные стороны), Weaknesses (Слабые стороны), Opportunities (Возможности) и Threats (Угрозы) [7, 10]. SWOT-анализ деятельности осуществлялся последовательно. Вначале выполняется анализ внешней среды, который включает анализ составляющих факторов макросреды и непосредственного окружения. Затем осуществляется анализ внутренней среды, который представляет собой исследование сильных и слабых сторон программы оказания стоматологической помощи жителям Белоярского района. Далее выполняется количественный анализ в результате которого строится матрица (вероятность/воздействие) для позиционирования возможностей внешней среды. На следующем этапе исследования компоненты ранжируются в порядке убывания их степени воздействия [7, 10]. Это способствует оценке внешних факторов с позиции наибольшего (положительного или отрицательного) влияния на организацию. Полученные данные позволяют наметить пути улучшения планирования оказания стоматологической помощи на основе изучения состояния СЗ, особенностей заболеваемости у жителей Белоярского района (мониторинг медико-социального портрета пациента, их удовлетворенность доступностью и качеством стоматологических услуг; составление прогноза ожиданий потребителей, ориентация на индивидуальный подход к пациентам, который позволяет устранить возможное негативное мнение пациентов).

Выводы:

1. Медико-социальный портрет стоматологических пациентов Белоярской ЦРБ характеризуется: средний возраст – 39,5 года; удовлетворительные жилищно-бытовые условия и материальное положение (50,0% и 55,0%). Определена распространенность вредных привычек: 65,0% пациентов курят, 55% – употребляют пиво и крепкие алкогольные напитки.

2. Диагностирована высокая нуждаемость (100%) в стоматологической помощи – распространенность кариеса зубов у пациентов составила 100%; интенсивность кариозного поражения у них – 18,8±4,0 единиц.

3. Состояние гигиены полости рта у жителей Белоярского района, как мужчин, так и женщин, обратившихся к стоматологу, неудовлетворительно: ИГ составил 2,75±0,5 единиц.

4. Выявлен высокий уровень воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта – пародонтит хронический генерализованный ($p \leq 0,005$).

5. Проведение SWOT-анализа деятельности стоматологического кабинета является основой разработки стратегического менеджмента совершенствования оказания стоматологической помощи жителям Белоярского района, что будет способствовать оптимизации профилактической помощи пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта.

Список литературы:

1. Большов И.Н. Организация выездной стоматологической помощи жителям села // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2016. Вып. 3. С. 88-92.

2. Вильк М.Ф., Алейников А.С., Чернышев А.В. Состояние стоматологического здоровья и медико-организационный комплекс мероприятий профилактики стоматологической заболеваемости среди жителей московского региона // Вестник ТГУ, 2013. Т. 18. Вып. 6. С. 3330-3332.

3. Волошина В.С., Еловикова Т.М. Анализ мультифакторного индивидуального пародонтологического профиля риска у пациентов частной стоматологической клиники. // Проблемы стоматологии. – 2011. № 3. С. 29-31.

4. Еловикова Т.М., Белоконова Н.А., Шурыгина Е.А. Оценка изменений пародонтологического статуса больных сахарным диабетом 2-го типа в условиях хирургического стационара после использования новой зубной пасты parodontax extra fresh // Стоматология. – 2014. Т. 93. № 6. С. 38-41.

5. Еловикова Т.М., Молвинских В.С. Пародонтологический калькулятор риска жителей мегаполиса // Всероссийский конгресс «Стоматология Большого Урала» III Всероссийское рабочее совещание по проблемам фундаментальной стоматологии 8–10 декабря 2014 года Сборник статей Екатеринбург. – 2015. С. 33-35.

6. Еловикова Т.М., Молвинских В.С., Липатов Г.Я., Кощеев А.С. Анализ первичной мотивации рабочих медеплавильного завода к проведению стоматологических лечебно-профилактических мероприятий // Проблемы стоматологии. – 2014. № 3. С. 10-15.

7. Майсак О.С., Майсак Н.В., Сагитова Г.Р. SWOT-анализ как средство совершенствования медицинской организационной среды // «Современные проблемы науки и образования». – 2011. № 6. 8 с.

8. Макарова А.Ш., Еловикова Т.М. Анализ состояния стоматологического здоровья сельского населения Белоярского района // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы III Международной научно-практической конференции. Екатеринбург: Изд-во УГМУ. – 2018. Т. 3. С. 171-175.

9. Никитенко В.В., Гребнев Г.А., Ковалевский А.М., Иорданишвили А.К. и др. Распространённость заболеваний полости рта среди военных моряков черноморского флота российской федерации // Казанский медицинский журнал. – Издательство: Филиал акционерного общества «ТАТМЕДИА» «Редакция «Казанского медицинского журнала». Казань. – 2017. Т. 98. № 5. С. 719-722.

10. Шматов К.В. Научное обоснование совершенствования системы управления частной стоматологической организацией // Автореф. диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Оренбург. – 2012. 20 с.

ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

К.м.н. Сорокина С.Р.[1], Колмакова Л.В.[1], Миронова О.С.[2]

[1]ГАУЗ НО «Областная стоматологическая поликлиника».

[2]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Кариес зубов – одна из наиболее актуальных проблем современной стоматологии [1, 9]. В настоящее время, несмотря на все достижения современной стоматологии в области профилактики, большой выбор средств и предметов гигиены полости рта, уровень заболеваемости кариесом и воспалительными заболеваниями пародонта остается очень высоким [2, 8]. Эпидемиологические данные по различным регионам России [3] свидетельствуют также и о высокой распространенности гингивита в молодом возрасте.

Заболевания зубов и полости рта имеют широкую распространенность в детской популяции. Сложившаяся ситуация с заболеваемостью зубов и полости рта у детей обусловлена рядом причин, таких как низкий уровень гигиенической грамотности, ухудшение экологической ситуации, некачественное питание, наличие хронической патологии у ребенка, среди детей старшего возраста наличие вредных привычек, со стороны медицинских организаций недостаточно эффективная работа профилактической направленности.

Большинство факторов являются управляемыми, и их влияние на возникновение и развитие стоматологической патологии у детей можно устранить или значительно уменьшить. Самым эффективным воздействием на негативные факторы является повышение уровня стоматологической грамотности и формирование у детей устойчивой мотивации к сохранению здоровья. Так, по данным ряда авторов, только налаживание хорошей

гигиены полости рта и привитие ребенку правильного пищевого поведения дает снижение потребности в санации на 10% [4].

Поэтому с медицинской и социальной позиции оптимальным является проведение профилактических мероприятий детям вне стоматологической поликлиники, в местах, приближенных к пребыванию детей, и не требующих непосредственного участия родителя, это школьные стоматологические кабинеты. Преимущества работы школьного кабинета определяются максимальным уровнем его доступности, возможностью длительного постоянного наблюдения за стоматологическим здоровьем детей, своевременностью проведения профилактических мероприятий, вовлечением в процесс гигиенического обучения учащихся, учителей и родителей, применением групповых методов профилактики и возможностью реализации индивидуальной схемы профилактики в соответствии с выявляемыми факторами риска и интенсивностью кариозного процесса и, что особенно значимо, личной заинтересованностью персонала школьного стоматологического кабинета в результатах своей деятельности [7].

Сложившиеся в 90-е годы прошлого столетия социально-экономические условия, способствовали закрытию школьных стоматологических кабинетов и преимущественному предоставлению профилактических стоматологических услуг на возмездной основе, что привело к ухудшению стоматологического здоровья детей. В настоящее время политика государства направлена на улучшение здоровья детей, развитие профилактической отрасли медицины, на формирование у населения здоровье сберегающего поведения. Как никогда актуальным сейчас является возрождение школьной стоматологии, как направления, наиболее отвечающего современной концепции развития здравоохранения. Приказ Министерства здравоохранения от 13 ноября 2012 года № 910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» (Приказ МЗ РФ № 910н от 13 ноября 2011 г. с изменениями и дополнениями от 17 июля 2013 г., 19 августа 2014 г.,

3 августа 2015 г., 28 сентября 2016 г.) регламентирует раннее выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний, их профилактику и оказание медицинской помощи детям, имеющим кариес зубов, проводить в стоматологических кабинетах детских дошкольных и образовательных учреждений. ФЗ № 273 от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации» предоставляет возможность активно внедрять в образовательный процесс уроки по формированию ЗОЖ, в частности — по стоматологическому здоровью.

Цель исследования: Оценить роль работы школьного стоматологического кабинета в снижении заболеваемости кариесом и улучшении гигиенического состояния полости рта у детей.

Задачи исследования:

1. Оценить интенсивность и распространенность кариеса у детей 12 и 15 лет Нижегородского и Автозаводского районов в школах МБОУ № 7 и МБОУ № 58.
2. Провести анкетирование среди школьников.

На базе Нижегородского филиала № 2 ГАУЗ НО «ОСП» (содержание фторидов в питьевой воде 0,315) школьный стоматологический кабинет в МБОУ № 7 существует в течение нескольких лет. Своевременно и регулярно врач-стоматолог проводит санацию полости рта и профилактические мероприятия – профессиональная чистка зубов, герметизация фиссур, обработка зубов фторсодержащими и реминерализующими препаратами, что позволяет сохранить зубы и пародонт здоровыми.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе Нижегородского филиала № 2 ГАУЗ НО «ОСП» в МБОУ № 7 и Автозаводского филиала № 2 ГАУЗ НО «ОСП» в МБОУ № 58. Нами было обследовано 47 школьников 12 лет (МБОУ № 7 – 22 человека, в МБОУ № 58 – 25 человек) и 39 школьников 15 лет (МБОУ № 7 – 17 человека, в МБОУ № 58 – 22 человека).

На базе Автозаводского филиала № 2 ГАУЗ НО «ОСП» (содержание фторидов в питьевой воде 0,32) школьный стоматологический кабинет в

МБОУ № 58 открыт в конце 2017 года. До этого момента стоматологическая помощь школьникам осуществлялась «по обращаемости» в поликлинику, что не может в полной мере удовлетворить потребность в профилактической помощи. Зачастую ни врач не имеет временной и ситуационной возможности проведения дополнительных к основному лечению профилактических мероприятий, ни родитель не имеет желания приводить ребенка в поликлинику для их проведения.

Методы исследования: социологический, клинический.

Социологический – анкетирование школьников для изучения уровня знаний по вопросам гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний. В связи с этим нами была разработана анкета, которая состоит из 10 вопросов.

Клинический метод – изучение стоматологического статуса по методике ВОЗ (1997): оценка индексов КПУ (з), оценка гигиенического состояния полости рта по индексу Green J.C., Vermillion J.R. (1964).

Результаты исследования и их обсуждение. Данные социологического метода исследования приведены в табл. 1.

Таблица 1.

Данные социологического метода исследования

	МБОУ № 58, (%)		МБОУ № 7, (%)	
	12 лет	15 лет	12 лет	15 лет
Регулярность чистки зубов:				
- 1 раз в день;	28	36,4	13,6	29,4
- 2 раза в день;	60	45,5	81,8	70,6
- 3 раза в день и более;	12	18,2	4,5	-
Продолжительность:				
- 30 с;	8	9,1	9,1	-

- 1 мин	48	72,7	31,8	29,4
- 3 мин	28	18,2	50	58,8
- более 3 мин	16	-	9,1	11,8
Преобладающие движения зубной щетки:				
- горизонтальные;	20	36,4	9,1	-
- вертикальные;	4	9,1	27,3	11,8
- круговые;	52	27,3	40,9	23,5
- выметающие;	4	9,1	13,6	70,6
- не установлено	20	18,2	9,1	-
Дополнительные предметы гигиены:				
- флосс	8	13,6	22,7	17,6
- ирригатор	4	9,1	13,6	5,9
- зубочистка	56	54,5	45,5	35,3
- нет	36	36,4	31,8	41,2
Дополнительные средства гигиены:				
- зубные порошки	8	18,2	4,5	11,8
- эликсиры	4	4,5	-	11,8
- ополаскиватели	60	50	68,2	41,2
- не использую	28	36,4	27,3	41,2
Методам чистки зубов, использование дополнительных средств и предметов гигиены научили:				
- родители	76	63,6	28,1	11,8
- врач-стоматолог	24	36,4	71,9	88,2
Частота посещения врача-стоматолога:				
- 2 раза в год	16	50	45,5	64,7
- при боли	64	36,4	27,3	17,6
- 1 раз в год и реже	20	13,6	22,7	17,6
Курят				
- да	-	13,6	-	-

- нет	100	86,4	100	100
Какую воду Вы употребляете				
- водопроводная вода	-	4,5	-	41,2
- бутилированная вода	24	31,8	18,2	23,5
- вода, очищенная бытовым фильтром	68	63,6	68,2	29,4
- вода из ключей и родников	20	31,8	27,3	11,8
Как часто Вы болеете				
- не болею или 1 раз в год	48	50	31,8	41,2
- 2 раза в год	36	22,7	54,5	35,3
- 3-4 раза в год	16	27,3	13,6	23,5
Употребление сладких продуктов (конфет, шоколад, печенье и т.д.)				
- после основного приема пищи	52	54,5	36,4	35,3
- в перерывах между едой	4	27,3	40,9	23,5
- употребляю редко	44	18,2	22,7	41,2

По результатам социологического метода исследования установлено, что регулярно чистят зубы 100% школьников 12-ти и 15-ти лет.

81,8% учащихся 12-ти лет и 70,6% учащихся 15-ти лет из МБОУ № 7 чистят зубы 2 раза в день, продолжительность чистки зубов у них составляет 3 мин и более (59,1% 12-ти летние и 70,6% 15-ти летние). Преобладающие движения зубной щетки – вертикальные, круговые, выметающие. Большинство школьников пользуются дополнительными предметами и средствами гигиены полости рта, посещают стоматолога 2 раза в год, редко употребляют сладкие продукты, либо употребляют их после основного приема пищи. 71,9% учащихся 12-ти лет и 88,2% учащихся 15-ти лет МБОУ

№ 7 на вопрос «Методам чистки зубов, использованию дополнительных средств и предметов гигиены научили?» ответили – Врач-стоматолог.

В МБОУ № 58 только 60% школьников 12-ти лет и 45,5% 15-ти лет чистят зубы 2 раза в день, при этом продолжительность чистки зубов у них составляет 1 мин и менее (56% 12-ти лет, 81,8% 15-ти лет). Преобладающие движения зубной щетки – горизонтальные, круговые. 76% учащихся 12-ти лет и 63,6% учащихся 15-ти лет МБОУ № 58 на вопрос «Методам чистки зубов, использованию дополнительных средств и предметов гигиены научили?» ответили – родители. 50% школьников 15-ти лет посещают врача-стоматолога 2 раза в год, 64% школьников 12-ти лет обращаются за стоматологической помощью только «при боли».

Основные показатели стоматологического статуса приведены в табл. 2.

Таблица 2.

Стоматологический статус школьников

Показатель	Школа № 58		Школа № 7	
	12 лет	15 лет	12 лет	15 лет
КПУ (з)	2,6	3,8	2,2	1,7
ИГРУ, баллы	3,2	3,0	1,8	1,6

В результате обследования была выявлена высокая интенсивность развития кариозного процесса среди школьников 12-ти и 15-ти лет МБОУ № 58, где стоматологический кабинет только начинает проводить санацию и профилактическую работу среди учащихся. В МБОУ № 7 интенсивность кариозного процесса намного ниже, что соответствует государственной программе «Развитие здравоохранения» 2015–2020 гг., согласно которой в течение 10 лет интенсивность кариеса (КПУ) у детей 12 лет достигнет 2,3.

У школьников МБОУ № 7 уровень гигиены ниже, чем у школьников МБОУ № 58. Это говорит об эффективности гигиенического воспитания учащихся как метода профилактики кариеса и заболеваний пародонта.

Заключение. Таким образом, доказана высокая эффективность работы школьного стоматологического кабинета, в котором ежедневно проводятся лечебно-профилактические мероприятия, что способствует снижению распространенности и интенсивности кариеса зубов и его осложнений, а также вырабатываются у детей навыки регулярного посещения врача и личной заботы о здоровье полости рта. Именно поэтому школьный стоматологический кабинет является оптимальной формой организации стоматологической помощи детям.

Список литературы:

1. Алимский А.В., Маркина Л.А. Уровень пораженности кариесом зубов взрослого населения г. Москвы и проводимой санационной работы // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2006. № 2 (19). С. 57-59.

2. Кузьмина Э.М., Васильева Т.В. Эпидемиологическое обследование населения Нижнего Новгорода // Нижегородский медицинский журнал, приложение «Стоматология». 2003. С. 53-55.

3. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта. – М.– Н. Новгород: Медицинская книга, 2000. С. 162.

4. Сабанов В.И., Романчук Е.В. Пути совершенствования организационной работы детского врача-стоматолога в условиях школьного стоматологического кабинета // Медицинский альманах. – 2014. № 2 (32). С. 18–21.

5. Оценка стоматологического статуса у студентов 2-го и 3-го курсов стоматологического факультета Нижегородской государственной медицинской академии. Казарина Л.Н., Вдовина Л.В., Пурсанова А.Е., Элларян Л.К., Чуваркова И.М. Стоматология детского возраста и профилактика. 2012. Т. 11. № 2. С. 54-57.

6. Современные формы стоматологической профилактики помощи детям. Ким А.В., Рубежов А.Л., Колоскова Т.М., Беженар С.И. Педиатр. 2017. Т. 8. № 4. С. 73-77.

7. Середа В.М., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. и др. Опыт организации медико-социальной работы среди детского населения в Центральном районе Санкт-Петербурга / Под редакцией проф. В.И. Орла, проф. А.В. Кима. – СПб.: СПбГПМУ, 2016.

8. Debry G. Dietary prevention of dental caries // Rev. Prat. 1993. Vol. 43. № 2. P. 160-163.

9. Manji F., Fejerskov O. An epidemiological approach to dental caries // Textbook of clinical cariology. – Copenhagen, 1994. P. 159-177.

РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОНЕКРОЗА ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА

К.м.н., доцент Дунаевская Н.Н.[1], д.м.н., профессор Мазуренко С.О.[2], Стригина В.Г.[3], Цой Н.В.[4]

[1]ФГБО ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, кафедра стоматологии общей практики г. Санкт-Петербург

[2]ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, г. Санкт-Петербург

[3]ООО «СЦ «Стомус» г. Санкт-Петербург

[4]ООО «Медалл» г. Санкт-Петербург

Длительное лечение бисфосфонатами, деносумабом по поводу остеопороза сопровождается побочным явлением – остеонекрозом челюсти (ОНЧ). Онкологи в 2003 г. первые опубликовали сообщения об ОНЧ у пациентов, получавших бисфосфонаты в больших дозах с целью лечения метастатических поражений костей и миеломной болезни [5]. Наиболее важными факторами патогенеза ОНЧ являются способность бисфосфонатов в высокой концентрации накапливаться в зонах повреждения костной ткани, резко снижать ремоделирование костной ткани, нарушать ангиогенез [9], Риск того, что врач стоматолог в своей практике может встретиться с пациентом, получающим лечение остеопороза и ОНЧ, постоянно возрастает. Недостаточная информированность врачей стоматологов способствует увеличению количества больных с ОНЧ. Актуальность проблемы иллюстрирует клинический случай, представленный авторами в 2015 году на Всемирном конгрессе по остеопорозу, остеоартриту и заболеваниям опорно-двигательного аппарата [8]. Женщине 62 лет с целью подготовки к протезированию было рекомендовано удаление подвижных резцов верхней челюсти 1.2, 1.1, 2.1. Абсолютных противопоказаний к удалению зубов не выявлено. Пациентка не курила, не страдала сахарным диабетом. В анамнезе – указание на лечение остеопороза в течение нескольких лет: 2 года принимала препараты алендроновой кислоты в таблетках 70 мг в

неделю, в течение трех лет получала внутривенно ибандроновую кислоту в режиме 3 мг каждые три месяца. Последние 2 года лечение препаратом деносумаб в дозе 60 мг, подкожные инъекции каждые 6 месяцев. Операция прошла в штатном режиме. Но пациентка обратилась повторно через несколько дней в связи с болями в области удаленных зубов. При обследовании выявлены отек и болезненный инфильтрат слизистой по переходной складке в области отсутствующих резцов, заполнение лунок грануляциями с частичным обнажением кости. Выполнена диагностическая компьютерная томограмма (рис. 1-4), дважды проведен кюретаж лунок и курс антибактериальной терапии. В результате лечения лунки заполнились здоровыми грануляциями и покрылись тонким слоем эпителия (рис. 5).

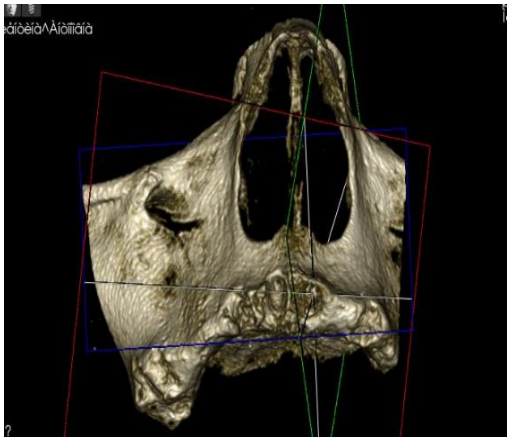


Рис. 1. 3D-реконструкция.

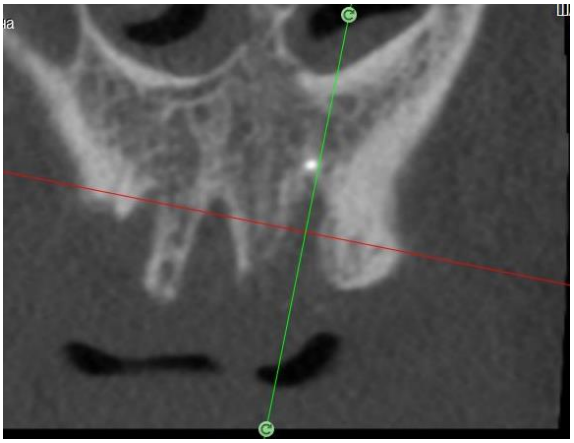


Рис. 2 Фронтальный срез.

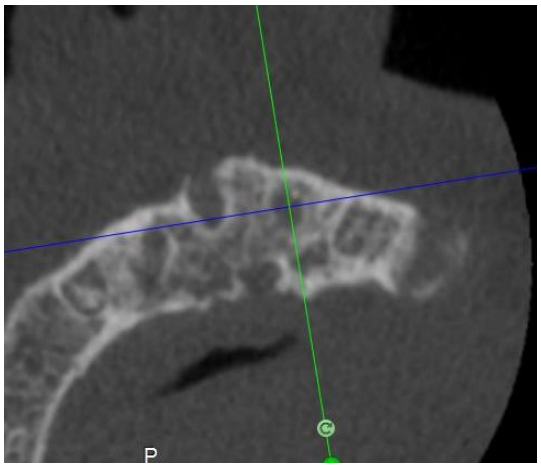


Рис. 3. Аксиальный срез.

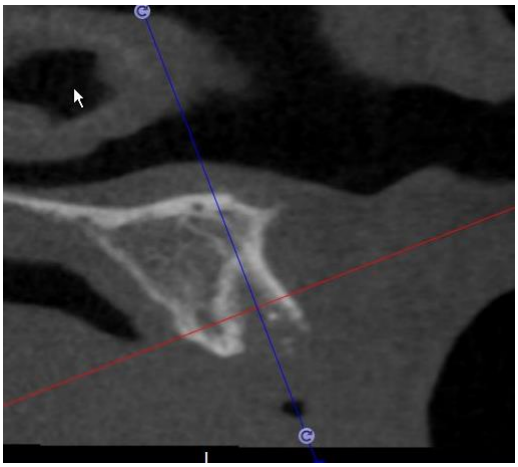


Рис. 4. Саггитальный срез.

Рис. 1, 2, 3, 4. Компьютерная томография фронтального отдела верхней челюсти пациентки с остеонекрозом верхней челюсти.



Рис. 5. Лунки резцов, заполненные грануляциями.

В центре остеопороза и метаболических заболеваний скелета пациентке установили диагноз остеонекроза верхней челюсти на основании выявления резкого снижения маркеров костного ремоделирования. В клинических анализах и биохимии крови существенных отклонений от нормы выявлено не было. Но было отмечено резкое снижение маркеров костного ремоделирования (табл. 1).

Таблица 1.

Результаты лабораторного обследования пациентки с ОНЧ

Показатель	Результат	Лабораторные нормы
Паратиреоидный гормон	2,93 пмоль/л	1,3 – 7,6 пмоль/л
25-ОН Витамин D	58,2 нг/мл	30 – 100 нг/мл
Кальций ионизированный	1,15 ммоль/л	1,12 – 1,32 ммоль/л
Фосфор	1,09 ммоль/л	0,8 – 1,55 ммоль/л
Щелочная фосфатаза	71 Е/л	36 – 105 ммоль/л
Beta-Cross Laps – маркер резорбции	0,1 нг/мл	0,0 – 1,01 нг/мл
P1NP – маркер формирования кости	7,32 нг/мл	16,27 – 73,87 нг/мл

Длительное лечение остеопороза с применением бисфосфонатов, деносумаба, создает условие для развития ОНЧ, поэтому для врачей стоматологов актуальным является знание факторов риска развития ОНЧ и владение мерами профилактики этого осложнения. 1-й фактор – применение бисфосфонатов или других препаратов, подавляющих ремоделирование костной ткани, их дозы и продолжительность назначения. Риск возрастает при непрерывном применении бисфосфонатов более 3х лет. Этот срок укорачивается при одновременном использовании кортикостероидов (11). 2-й фактор – повреждение челюсти в результате операции, травмы и/или наличие очага инфекции (6). 3-й фактор – общее состояние организма, пожилой возраст пациента, курение, злоупотребление алкоголем, длительное использование глюкокортикоидных препаратов или других препаратов, подавляющих иммунитет (6). Для оценки риска развития ОНЧ перед стоматологической операцией можно использовать маркер костного ремоделирования: С-терминальный телопептид (СТХ) коллагена I типа сыворотки крови, продукт деградации коллагена 1 типа, который составляет более 90% органического матрикса кости, используемый для оценки эффективности терапии бисфосфонатами и деносумабом (7), Риск ОНЧ повышается в зависимости от степени снижения содержания СТХ в сыворотке крови. СТХ ниже 100 мг/мл – высокий риск ОНЧ, СТХ от 100 нг/мл до 150 нг/мл – риск умеренный, СТХ выше 150 нг/мл – риск минимальный. Если пациент не принимал в течение месяца бисфосфонаты, СТХ увеличивался в среднем на 26 нг/мл. Показатель СТХ выше 150 нг/мл коррелирует с хорошим спонтанным заживлением костной ткани. Этот факт может быть использован для определения времени выполнения хирургических вмешательств на челюсти с минимальным для пациента риском. В случае необходимости срочного выполнения хирургического вмешательства рекомендуется прекратить прием бисфосфонатов. С каждым годом увеличивается количество пациентов, получающих длительное лечение остеопороза. Поэтому знание врачами стоматологами ОНЧ – лучшая гарантия проведения профилактики подобных осложнений.

Список литературы:

1. Мазуренко С.О. Искусство лечения остеопороза: Бисфосфонаты. // Современная ревматология. 2012. № 1. С. 48-54.
2. AAOMS. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007 Mar. 65(3):369-76.
3. Choi WS, Lee JI, Yoon HJ, Min CK, Lee SH. Medication-related osteonecrosis of the jaw: a preliminary retrospective study of 130 patients with multiple myeloma. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2017 Jan 5. 39 (1):1.
4. Fehm T, Felsenberg D, Krimmel M et al. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw in breast cancer patients: recommendations for prevention and treatment. The Breast 2009; 18: 213–217.
5. Marx RE. Pamidronate and zoledronate induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg 2003; 61: 1115–1117.].
6. Marx RE, Sawatari Y, Fortin M, Broumand V. Bisphosphonate-induced exposed bone (osteonecrosis/osteopetrosis) of the jaws: risk factors, recognition, prevention, and treatment. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2005;63(11):1567–1575.
7. Marx RE, Cillo JE Jr, Ulloa JJ. Oral bisphosphonate-induced osteonecrosis: risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention, and treatment. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007 Dec. 65(12):2397-410.
8. Mazurenko S.O., Dunaevskaya N.N., Tsoi N.V., Strigina V.G. Osteonecrosis of the jaw in a patient with osteoporosis treated with denosumab // Osteoporosis International 2015 Vol. 26 Issue 1 P. 83-84.
9. Rodan G.A., Reszka A.A. Bisphosphonate mechanism of action. // *Curr Mol Med*. – 2002. – Vol. 2 (6). P. 571-577.
10. Ruggiero SL, Fantasia J, Carlson E. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: background and guidelines for diagnosis, staging and management. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. 2006;102(4):433–441] .
11. Ruggiero SL, Dodson TB, Assael LA, Landesberg R, Marx RE, Mehrotra B. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws—2009 update. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2009;67(5):2–12.
12. Sarin J., DeRossi S.S., Akintoye S.O. Updates on bisphosphonates and potential pathobiology of bisphosphonate-induced jaw osteonecrosis. Oral Dis 2008; 14: 277–285.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Чуйкин О.С., Билак А.Г., Гильманов М.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Уфа

По данным анализа валовых выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух на различные территории Республики Башкортостан (РБ) нами проанализирована взаимосвязь между уровнем выбросов загрязняющих веществ в атмосферу и частотой рождения детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба в городах и районах РБ с нефтехимической промышленностью (НПХ) [1-4].

Оценивая частоту рождения детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба на 1000 родившихся в городах (2,43), и районах (3,26) с нефтехимической промышленностью как повышенную, мы провели сравнительную оценку этих данных с городами и районами без нефтехимической промышленности. В экологически благополучных городах (1,14) и районах (0,96) частота рождения детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба была достоверно ниже ($p<0,001$), чем в городах и районах с нефтехимической промышленностью.

Отмечено значение высокой соматической заболеваемости у детей с ВРГН, проживающих в регионах с НХП, и необходимость дополнительных реабилитационных мероприятий в алгоритме реабилитации с учётом влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на организм ребенка.

На основании проведенных исследований нами предложен алгоритм реабилитации детей с ВРГН, проживающих в регионе РБ с НХП.

За основу алгоритма нами были взяты схемы реабилитации детей с ВРГН С.В. Дьяковой, Ад. А. Мамедова и Л.В. Агеевой и соавт., в которые мы ввели дополнительные реабилитационные мероприятия.

Процесс реабилитации происходит в течении всего детского возраста, а у ряда лиц и в более старшем возрасте, тем не менее, его целесообразно разделить в соответствии с периодами, выделенными в педиатрии на 7 периодов:

1. пренатальный период;
2. период новорожденности – от 0 до 1 мес.;
3. период грудного возраста – 1 мес. – 1 год;
4. период ясельного возраста – 1 год – 3 года;
5. дошкольный период – 3 – 6 лет;
6. период младшего школьного возраста – 7 – 11 лет;
7. период старшего школьного возраста – 11 – 18 лет.

С учётом экологических факторов окружающей среды, данных о наличии у беременных женщин в моче и крови экотоксикантов, превышающих предельно-допустимые концентрации, мы ввели в алгоритм реабилитации консультацию токсиколога, который по показаниям может назначить обследование мочи или крови на экотоксиканты и по показаниям назначить детоксикационную терапию.

Беременным женщинам необходима консультация эколога и профпатолога (по показаниям) для планирования лечебно-профилактических мероприятий.

Предложенный алгоритм реабилитации детей с ВРГН учитывает особенности соматического статуса, разработан с учётом влияния на организм неблагоприятных экологических факторов окружающей среды в РБ, клинико-анатомических форм расщелины, и особенностей применения собственных методов лечения и обследования, что позволяет снизить количество ранних и отдаленных послеоперационных осложнений, улучшить функциональные результаты и качество жизни, сократить сроки инвалидности, добиться полной медицинской и социальной реабилитации пациентов.

Список литературы:

1. Чуйкин С.В., Аверьянов С.В., Гунаева С.А., Снеткова Т.В., Акатьева Г.Г., Мухаметова Е.Ш. Распространенность зубочелюстных аномалий и определение факторов риска у детей, проживающих в крупном промышленном городе. // Стоматология детского возраста и профилактика. 2010. Т. 9. № 1. С. 69-72.

2. Клинико-анатомическая характеристика, частота рождаемости и соматическая заболеваемость детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, проживающих в Республике Башкортостан / Чуйкин С.В., Давлетшин Н.А., Андрианова Ю.В. // Институт стоматологии. 2007. Т. 4. № 37. С. 26-27.

3. Факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей (обзор литературы). / Чуйкин С., Акатьева Г., Снеткова Т.В., Мухаметова Е.Ш., Аверьянов С., Гунаева С. // Проблемы стоматологии. 2010. № 4. С. 55-60.

4. Chuykin S.V., Chuykin O.S., Viktorova T.V Application of genetics markers in prognoses of congenital cleft lip and palate // Cleft 2015 Moscow – Russia Aug 31-Sept 04. – Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Mowcow State Medical University, 2015. С. 53.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЦП НА ПРИМЕРЕ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА

Айдемирова М.А., Фирсова И.В., Давыдова Н.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»

Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста

и ортодонтии, г. Саратов

Введение. Детский церебральный паралич – это обобщённый термин группы хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к аномалиям и поражениям головного мозга, возникающих в перинатальный период. Патология, возникающая в коре, подкорковых областях или в стволе головного мозга – основная причина развития церебральных параличей [1].

По данным ВОЗ распространённость ДЦП в мире составляет 1–2 ребёнка на 1000 новорождённых.

Министерство здравоохранения РФ в настоящее время недостаточно публикует статистику заболеваемости ДЦП. Есть данные о том, что в 2009 году в РФ насчитывалось 84717 детей, страдающих ДЦП, в возрасте до 17 лет. За 2010 год детей до 17 лет с диагнозом ДЦП насчитывалось 85084 ребенка до 17 лет. Таким образом, за 1 год количество детей с ДЦП увеличилось на 1%.

По информации городского комитета здравоохранения Саратова, на начало 2011 года на учете с диагнозом детский церебральный паралич состояло 406 детей в возрасте от 0 до 17 лет. На начало 2017 год – 1552 человека. Отмечается увеличение количества больных на 25% за 5 лет [2, 4].

Цель: изучить организацию оказания стоматологической помощи детям с ограниченными возможностями в городе Саратов.

Задачи:

1. Изучить и проанализировать отечественную и зарубежную научную литературу, научные статьи, стоматологические журналы, диссертации по специфике оказания стоматологической помощи детям с ограниченными возможностями.

2. Выяснить, в каких клиниках города Саратова оказывается стоматологическая помощь детям с ДЦП, и в каком объёме.

3. Выявить проблемы оказания стоматологической помощи детям с ДЦП в городе Саратов путем анкетирования родителей.

4. Сформулировать возможные пути решения некоторых проблем в структуре оказания стоматологической помощи детям с ограниченными возможностями.

Материалы и методы. Были проанализированы отечественная и зарубежная научная литература, научные статьи, стоматологические журналы, диссертации по специфике оказания стоматологической помощи детям с ограниченными возможностями, анкетирование и анализ клиник,

оказывающих стоматологическую помощь детям с ограниченными возможностями.

Результаты и обсуждения.

На сегодняшний день частота встречаемости детей с детским церебральным параличом в мире достаточна высока. У детей с ДЦП чаще наблюдают и в большей степени выражены некоторые патологические состояния челюстно-лицевой области. С наибольшей частотой встречается кариес и его осложнения. Преобладание количества кариозных зубов над здоровыми свидетельствует о неудовлетворительном качестве и несвоевременном лечении зубов у детей с ДЦП. Стоматологические медицинские учреждения в большей части не приспособлены для оказания специализированной медицинской помощи детям с ограниченными возможностями. Из-за поражения центральной нервной системы оказание стоматологической помощи таким детям очень затруднено. Поэтому чаще всего при оказании стоматологической помощи детям с ДЦП требуется анестезиологическое пособие в виде общего обезболивания [3, 5-7].

Высокая распространенность и неуклонный рост детей с заболеванием ДЦП создают большие проблемы в медицинском обслуживании этого контингента детей.

Лечение зубов у детей с ДЦП необходимо осуществлять в стоматологических кабинетах специализированных психоневрологических диспансеров и медицинских реабилитационных центров с обязательным условием анестезиологического обеспечения [3].

Стоматологическое лечение детей с ограниченными возможностями при наличии такого заболевания, как ДЦП требует особого подхода. Еще недавно, несколько лет назад возможности проведение лечения и сложных диагностических исследований у людей с ограниченными возможностями были весьма ограничены. Родители детей-инвалидов часто находятся в сложной ситуации при поиске стоматолога [8].

Нами был проведен анализ 12 детских стоматологических клиник и 1 стационара челюстно-лицевым отделением города Саратова. Исследования проводились путем изучения сайтов клиник, разговора по телефону с администраторами клиники.

При разговоре с администратором задавались следующие вопросы:

1) Оказывается ли стоматологическая помощь детям с ДЦП в вашей клинике?

2) Какую анестезию применяют при лечении детей с ДЦП в вашей клинике (местную, общую, ЗАКС)?

3) Осуществляется ли в вашей клинике оказание стоматологической помощи на дому?

4) Какой объём стоматологической помощи вы оказываете на дому (только удаление зубов или удаление или лечение зубов)?

Для достижения поставленных задач было найдено Саратовское сообщество родителей детей с ограниченными возможностями «Радость движения». Было проанкетировано 64 человека. Респонденты ответили на ряд вопросов, касающихся оказанию стоматологической помощи детям с ДЦП.

Проанализировав информацию по клиникам города Саратова, были получены следующие результаты:

Из 13 опрошенных медучреждений города Саратов дети с ограниченными возможностями принимаются в 7 клиниках; в 6 клиниках при лечении используется местная анестезия; в 1 клинике – ЗАКС, в 3 учреждениях – общая анестезия (стационар и государственная клиника – бесплатное лечение; коммерческая клиника – платное лечение); вызвать врача на дом, для оказания стоматологической помощи можно в 4 клиниках (три государственные и одна коммерческая), при этом в государственных клиниках осуществляется оказание помощи на дому только путем удаления зубов, а коммерческая клиника осуществляет не только удаление, но и

лечение зубов в домашних условиях с использованием портативной машинки.

Анализ полученных результатов при анкетировании родителей показал, что наибольшее количество детей составляет возрастная группа 7–17 лет. Это дети со сменным прикусом, поэтому эти дети в наибольшей степени нуждаются в стоматологической помощи.

Самый большой процент опрошенных (37%) посещают стоматолога менее 1 раза в год, по мере возникновения болевых симптомов. Это говорит о том, что родителям с такими детьми достаточно трудно осуществлять проведение стоматологических вмешательств у ребёнка.7% опрошенных осуществляли лечение зубов у детей, из них 65% – в государственных клиниках, 18% – в коммерческих клиниках, 5% – в стационаре; 12% – на дому. Под местной анестезией проводили лечение у 49% опрошенных, под общей анестезией – 32%, у 19% – проводилось лечение без анестезии.

В отношении профилактических мероприятий, то только у 6% опрошенных они проводились, кроме того отмечается очень низкий процент (всего 3%) среди опрошенных, кто отмечает, что стоматологи обучали их особенностям проведения гигиенических мероприятий у таких детей. Однако, родители хотят уделять больше внимания профилактическим мероприятиям, об этом говорит то, что 48% опрошенных хоте ли бы, что бы студенты старших курсов стоматологического факультета проводили профилактический осмотр ребенка и обучили их правильному проведению гигиены полости рта ребенка у них на дому.

Что касается трудностей, которые испытывают родители при лечении зубов у детей, то набольший процент (31%) опрошенных родителей отметили – трудность нахождения стоматологической клиники, которая бы оказала помощь их ребёнку. На втором месте (28%) было отмечено трудность транспортировка ребёнка (Необходимо найти специализированный транспорт, доставить ребёнка до кабинета, не везде есть пандусы (или они не удобные), лифты.

Максимальный процент опрошенных родителей (70%) оценивают качество оказываемых стоматологических услуг детям с ограниченными возможностями как низкое. 33% опрошенных родителей хотели бы, чтобы были специализированные центры реабилитации для детей с ограниченными возможностями, где можно было бы получать и стоматологическую помощь [9].

Медицина достаточно быстро развивается, и сейчас усилиями врачей разных специальностей, используя технологические возможности, можно помочь этим пациентам пройти лечение в домашних условиях.

Определен алгоритм и способ оказания стоматологической помощи таким пациентам на дому (на примере одной из коммерческих клиник города Саратова).

1) Очень важно собрать анамнез, выяснить аллергологический статус, необходимо уточнить препараты, применяемые пациентом – для подготовки к лечению.

2) Составить бригаду, в которую входит врач-стоматолог, ассистент врача и медсестра.

3) Использовать портативную стоматологическую установку.

4) Подготовку и сбор оборудования, инструментов и медикаментов для оказания неотложной помощи осуществляет медицинская сестра.

5) При планировании лечения важно оценить объем работы, если пациент имеет большое количество кариозных полостей, то лечение таких больных должно осуществляться под общим обезболивание из-за наличия стресса пациенту и невозможности сохранять неподвижность на протяжении длительного времени лечения.

6) Применение наркоза позволяет за один раз провести большой объем лечения зубов.

Проанализировав полученные данные, можно сказать, что в Саратове стоматологическая помощь детям с ограниченными возможностями оказывается не на достаточном уровне, хотя есть определенные сдвиги в

этом направлении. Проводится лечение под общей анестезией в амбулаторных условиях на базе государственной стоматологической поликлиники, на бесплатной основе. Начинает входить в практику не только удаление, но и лечение зубов на дому лежачим пациентам, при этом используется бригадный метод, специальное оборудование, инструментарий. И хотя данную услугу можно получить только на коммерческой основе, но порой это является единственным методом сохранения зубов у детей с тяжёлыми формами ДЦП. Наше исследование выявило ряд проблем, которые нужно решать совместными усилиями и не только на правительственном уровне, но и на местах можно сделать определенные шаги.

Выводы:

1) В городе Саратов на базе реабилитационного центра для детей с ограниченными возможностями не проводится стоматологическая помощь.

2) Количество детских стоматологических клиник, оказывающих помощь детям с ДЦП в последние годы увеличилось, объем оказываемых процедур расширился, но, тем не менее родители оценивают качество стоматологической помощи как низкое (отмечая при этом высокую цену на стоматологическую помощь (21%), а также большие очереди на плановую бесплатную санацию полости рта под общей анестезией).

3) Практически отсутствуют профилактические мероприятия у детей с ДЦП. Так как родители мотивированы на проведение профилактических мероприятий, возможно можно задействовать для этих целей студентов старших курсов стоматологического факультета.

4) Учитывая, что согласно статистике, количество детей с ограниченными возможностями, к сожалению, не уменьшается, а только увеличивается, необходимо внедрять обучающие программы для стоматологов об особенностях таких детей, и не только физиологических, но и психологических.

5) Так как сейчас наше население достаточно компьютеризировано, люди объединены в социальных сетях в группы по проблемам, то необходимо

более активно пользоваться этими ресурсами с целью информирования родителей таких детей о клиниках, в которых они могут получить помощь, отвечать на интересующие их вопросы, выкладывать памятки для родителей по проведения гигиены полости рта у ребенка.

6) Оказание стоматологической помощи детям с церебральным параличом является актуальной проблемой, которую нужно решать в комплексном подходе с помощью не только стоматологов, но и неврологов, психиатров и детских психологов.

Список литературы:

1. Байжанов Б.Б. Стоматологическая помощь детям, больным церебральным параличом //метод. рекомендации МЗ Уз ССР. Ташкент, 1980. 18 с.
2. Алексеева Г.Ю., Шоломов И.И. Динамика показателей инвалидности у детей с заболеванием детским церебральным параличом в г. Саратове. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6. № 1. С. 114-117.
3. Байжанов Б.Б. Актуальные вопросы организации стоматологической помощи в детских психоневрологических учреждениях. // Стоматология. 1980. № 3. С. 56-58.
4. Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Давыдова Н.В., Олейникова Н.М. Взаимосвязь и взаимовлияние уровня стоматологического здоровья и средовых факторов. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 239-245.
5. Гриценко Е.А., Суетенков Д.Е., Харитонова Т.Л., Лебедева С.Н. Основные аспекты этиологической профилактики пародонтопатий у детей и подростков. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 234-239.
6. Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Егорова А.В., Магомедов Т.Е., Харитонова Т.П., Давыдова Н.В., Лебедева С.И., Бахметьева Э.А., Гриценко Е.А. Показатели стоматологического здоровья у детей и подростков Саратова и саратовской области. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9. № 3. С. 484-486.
7. Кузьмина Э.М., Косюга С.Ю. Стоматологическая заболеваемость детского населения нижегородской области. // Стоматология детского возраста и профилактика. 2002. № 3-4. С. 67.
8. Косюга С.Ю. Особенности профилактики основных стоматологических заболеваний у детей в зависимости от эколого-гигиенической ситуации

крупного промышленного города. // диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук // ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия». Нижний Новгород. 2009.
9. Алямовский В.В., Шеварков В.Д., Буянкина Р.Г. Мониторинг удовлетворённости пациентов качеством стоматологической помощи в государственной и негосударственной медицинских организациях. // Институт стоматологии. 2014. Т. 63. № 2. С. 16-17.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Д.м.н., профессор Гилева О.С., к.м.н., доцент Сивак Е.Ю., Максудова А.А.

ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ, г. Пермь

Сердечно-сосудистые заболевания широко распространены во всем мире и стоят на первом месте среди причин смертности взрослого населения. Частой причиной сердечно-сосудистой патологии является атеросклероз сосудов. Экспертное заключение ведущих профессиональных медицинский объединений мира (Американская ассоциация кардиологов, Европейская федерация пародонтологов, Российская пародонтологическая ассоциация) указывают она наличие прямой патогенетической связи между заболеваниями пароднота и атеросклерозом сосудов [7, 8, 9, 15]. При наличии воспалительного процесса бактериальные антигены через патологический зубодесневой карман попадают в системный кровоток и вызывают бактериемию, которая в свою очередь, приводит к инфицированию органов и тканей-мишеней. К числу последних относят клапанный аппарат сердца или суставы. Хроническое системное воспаление является одним из патогенетических факторов развития атеросклероза сосудов [5, 9, 16]. Эти клинико-патогенетические параллели получили экспериментальное подтверждение по результатам исследования, полученных при операции эндартерэктомии атеросклеротических бляшек с

наличием ДНК бактерий и особенно жизнеспособных патогенных бактерий полости рта [10, 12, 13, 17]. На экспериментальных моделях продемонстрировано, что инфицирование животных пародонтопатогенными *Porphyromonas gingivalis*, вызывает у них развитие атеросклероза сосудов [14]. К общим для атеросклероза и воспалительных заболеваний пародонта патогенетически значимым неблагоприятным факторам относят курение, злоупотребление алкоголем и отдельными пищевыми продуктами, гиподинамия и др. [1, 2, 3, 4]. Эти и другие клинико-экспериментальные данные убедительно свидетельствует о необходимости включения санации полости рта в комплексные программы пародонтологической, хирургической и ортопедической помощи пациентам с атеросклерозом сосудов и иной сердечно-сосудистой патологией. Необходимым этапом реализации подобных комплексных подходов к стоматологическому лечению пациентов кардиологического профиля должна стать расширенная стоматологическая диагностика с углубленной оценкой стоматологического статуса. Исследования подобного направления в отношении пациентов с атеросклерозом сосудов головного мозга крайне малочисленны.

Цель исследования – дать комплексную оценку стоматологического статуса пациентов с атеросклерозом сонных артерий.

Материал и методы. Нами был обследован 21 пациент (14 муж., 7 жен.), в возрасте 49–77 лет, проходящих хирургическое лечение (операция каротидной эндартерэктомии) в отделении сердечно-сосудистой хирургии Пермской краевой клинической больницы (главный врач – к.м.н., доцент А.В. Касатов). по поводу атеросклероза внутренней сонной артерии (I 65.2). Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФБГОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ.

У всех пациентов определяли системный показатель здоровья по классификации ASA **(**American Society of Anaesthesiologist), модифицированную M. Fehrenbach и J. Weiner (2009) для пациентов стоматологического профиля, позволяющую в зависимости от степени его

сохранности и наличия/ отсутствия риска стоматологического лечения отнести пациента к одной из 6-ти групп: ASA I – сохранное системное здоровье, отсутствие риска стоматологического лечения; ASA II – легкое (среднетяжелое) течение системной патологии, компенсируемое медикаментозно, минимальные риски стоматологического лечения, консультации соответствующих специалистов перед стоматологическим лечением; ASA III – среднетяжелое течение одной или нескольких форм системной патологии, сохранная трудоспособность, ограничение активности, определенные риски стоматологического лечения, требующие консультаций соответствующих специалистов и подготовки к стоматологическому лечению пациента; ASA IV – пациенты с тяжелой системной патологией, ограничивающей его активность, составляющей угрозу для жизни пациента, высокие риски стоматологического лечения; ASA V – пациенты в состоянии атонии, без надежды выжить в ближайшие 24 часа без/ после оперативного вмешательства; ASA VI – пациенты в состоянии клинической смерти, потенциальные доноры органов. Стоматологический статус оценивали по показателям, рекомендованным комитетом экспертов ВОЗ (2013). Дополнительно определяли состояние ВНЧС по упрощенной Гамбурской методике (Ahlers MO, Jakstat HA, 2000). Уровень гигиены полости рта оценивали по по индексу OHI-S (J.C.Green, J.R.Vermillion 1964), интенсивность кариеса – по индексу КПУ, жевательную эффективность оценивали по Оксману (1965), детально характеризовали состояние ортопедических конструкций в полости рта. Состояние тканей пародонта оценивали по индексам: CPITN (WHO, 1978; J.Ainamo et al., 1982), PMA (в модификации Parma, 1960), определяли пародонтальный индекс риска системного инфицирования PIRI (S.O.Geerts et al., 2002; E.H.Rompen et al., 2001), позволяющий оценить риски гематогенного распространения пародонтопатогенов и эндотоксинов по всему организму с последующей реализацией пародонтально-системных взаимодействий, с помощью этого индекса можно оценить индивидуальный риск развития, обострения и

прогрессирования сочетанной системной патологии. Обследование слизистой оболочки полости рта проводили в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2008) по усовершенствованной схеме [6]. Статистическая обработка материала выполнена с использованием программы «Statistica 7», с расчетом параметрических и непараметрических показателей.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 64,0±1,3 г. (49–77 л.), в группе преобладали мужчины – 14 чел. (66,7%).

По классификации ASA все обследованные относились к III А группе, что отражало уровень компенсации системного здоровья и рисков стоматологического лечения. У 100% обследованных были выявлены те или иные симптомы дисфункции ВНЧС: у 52,4% пациентов определяли асимметричное открывание рта и у 23,8% выслушивались внутрисуставные шумы, у 14,3% – асинхронный окклюзионный звук, а 9,5% отмечали болезненность при пальпации жевательных мышц.

Уровень гигиены полости рта у пациентов с атеросклерозом сонных артерии был плохой, индекс OHI-S составил 1,67±0,68 б.

Интенсивность кариеса (К 02.1) у пациентов в группе наблюдения оказалась очень высокой – индекс КПУ был равен 20,10±6,65 зубов. В структуре индекса КПУ преобладала составляющая «У» – 15,2±2,31, кроме того у 4-х пациентов (20,0%) наблюдалось полное отсутствие зубов (К 00.01). Средние показатели потери жевательной эффективности составили 62,4±12,6%. Лишь у 52,4% обследованных дефекты зубного ряда были восстановлены ортопедическими конструкциями (съемными и несъемными). Анализ качества последних свидетельствовал, что съемные конструкции (акриловые пластинчатые протезы) не соответствовали этим критериям и требовали замены в связи с превышенным сроком «эксплуатации» и низкими эстетико-функциональными характеристиками. Несъемные протезы были изготовлены по устаревшим технологиям (штампованно-паянные коронки с напылением из нитрида титана) и оценены как некачественные.

У всех пациентов, с сохранными зубными рядами, выявляли хронический генерализованный пародонтит (К 05.31). В структуре индекса CPITN количество секстантов с патологическим зубодесневым карманом было равно 3,35±1,8, исключенных секстантов – 3,4±1,68. Индекс PMA составил, в среднем 26,64±5,49%, что объективизировало наличие воспалительного процесса в пародонте. Индекс риска пародонтального инфицирования PIRI – 1,33±0,44 б., что свидетельствует о средней степени риска системного инфицирования пародонтопатогенной флорой.

У обследованных пациентов выявлены различные заболевания слизистой оболочки полости рта: лейкоплакия (9,5%), десквамативный глоссит (14,3%), кандидоз (4,75%), эксфолиативный хейлит (4,75%), хроническая трещина губы (4,75%), ангулярный хейлит (4,75%), а также стоматологические признаки сердечно-сосудистой патологии (цианоз слизистой оболочки – 33,4%, отечность слизистой и языка 14,3%) и желудочно-кишечной патологии в полости рта (обложенность языка – 9,5%). Излюбленная локализация элементов поражения – слизистая оболочка щек, язык и красная кайма губ,

Выводы. Таким образом, стоматологическое обследование пациентов с атеросклерозом сонных артерий выявило наличие очевидных отклонений в состоянии здоровья, проявляющихся высокой интенсивностью кариеса зубов и распространенностью заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта на фоне неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта. Стоматологический статус этих пациентов характеризовался также высокой частотой выявления дефектов зубных рядов, некачественных съемных и несъемных зубных конструкций, сопровождался большой потерей жевательной эффективности и дисфункцией ВНЧС. Очевидно, что эти пациенты каридохирургического профиля остро нуждаются в предшествующей операции санации полости рта и последующем комплексном стоматологическом лечении (терапевтическом, хирургическом, ортопедическом), причем с учетом индивидуальных особенностей

стоматологического статуса, для них требуется разработка персонифицированных программ стоматологической реабилитации.

Список литературы:

1. Гилева О.С., Петрович Ю.А. Влияние табака на ткани полости рта и биохимические показатели. // Стоматология. – 1987. № 4. С. 79.

2. Гилева О.С., Петрович Ю.А. Азотистые соединения пищи, алкогольных напитков и табака в биосинтезе канцерогенных нитрозаминов // Вопросы питания. – 1988. № 5. С. 9.

3.Ивановский М. О., Юшманова Т. Н. Изменение характеристик микрососудистого кровотока в тканях пародонта под влиянием курения. // Экология человека. – 2008. № 3. С. 22-27.

4. Леонова Л.Е., Некрутенко Л.А. Клинико-метаболические нарушения у больных пародонтитом в сочетании с гипертонической болезнью. // Пермский медицинский журнал. – 1997. С. 12-15.

5. Соснин Д.Ю., Гилева О.С., Мозговая Л.А., Сивак Е.Ю., Белева Н.С., Кривцов А.В., Поздин Н.В. NT-proBNP в слюне и сыворотке крови в норме и при пародонтите // Клиническая лабораторная диагностика. – 2018. № 3. С. 164-168.

6. Стоматологическая документация на специализированном приеме больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта / О.С. Гилёва, А.Ю. Новиков, О.В. Поздеева, Н.С. Белева, Т.В. Либик, И.А. Малинина // Методические рекомендации для врачей-стоматологов. – Пермь, 2008. 18 с.

7. Петер ван дер Бийль Взаимосвязь заболеваний пародонта и сердечно-сосудистой системы// Институт стоматологии. – 2014. № 6. С. 4-8.

8. Dietrich T., Sharma P., Walter C., Weston P, Beck J. The epidemiological evidence behind the association between periodontal disease and incident cardiovascular disease // J Clin Periodontol. 2013; 40 (In press).

9. D'Aiuto F., Orlandi M., Gunsolley J.C. Evidence that periodontal treatment improves biomarkers and CVD outcomes // J Clin Periodontol. 2013; 40 (In press).

10. Fiehn N.E., Larsen T., Christiansen N., Holmstrup P., Schroeder T.V. Identification of periodontal pathogens in atherosclerotic vessels // J Periodontal. 2005; 76 (5): 731–736.

11. Hansson G. K. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease // N Engl J Med. 2005; 352 (16): 1685–1695.

12. Haraszthy V.I., Zambon J.J., Trevisan M., Zeid M., Genco R.J. Identification of periodontal pathogens in atheromatous plaques // J Periodontol. 2000; 71 (10): 1554–1560.

13. Kozarov E.V., Dorn B.R., Shelburne C.E., Dunn W.A. Jr., Progulske-Fox A. Human atherosclerotic plaque contains viable invasive Actinobacillus actinomycetemcomitans and Porphyromonas gingivalis // Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2005; 25 (3): e17–18.

14. Lalla E., Lamster I.B., Hofmann M.A., Bucciarelli L., Jerud A.P., Tucker S. et al. Oral infection with a periodontal pathogen accelerates early atherosclerosis in apolipoprotein E-null mice // Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2003; 23 (8): 1405–1411.

15. Lockhart P.B., Bolger A.F., Papapanou P.N., Osinbowale O., Trevisan M., Levison M.E. et al. Periodontal Disease and Atherosclerotic Vascular Disease: Does the Evidence Support an Independent Association? A Scientific Statement from the American Heart Association // Circulation. 2012; 125 (20): 2520–2544.

16. Ross R. Atherosclerosis — an inflammatory disease // N Engl J Med 1999; 340 (2): 115–126.

17. Stelzel M., Conrads G., Pankuweit S., Maisch B., Vogt S., Moosdorf R. et al. Detection of Porphyromonas gingivalis DNA in aortic tissue by PCR // J Periodontal. 2002; 73 (8): 868–870.

ТАБАКОКУРЕНИЕ И СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА (ПО ДАННЫМ ОПРОСА-АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА)

Д.м.н., профессор Цепов Л.М., д.м.н., профессор Николаев А.И., к.м.н., доцент Петрова Е.В., к.м.н., доцент Нестерова М.М., Цепова Е.Л.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Смоленск

Актуальность. Известно, что факторы риска (ФР) возникновения и развития многих неинфекционных заболеваний являются общими. К важнейшим из них относятся так называемые поведенческие ФР: курение, нездоровое питание, недостаточная физическая активность, избыточное потребление алкоголя. Многочисленные исследования отечественных [4, 6, 17, 18, 19, 22] и зарубежных [28, 29, 30] авторов указывают на значительную

отрицательную роль *курения* в возникновении и прогрессировании заболеваний слизистой оболочки рта, пародонта, кариеса.

Курение табака – одна из наиболее распространенных негативных привычек человека, наносящая вред его соматическому и стоматологическому здоровью, значительно повышающая риск общей смертности лиц обоего пола [5, 21]. Табакокурение является фактором увеличения патогенности Tannerella forsythensis и Aggregatibacter actinomycetemcomitans, определяющихся у курильщиков в 80,0% наблюдений и обладающих существенным потенцированием риска развития патологиии пародонта [27]. Курение значительно снижает уровень кровотока в десне, в результате чего изменяется трофика тканей пародонта, усугубляющая действие других патогенных факторов при воспалительных заболеваниях пародонта [1]. Никотин вызывает сужение периферических сосудов, замедляет кровоток и снижает концентрацию кислорода, что в свою очередь способствует росту анаэробных микроорганизмов (P. gingivalis, T. denticola, C. rectus) [31, 35]. Отмечается, что при отказе от курения здоровье органов и тканей полости рта заметно улучшается [23]. Указывается [12], что компоненты табачного дыма после всасывания могут вступать во взаимодействие (фармакологическое) с лекарственными средствами, которые принимает курильщик для предупреждения или лечения того или иного заболевания, что не может не учитываться врачами любой специальности.

В проведенных в разное время медико-социальных исследованиях здоровья человека акцент традиционно делался на изучении заболеваемости населения; т. е. здоровье населения преломлялось через призму болезней, а принцип профилактической направленности российского здравоохранения оставался декларацией [14]. Проблема сохранения и укрепления здоровья студенческой молодежи по-прежнему остается актуальной, так как оно является делом государственной важности [6, 7].

Целью выполненного исследования явилось изучение информированности студентов 3–5 курса стоматологического факультета о

распространенности курения в их коллективах и влиянии табакокурения на общее здоровье человека и состояние пародонта.

Материал и методика. Нами проведен опрос-анкетирование 210 студентов 3–5 курсов стоматологического факультета Смоленского государственного медицинского университета. Источником информации послужила разработанная авторами анкета-опросник, содержащая вопросы, ответы на которые позволили получить св*е*дения об образе жизни, отношении студентов вуза к табакокурению и другие данные, способствующие разработке основ управления здоровьем студентов. Она включала вопросы о гендерной принадлежности, возрасте, общем состоянии здоровья, наличии привычки к табакокурению, негативном влиянии его на человека, мотивации к отказу от курения. Исследователи лично вручали анкету опрашиваемым студентам. Она заполнялась респондентами самостоятельно (табл. 1).

Статистическая обработка цифрового материала для определения различий относительных величин, выраженных в процентах (%), осуществлялась по рекомендациям (Мануйлов В.Г. и соавт., 1996). Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования и обсуждение Отношение студентов медицинского ВУЗа к табакокурению, негативному действию его на здоровье и возможному отказу от курения представлено в таблице 1. Курящими оказались треть опрошенных студентов-медиков. Наши данные находятся в соответствии с результатами, полученными И.П. Кругляковой и Е.А. Коростылевой [2008] и показавшими, что курильщиками были 23,6% студентов, 39,8% из них – женщины. Анализируя полученные нами данные, можно констатировать, что здоровый образ жизни ведет менее половины респондентов мужского пола, чуть более половины – женского пола; стремится к этому – менее трети студентов. Из курящих стремится к нему регулярно подавляющее число мужчин, около двух третей – женщин.

Показано, что приобщились к этой вредной привычке самостоятельно две трети юношей и каждая четвертая девушка медицинского вуза; негативному влиянию в приобщении к табакокурению оказались три четверти лиц женского пола, треть – мужского пола. Пытались отказаться от курения самостоятельно подавляющее число юношей, около трети девушек. К сожалению, лишь нескольким респондентам из двух сотен опрошенных рекомендовали отказ от курения врачи.

Такое устоявшееся мнение опрошенных о негативном действии табакокурения на общее состояние здоровья, видимо, сложилось под влиянием общественного воздействия. У респондентов возникала тревога лишь по возможному возникновению под влиянием табакокурения онкологических заболеваний (в том числе легких), болезней дыхательной и сердечно-сосудистой систем. «Внимание» же опрошенных к состоянию пародонта оказалось таким же незначительным (по 13,3%), как и к неприятному запаху изо рта (халитозу), хотя в исследованиях последних лет [15] отмечается связь микробиоты пародонтальных карманов (создание в пародонтальных карманах благоприятных условий для роста бактерий T. forsythia, P. gingivalis, P. intermedia) с агрессивным развитием ХГП у курящих пациентов. К сожалению, даже у будущих специалистов стоматологического профиля здоровое состояние органов и тканей полости рта беспокоило меньше, чем возникновение на зубах налета «курильщика». Остаются вне поля зрения опрошенных нами студентов и отмеченное другими исследователями [4] негативное воздействия никотина на сердечно-сосудистую систему и слюнные железы человека. На вероятность возникновения «рукотворных» болезней человека, вызванных в том числе и такими вредными привычками как табакокурение, ранее обращалось внимание стоматологов в работах Л.М. Цепова и Е.Л. Цеповой [2010], Л.М. Цепова и соавт. [2015].

Таблица 1.

Отношение студентов медицинского вуза к табакокурению, негативному действию его на здоровье и возможному отказу от курения

№ п.п.	Показатели	Структурная доля выборки: M±m, %, (n)		
		М	Ж	(n)
	Пол	100	110	210
1. Ведете ли вы здоровый образ жизни?				
1.1	Да	43±2,4%** (43)	61,8±4,6%** (68)	111
1.2	Нет	20±4%** (20)	7,3±2,4%** (8)	28
1.3	Стремлюсь	37±2,4%** (37)	30,9±4,4%** (34)	21
2. Если Вы курите:				
2.1	Пол	32±4,6%* (32)	30±4,3%* (33)	65
2.2	Сколько лет	5,4	3,4	Сред. 4,4
2.3	Сколько сигарет в день	10,6	4,4	Сред. 7,5
2.4	Регулярно	87,5±5,8%** (28)	69,7±7,9%** (23)	51
2.5	Периодически	12,5±5,8%*** (4)	30,3±7,9%*** (10)	14
3. Кто приобщил Вас к курению?				
3.1	Сам (а)	62,5±8,5%* (20)	24,2±7,8%* (8)	28
3.2	Друзья	34,3±8,3%***(11)	75,8±7,4%** (25)	36
3.3	Родственники	3,2±3%*** (1)	-	1
4. Пытались ли Вы отказаться от курения?				
4.1	Да	84,3±6,4%** (27)	60,6±8,4%*** (20)	47
4.2	Нет	15,7±6,4%*** (5)	39,4±8,4%** (13)	18
5. Кто рекомендовал отказаться от курения?				
5.1	Решил (а) сам (а)	31,3±8,1%** (10)	36,3±8,3%** (12)	22
5.2	Родственники	21,8±7,2%** (7)	15,1±6,2%** (5)	12
5.3	Друзья	34,4±8,3%***(11)	33,±8,2%*** (11)	22
5.4	Врачи	6,3±4,3%*** (2)	9±4,8%*** (3)	5

5.5	Никто	6,3±4,3%*** (2)	6,3±4,2%*** (2)	4
6. Мнение опрошенных о негативном действии табакокурения ***на:***				
	а) Системы и органы человека:		n	M±m, %
1	Дыхательную систему		80	33,8±3,2%*
2	Сердечно-сосудистую систему		60	28,6±3,1%**
3	Пищеварительную систему		30	14,3±2,4%**
4	Репродуктивную систему		14	6,6±1,7%**
5	Нервную систему		13	6,2±1,6%**
6	Возникновение онкологических заболеваний (в том числе легких)		92	43,8±3,7%*
	б) Органы и ткани полости рта:			
1	Слизистую оболочку рта (предрак, рак)		30	14,3±2,4%**
2	Пародонт		28	13,3±2,3%**
3	Зубы		11	5,2±1,5%***
4	Возникновение налета «курильщика»		88	42±3,7%*
5	Заболевания слюнных желез		9	4,3±1,9%***
6	Галитоз		28	13,3±2,3%***
7	Дисколорит зубов		7	3,3±1,2%***
	Знание о негативных последствиях табакокурения, но продолжение его (расчет из 65 курящих)		15	23±5,2%**
	Незнание о негативных последствиях		4	1,9±0,9%***

Примечание: P*<0,05; P**<0,01; P***<0,001.

Видимо, такая недостаточная осведомленность студентов-медиков, а также издержки модульной программы компетентностного обучения студентов на клинических кафедрах, перекосы в расстановке очередности освоения обучающимися ряда разделов терапевтической стоматологии

(кариесологии, пародонтологии, онкостоматологии, геронтостоматологии), отсутствие реальных промежуточных этапов контроля (зачетов, экзаменов) усвояемости знаний и умений, недостаточное внимание к практическим клиническим навыкам обучающихся на каждом курсе преддипломного обучения не способствуют интеграции специалистов различного клинического профиля.

Анализ результатов опроса-анкетирования студентов старших курсов стоматологического факультета показывает, что требуется расширение как сферы профилактической направленности здравоохранения в целом, так и формирование стратегии индивидуальной (персонифицированной) профилактики стоматологических заболеваний.

Мы считаем, что эффективная работа стоматологов в настоящее время может отвечать современным требованиям лишь при соблюдении ими организационных, юридических, эргономических и санитарно-эпидемиологических аспектов оказания терапевтической стоматологической помощи [16], разумеется, с проведением профессиональной гигиены полости рта и соблюдением индивидуальной гигиены полости рта у взрослых, в том числе и у пациентов с имплантатами, несъемными ортопедическими и ортодонтическими конструкциями.

В этом плане работа с управляемыми факторами риска – ключевая составляющая *первичной* и *вторичной* профилактики стоматологической неинфекционной патологии. К таким стоматологическим заболеваниям как патология пародонта и слизистой оболочки рта это имеет прямое отношение. Курение как фактор риска играет важную роль на всех уровнях жизнедеятельности человека – от биологического до социокультурного [2]. На *биологическом уровне* реализуется основной негативный эффект, тогда как на более высоких – собственно зависимость (*психофизиологическая* ввиду биологически активных компонентов табачного дыма; *психологическая* ввиду моторных стереотипов, автоматизмов, привычки; *социально-психологическая*

ввиду принадлежности к группе, устоявшихся ритуалов; *социокультурная* ввиду эстетических, арткомпонентов практики курения) [24].

Таким образом, результаты проведенного нами опроса-анкетирования не только расширяют знания о здоровье студентов, но и позволяют корректировать практическую реализацию мероприятий социальной поддержки этой группы населения. В связи с этим представляется *целесообразным*:

- разработка и внедрение программы по отказу от курения среди студентов как на ранних стадиях при малом стаже курения, так и при большой продолжительности курения для профилактики развития или прогрессирования заболеваний пародонта, слизистой оболочки рта и других неинфекционных заболеваний и осложнений;
- введение в каждом учебном заведении строгих дисциплинарных мероприятий по предотвращению курения среди студентов (учащихся) и/или направленных на свед***е***ние к минимуму распространенности курения как элемента образа жизни этой социально важной группы молодых лиц;
- использование возможности имеющихся на фармацевтическом рынке препаратов, способных облегчить отказ от курения как у обучающихся, уже имеющих хронические воспалительные заболевания пародонта, так и желающих отказаться от курения.

Население хорошо информировано о том, что привычка к курению обычно приобретается в подростковом возрасте. 150 млн современных подростков во всем мире употребляют табак, и эта цифра постепенно растет [34]. Даже пассивное курение остается фактором риска неинфекционных заболеваний у лиц молодого возраста [9, 21]. При этом необходимо учитывать, что механизм формирования никотиновой зависимости сложен и многогранен [8], и что не все пациенты готовы расстаться с табакокурением [10]. Интересны сообщения некоторых авторов [3, 9], что среди врачей США только 1% курящих, а в России – около 46%; среди студентов медвузов в США – менее 105, России – около 505.

Заключение. Известно, что табакокурение достигло масштабов глобальной эпидемии и, по данным ВОЗ, сегодня в мире насчитывается более 1,1 млрд курильщиков, составляющих треть населения мира в возрасте 15 лет [33]. Предполагается, что МЗ РФ перепишет антитабачную концепцию на 2018-2022 годы, предлагающую расширение мер противодействия курению в России, которая, как заявила министр здравоохранения еще в 2016 году, приняла на себя ответственность по выдвижению проблематики общественного здоровья в контексте профилактики неинфекционных заболеваний в число ключевых международных вопросов, рассматриваемых не только в ВОЗ, но и в ООН. Многие исследователи считают, что степень мотивации на отказ от курения играет не только основополагающую, но и определяющую роль, в той или иной степени влияя на другие (возраст, прошлый опыт отказа, выполнение рекомендаций и назначений по отказу от табакокурения и табачной зависимости) значимые факторы [3, 11]. Сегодня в борьбе с неинфекционными заболеваниями выделяется два принципиальных момента: 1) формирование здорового образа жизни населения; 2) адекватный ответ системы здравоохранения по своевременному выявлению факторов риска (ФР) и развивающихся неинфекционных заболеваний, взятие под контроль течения этих болезней с помощью эффективных лекарств и технологий. Государственная социальная политика в сфере сохранения и укрепления здоровья нации должна базироваться на здоровьецентрической доктрине, в соответствии с которой основные ресурсы, направленные на охрану здоровья, постепенно должны перемещаться из сектора диагностики и лечения заболеваний, возмещения ущерба здоровью при его потере в сектор создания условий для обеспечения здорового образа жизни, предотвращения развития заболеваний (т. е. первичной профилактики) и их неблагоприятных исходов.

Требуется расширение как сферы профилактического здравоохранения в целом, так и формирование стратегии индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний. Мотивирование к формированию такой

стратегии, как нам отчетливо представляется, должно осуществляться со «студенческой скамьи», а активное внедрение – с первых дней самостоятельной врачебной деятельности каждого медицинского работника.

Список литературы:

1. Грудянов А.И. Влияние курения на микроциркуляцию в тканях пародонта при пародонтите различной степени тяжести по данным лазерной допплеровский флуометрии / А.И. Грудянов, И.В. Кемулария // Стоматология. – 2010. № 6. С. 10-14
2. Зайдуллин И.И., Бакиров А.Б., Валеева Э.Т. Факторы риска развития болезней пародонта среди населения //Здоровье населения и среда обитания. – 2017. № 3. С. 7-10.
3. Захарова Л.А., Ибатов А.Д., Нагибина Ю.В. К формированию программы борьбы с табакокурением среди медицинских работников // Проблемы соц. гигиены, здравооохр. и истории медицины. – 2017; 25(5): 286-289.
4. Ибрагимова Э.Э., Якубова Э.Ф., Якубова З.А. Оценка влияния курения на висцеральные органы и регуляторные функции организма // Здоровье населения и среда обитания. – 2018. № 3. С. 51-54.
5. Иванова А.Ю., Долгалев И.В. Формирование риска смертности в зависимости от поведенческих факторов (курение, потребление алкоголя) по результатам 27-летнего проспективного исследования // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. № 16 (5). С. 40-45.
6. Кардангушева А.М., Шугушева З.А., Бекулова И.Х., Сантикова Л.В. распространенность отдельных факторов риска неинфекционных заболеваний среди лиц молодого возраста // Профилактическая медицина. – 2017. № 6. С. 52-55.
7. Круглякова И.П., Коростылева Е.А. Медико-социальные аспекты стоматологической заболеваемости студенческой молодежи города Челябинска // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. № 5 (42). С. 73-77.
8. Кукес В. Механизм формирования никотиновой зависимости // Врач. – 2011. № 3. С. 14-18.
9. Кутушев О.Т., Лыков В.И. Распространенность табакокурения среди врачей-наркологов Москвы // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. № 5. С. 73-76.
10. Ладыгин Е.В., Мартынова Н.В., Митюхова Л.В. и др. Готовы ли пациенты расстаться с табакокурением? // Профилактическая медицина. – 2017. № 4. С. 63-67.

11. Левшин В., Слепченко Н. Формирование мотивации на отказ от курения // Врач. – 2018. № 2. С. 22-26.
12. Лемина Е.Ю., Чурюканов В.В. Лекарственные средства и курение табака: проблемы взаимодействия // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2018. Т. 81. № 1. С. 40-43.
13. Мануйлов В.Г., Лучкевич В.С., Румянцев А.П., Семенова В.В. Основы научно-литературной работы в медицине. – СПб: СПбГМА, 1996. 128 с.
14. Медик В.А. Некоторые методические подходы в изучении здоровья населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. № 6. С. 8-11.
15. Михайлова Е.С., Королева И.В., Колесникова П.А. и др. Особенности микробиоты пародонтальных карманов у курящих пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом // Клинич. лабораторная диагностика. – 2017. № 62 (2). С. 107-111.
16. Николаев А.И. Профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта у взрослых / А.И. Николаев, Л.М. Цепов, И.М. Макеева, А.П. Ведяева. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. 192 с.
17. Николенко В.Н., Кочурова Е.В., Муханов А.А. Этиологические факторы возникновения плоскоклеточного рака слизистой оболочки органов полости рта // Вопросы онкологии. – 2017. Т. 63. № 5. С. 702-706.
18. Орехова Л.Ю., Кучумова Е.Д., Лелеткина Н.А. и др. Некоторые аспекты патогенеза заболеваний пародонта курящих людей // Пародонтология. – 2011. № 4. С. 17-22.
19. Орехова Л.Ю., Косова Е.В., Косов С.А., Петров А.А. Изменение микроциркуляции тканей пародонта у лиц молодого возраста под влиянием табакокурения // Пародонтология. – 2018. Т. XXIII. № 1. С. 15-18.
20. Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие: в 3 т. / под ред. А.И. Николаева, Л.М. Цепова. – 10-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. Т. 1. 624 с.
21. Румянцев А.Ш., Лындина М.Л., Шишкин А.Н. Курение и почки // Нефрология. – 2018. Т. 22. № 1. С. 9-28.
22. Соколова С.Б. Табакокурение среди современных подростков: новые тренды и пути снижения // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2017. № 3. С. 40-46.
23. Солдатова Ю.О., Булгакова А.И., Ганцева Х.Х., Хисматуллина Ф.Р. Исследование влияния табакокурения на показатели стоматологического здоровья и взаимосвязи количества выделяемого угарного газа со стажем курения // Пародонтология. – 2016. № 1 (78). С. 26-29.

24. Таратухин Е.О. Иерархия факторов риска // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 9 (149). – С. 28-33. [Taratuhin E.O. Ierarhiya faktorov riska // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. – 2017. № 9 (149). S. 28-33.
25. Цепов Л.М., Цепова Е.Л. «Рукотворные» болезни органов и тканей полости рта: их причины и последствия для человека // Дентал Юг. – 2010. № 4 (76). С. 58-59.
26. Цепов Л.М., Цепова Е.Л., Цепов А.Л. 555 заболеваний слизистой оболочки рта, языка и губ. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. 224 с.
27. Чжан Лэй. Клинические и микробиологические аспекты стоматологического здоровья курильщика табака: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.01.14 / Чжан Лэй; Московский гос. медико-стоматологический ун-т им. А.И. Евдокимова. – М., 2012. 24 с.
28. Axelsson P. Relationship between smoking and dental status in 35-, 65-, and 75-year-old individuals / P. Axelsson, J. Paulander, J. Lindbe // J. Clin. Periodontol. – 1998. Vol. 25. № 4. P. 297-305.
29. Faddy M.J. Ante-dependence modeling in a longitudinal study of periodontal disease: The effect of age, gender, and smoking status / | M.J. Faddy, M.P. Cullinan, J.E. Palmer et al. // J. Periodontol. -2000. – Vol. 71. № 3. P. 454-459.
30. Haber J. Cigarette smoking in periodontal practice / J. Haber, Kent R.L. // J. Periodontol. – 1992. Vol. 63. P. 100-106.
31. Heasman L. et al. The effect of smoking on periodontal treatment response: a review of clinical evidence / L. Heasman, F. Stacey, P.M. Preshaw // Periodontology. 2006. № 33. P. 241-253.
32. Machuca G., Rosales I., Lacalle J.R. Effect of cigarette smoking on oral clastasc activity in adult periodontitis patients // Periodontology. – 2000. Vol. 71. № 1. P. 58-62.
33. Ng M., Freeman M., Fleming T. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012 // JAMA. – 2014; 311;183-192. DDI.10.1001/jama.2013/284692. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2015 (country profile Russian Federation); 13.
34. Preventing tobacco use among youth and young adults. Executive summary: U.S. Department of health and human services; 2012: 11 p.
35. Villar C.C., de Lima A.F. Smoking influences on the thickness of marginal gingival epithelium // Periodontol. Bras. – 2003. Vol. 17. № 1. P. 41-45.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

К.м.н., доцент Сувырина М.Б., д.м.н., профессор Юркевич А.В., Нецветаева В.Д., Яковенко А.Е.

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Факторами, определяющими распространенность и интенсивность кариеса зубов и хронических поражений пародонта, отмечаются климато-географические и экстремальные условия, содержание фтора в воде и продуктах питания, заболевания желудочно-кишечного тракта [2, 8, 9, 10, 16].

Не вызывает сомнения высказывания ряда авторов о тесной взаимосвязи частоты заболеваний пародонта и эндокринной системы, при этом отмечается корреляционная зависимость между частотой и тяжестью проявлений заболеваний пародонта с видом и тяжестью поражений эндокринной системы [3, 6, 7, 17].

Отмечена прямая зависимость клинического течения заболеваний пародонта от заболеваний эндокринной системы. Проведенные исследования дают представление о состоянии полости рта и распространенности стоматологических заболеваний при сахарном диабете (СД). В структуре эндокринных болезней заболеваемость сахарным диабетом составляет более 50% и имеет тенденцию к постоянному увеличению. Наряду с ростом заболеваемости сахарным диабетом увеличивается и частота его осложнений, к их числу относятся и поражения пародонта [4, 5, 11].

В Хабаровском крае зарегистрировано в среднем 1,45% населения, страдающих сахарным диабетом, из них инсулиннезависимую форму (II тип) сахарного диабета имеют 91,63% человек [12, 13].

У лиц, страдающих СД, под воздействием высокой концентрации глюкозы в крови происходит разрушение мелких кровеносных сосудов,

результатом чего является трофический дефицит тканей, окружающих зуб, а гипергликемия ротовой жидкости способствует росту патогенных микроорганизмов, что приводит к развитию кариеса [14, 15].

Помимо этого, у данной категории больных снижается выделительная способность слюнных желез и увеличивается вязкость слюны, результатом чего является ухудшение самоочищения полости рта (ПР). В связи с чем актуальным является постоянный мониторинг состояния полости рта у больных сахарным диабетом с целью предотвращения деструктивных процессов и повышения качества жизни пациентов [1].

Целью работы стало определение стоматологического статуса пациентов, страдающих инсулиннезависимым сахарным диабетом, находящихся на наблюдении в стоматологической поликлинике ДВГМУ «Уни-Стом».

В исследовании были использованы следующие методы: статистический, информационно-аналитический, сравнительного анализа.

Была проведена группировка полученных, вычисление относительных показателей и ошибок, критериев t, Манна-Уитни, сравнительная оценка и определение достоверности разности показателей. Обработка полученного материала проводилась с использованием пакета программ MSOffice.

В наблюдении приняли участие 30 пациентов, обсуживающихся в стоматологической поликлинике «Уни-Стом» в возрасте от 45 до 60 лет (мужчин – 10, женщин – 20), из них 15 с сахарным диабетом второго типа. Был проведен опрос и объективное обследование полости рта респондентов.

Все пациенты были разделены на 2 группы: больные сахарным диабетом 2 типа и не имеющие данного заболевания. Анализ показателей стоматологического статуса обследуемых проводился на основе данных объективного исследования: осмотра полости рта, выявление степени интенсивности кариеса с помощью индекса КПУ, определение pH слюны (с помощью лакмусовой бумажки), сиалометрии.

РН ротовой жидкости у больных СД по медиане составила 3.1 (2,65±3,59) в отличии от представителей контрольной группы, где медиана составила 6.6 (4,25±6). Это является показателем того, что в основной группе наблюдалось достоверное закисление ротовой жидкости ($p \leq 0,05$, Mann-Whitney Uкрит=189, Uэмп=64).

В результате проведенного исследования установлено, что интенсивность кариозного процесса более выражена в группе людей, страдающих эндокринной патологией 13. У здоровых людей средний показатель КПУ по медиане составил 8. Различия этого показателя были статистически значимы ($p \leq 0.05$, Mann-Whitney Uкрит=189, Uэмп=64). Также наблюдалось различие и в структуре КПУ (табл. 1).

Таблица 1.

Структура КПУ

	К	П	У
1 группа (больные)	5,7±2,3	4,6±2,7	2,7±1,7
2 группа (здоровые)	3,6±1,9	3,5±1,9	2,8±1,3

При изучении состояния слизистой оболочки полости рта и краевого пародонта выявлено, что хронический катаральный гингивит встречается в 4 (26,7%), хронический гипертрофический гингивит – в 8 (53,3%) и хронический атрофический гингивит – в 3 (20%) случаев (табл. 2).

Таблица 2.

Анализ состояния слизистой оболочки полости рта

	Хронический катаральный гингивит	Хронический гипертрофический гингивит	Хронический атрофический гингивит
1 группа (больные)	5	8	3
2 группа (здоровые)	4	2	1

По данным сиалометрии, у больных сахарным диабетом скорость выделения не стимулированной слюны составила 1,4 (0,5±0,1) мл. В группе здоровых людей 3,3 (0,7±1,4). Различия этого показателя статистически значимы ($p \leq 0.05$, Mann-Whitney Uкрит=84, Uэмп=61).

Таким образом, у пациентов, страдающих инсулиннезависимым сахарным диабетом, интенсивность кариозного процесса значительно выше, чем в контрольной группе, что является достоверно значимым. Также, обратный водородный показатель у больных сахарным диабетом достоверно стремился в кислую сторону. Усугублению деструктивных процессов в полости рта у данной группы пациентов способствует также резкое достоверное снижение уровня саливации.

Вышеописанная ситуация ведет к развитию различных форм гингивита. Клинические наблюдения за группой пациентов с сахарным диабетом показали, что хронический катаральный гингивит встречается в 26,7%, хронический гипертрофический гингивит – в 53,3% и хронический атрофический гингивит – в 20% случаев.

Список литературы:

1. Дыбов Д.А., Юркевич А.В., Михальченко А.В., Михальченко Д.В. Применение препаратов селена в лечении воспалительных заболеваний пародонта // Клиническая стоматология. – 2017. № 4 (84). С. 26-29.
2. Мухлаев С.Ю., Первов Ю.Ю., Юркевич А.В. Влияние акриловых базисных пластмасс различных производителей на параметры иммунного гомеостаза слизистой оболочки рта // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. № 3. С. 56-58.
3. Оскольский Г.И., Непомнящих Л.М., Юркевич А.В., Лушникова Е.Л., Юркевич Н.В. Изучение структурно-пролиферативных процессов в эпителии десны при изменениях состояния пародонта // Якутский медицинский журнал. – 2011. № 4. С. 92-94.
4. Оскольский Г.И., Юркевич А.В. Морфологическая характеристика эпителия десны при хронических заболеваниях пародонта // Сибирский Консилиум. – 2005. № 4. С. 18.
5. Оскольский Г.И., Юркевич А.В. Морфометрическая характеристика структуры эпителия десны в норме и при хронических

заболеваниях пародонта // Дальневосточный медицинский журнал. – 2004. № 1. С. 19-23.

6. Оскольский Г.И., Юркевич А.В., Первов Ю.Ю. Современные представления о структурных реакциях слизистой оболочки полости рта в процессе онтогенеза // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2005. № 2. С. 17-19.

7. Оскольский Г.И., Юркевич А.В., Первов Ю.Ю. Современные представления о структурных реакциях слизистой оболочки полости рта в процессе онтогенеза // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2005. № 2. С. 17-19.

8. Сувырина М.Б., Казакевич Н.В., Власенко А.А., Ладо И.В., Якимова Е.А. Стоматологический статус пациентов с токсическим циррозом печени / Эволюционное развитие современной науки. Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения. материалы международных научно-практических конференций. – 2017. С. 157-161.

9. Сувырина М.Б., Кольцов И.П. Видовой пейзаж микроорганизмов слизистой оболочки полости рта больных красным плоским лишаем эрозивно-язвенной формой // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2012. № 5 (42). С. 58-59.

10. Сувырина М.Б., Кольцов И.П. Состояние факторов неспецифической защиты полости рта у пациентов с метеорологическим хейлитом // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2012. № 5 (42). С. 60-61.

11. Ушницкий И.Д., Иванов А.В., Иванова А.А., Юркевич А.В., Сейдалова Е.М., Новогодин А.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика патологических процессов тканей пародонта воспалительно-деструктивного характера // Якутский медицинский журнал. – 2018. № 1 (61). С. 83-86.

12. Юркевич А.В. Патоморфологический анализ слизистой оболочки десны при сахарном диабете и язвенной болезни желудка: автореф. дисс. док. мед. наук. Новосибирск, 2005. 36 с.

13. Юркевич А.В. Патоморфологический анализ слизистой оболочки десны при сахарном диабете и язвенной болезни желудка: дисс. … док. мед. наук. Новосибирск, 2006. 160 с.

14. Юркевич А.В. Структурно-пролиферативные процессы в слизистой оболочке десны при инсулиннезависимом сахарном диабете: автореф. дисс. … канд. мед. наук. Новосибирск, 1999. 22 с.

15. Юркевич А.В. Структурно-пролиферативные процессы в слизистой оболочке десны при инсулиннезависимом сахарном диабете: дисс. канд. мед. наук. Новосибирск, 1999. 158 с.

16. Юркевич А.В., Мацюпа Д.В., Оскольский Г.И. Патоморфологическое исследование слизистой оболочки десны при язвенной болезни желудка // Сибирский Консилиум. – 2005. № 4. С. 37-40.

17. Юркевич А.В., Оскольский Г.И., Первов Ю.Ю. Морфологические и молекулярно-генетические аспекты ядрышкового организатора рибосом // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2005. № 1. С. 85-87.

ЭРГОНОМИКА КАК ФАКТОР ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Бородина Н.Б., Петрова Т.Г., Ванюнина В.В.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, кафедра терапевтической стоматологии, г. Новосибирск

На сегодняшний день широко известно, что врачи-стоматологи во время работы подвергаются многофакторным воздействиям: химическим, физическим и биологическим, что сопровождается перенапряжением отдельных органов и систем, профессиональными невропатиями и дискинезиями [4]. Актуальной задачей современной стоматологии является повышение уровня оказания медицинской помощи врачом-стоматологом, при условии сохранения его психического и физического здоровья. Это достигается при условии соблюдения технологической дисциплины и основных правил эргономики на клиническом стоматологическом приеме [1]. Немаловажным является акцентирование внимания на правилах эргономики в учебном процессе вузов для предотвращения развития вышеперечисленных заболеваний у будущих врачей-стоматологов.

Целью настоящего исследования являлось изучение уровня знаний по вопросам эргономики у врачей-стоматологов с разным стажем работы по специальности.

Для достижения поставленной цели была разработана анкета по вопросам эргономики и проведено анкетирование 195 врачей-стоматологов

терапевтов с разным стажем работы. Опрос проводился на базе ФГБУ ВО НГМУ Минздрава России. Все респонденты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли врачи со стажем работы 1–3 года (105 человек), во вторую группу – специалисты со стажем более 10 лет (90 человек).

Согласно проведённому исследованию, у 68% врачей-стоматологов со стажем работы 1–3 года отмечается общее ухудшение самочувствия в конце дня, более половины из них отмечают данное состояние часто. В группе опытных врачей показатель увеличивается до 84%.

Области тела, в которых респонденты ощущают особенный дискомфорт, представлены в таблице.

Таблица 1.

Мышечно-скелетные дисфункции респондентов

Области тела	Молодые врачи (%)	Опытные врачи (%)
Голова	14,9	15,6
Шейный отдел позвоночника	56	58
Локтевые суставы	12,6	14,4
Суставы кисти, пальцы	9,2	13,2
Плечевой пояс	18,4	18,6
Поясничный отдел позвоночника	43,7	69
Крестцовый отдел позвоночника	10,3	11,0
Коленные суставы	5,7	6,6
Голеностопный сустав	3,4	3,6

По данным анкетирования, наибольший дискомфорт респонденты ощущают в шейном и поясничном отделах позвоночника. Также, молодые и длительно практикующие врачи предъявляют жалобы на усталость и болезненность в локтевых суставах, плечевом поясе и других областях. При этом, статистически значимой разницы в частоте встречаемости жалоб у разных групп врачей выявлено не было.

Развитие такого рода утомления в костно-мышечной системе связано с неестественным положением, сохраняемым врачом-стоматологом в течение длительного времени, недостаточным визуальным обзором и трудным доступом к рабочей области при неэргономичном расположении [6].

Поэтому дальнейшие вопросы анкеты были направлены на выявление уровня знаний основных параметров данной науки, таких как нейтральная позиция врача и физиологическое расположение пациента.

Эргономически правильно при лечении зубов верхней челюсти увеличивать наклон кресла, а при работе с зубами нижней челюсти – уменьшать [5]. Среди анкетируемых молодых врачей 51,0% изменяет положение кресла в зависимости от планируемого лечения, 42,5% не верно регулирует уровень спинки и высоту кресла или вообще не уделяет внимание данному параметру. Данные показатели значительно ниже у длительно практикующих специалистов – только 34,6% выбирают оптимальную раскладку кресла во время лечения.

Данные об уровне знаний правильного наклона рук стоматолога во время приема так же ниже у опытных врачей – 33,8%, тогда как у молодых врачей, со стажем менее 3 лет – 43,7%.

Высота и расположение спинки кресла являются ведущими факторами, определяющими рабочую позицию врача: угол переднего и бокового наклона, ротации позвоночника. 44,8% опрошенных врачей со стажем работы 1–3 года и 61,9% опытных специалистов работают в положении «на 9 часов», что может приводить к развитию тендовагинита, деформирующего артроза и смещению межпозвоночных дисков [7]. Нейтральная позиция соответствует 12 часам: в этой позиции срединная плоскость врача и пациента совпадают. Всего 12% опытных врачей отвечают на данный вопрос правильно, среди молодых врачей в нейтральной позиции работает 16% опрошенных.

Ещё одним важным параметром, способным сказаться на здоровье врача, является правильное освещение конкретного участка полости рта. [8]. Согласно полученным данным, более 10% респондентов обеих групп не регулируют расположение лампы во время приёма. 25,3% врачей-стоматологов со стажем работы 1–3 года испытывают проблемы со зрением после приёма пациентов, среди опытных практикующих врачей данный процент увеличивается вдвое, составляя уже 46,1%.

Оптимальным положением для врача является положение сидя. Но более рациональным в течение всего трудового дня следует считать динамическое положение тела врача-стоматолога во время работы [3]. При этом 60% рабочего времени он находится в положении сидя и выполняет длительные кропотливые манипуляции, остальное время – стоит или передвигается по кабинету. О правильности чередования работы «стоя» и «сидя» осведомлены только 46% молодых врачей-стоматологов и 32% опытных врачей – стоматологов.

Расположение блока инструментов стоматологической установки определяет количество дополнительных движений в локтевом и лучезапястных суставах [2]. Поэтому наиболее эргономичными являются установки с «верхней» подачей инструментов, об этом осведомлено около 40% молодых врачей и 28,6% опытных специалистов. В ходе исследования был рассмотрен вопрос об эргономичности мелкого инструментария. Более 30% врачей-стоматологов со стажем работы менее 3 лет и 47% опытных врачей, практикующих более 10 лет не используют инструменты с анатомической формой ручки, и для 20% молодых специалистов и 28% врачей со стажем этот параметр не имеет значения.

Важным теоретическим блоком в эргономике является раздел, посвящённый «командной работе» врача и ассистента. 2/3 опрошенных обеих групп не верно выделяют зону передачи инструментов во время взаимодействия команды. В конце анкеты был предложен «фотовопрос», оценивающий уровень знаний респондентов о работе врача и ассистента. 64% молодых врачей и 82% врачей со стажем работы более 10 лет ответили на вопрос неверно.

В ходе исследования выявлено, что большинство респондентов как среди молодых, так и среди опытных врачей показали низкий уровень теоретических знаний по эргономике. В то же время сравнительный анализ показал значительную разницу в теоретической подготовке по вопросам эргономики между двумя исследуемыми группами. Врачи-стоматологи со

стажем работы менее 3 лет, недавно закончившие вуз и обучающиеся основам эргономики во время теоретических и практических занятий, демонстрируют лучшие знания всех основных разделов исследования по сравнению с опытными врачами. Однако уровень их знаний и применения их на практике недостаточно высок, поскольку уже в начале своей профессиональной деятельности, указанная категория респондентов отмечает ряд мышечно-скелетных дисфункций. Наибольшее количество проблем со здоровьем отмечается у длительно практикующих специалистов. Эта группа анкетируемых часто отмечает ухудшение общего самочувствия (головная боль, усталость), а также снижение зрения, дискомфорт в разных частях тела (чаще в суставах). Несмотря на внедрение новых методов лечения, современного оборудования и материалов в практику врача-стоматолога, проблема профессиональных вредностей является актуальной уже на начальных этапах профессиональной деятельности. Для предотвращения развития профессиональных заболеваний и оптимизации рабочего процесса требуется повышать уровень практических и теоретических знаний как в процессе обучения студентов стоматологических факультетов, так и при проведении курсов профессиональной переподготовки и тематического усовершенствования действующих специалистов, поскольку незнание основных эргономических параметров во время обучения и отсутствие рациональной организации практической деятельности с течением времени способно приводить к значительным нарушениям состояния здоровья.

Список литературы:

1. Азарова Е. А., Затонская Н. А. Профессиональные заболевания врачей-стоматологов. // Дентал Юг. – 2007. № 48. С. 74-76.
2. Гигиена: учебник / под общ. ред. Румянцева Г.И. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 608 с.
3. Кулаков А.А., Шестаков В.Т. Экспертиза качества оказания стоматологической помощи. – М., 2012. 398 с.

4. Матвеев А.Г. Нейтрализация повреждающих факторов, связанных с длительным дискомфортом рабочей позы // «Институт Стоматологии», 2010. № 3 (48). С. 86-87.
5. Матвеев А.Г. Сравнительные характеристики рабочих стульев стоматологов // «Институт Стоматологии», 2010. № 4 (49). С. 90-92.
6. Николайчук В.В., Подлетка А.В. Профессиональные вредности и заболевания в работе врача стоматолога / Chişinău, MedicinaStomatologică, 2014. № 5.
7. Организация и оснащение стоматологической поликлиники, кабинета. Санитарно-гигиенические требования. Эргономические основы работы врача-стоматолога: учеб. пособие / под ред. Э.А. Базикяна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 96 с.
8. Петренко Н.О. Методические рекомендации по гигиенической оценке организации условий труда медицинских работников стоматологического профиля и профилактики их неблагоприятного воздействия, утвержденные Министерством здравоохранения и социальной поддержки Саратовской области 12 марта 2009 года.
9. Сетко Н.П., Булычева Е.В. Современные проблемы условий труда и состояния здоровья детских стоматологов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. № 12-10. С. 1811-1814.
10. Федорович Г.В., Шульц Д., Шульц С. Психология и работа. Рациональная эпидемиология профессиональных заболеваний. – Saarbrucken, Deutschland: PalmariumAcademicPublishing, 2014. 343 с.
11. Хафизов Р.Г., Хафизова Ф.А., Азизова Д.А., Зарипова Э.М., Хаирутдинова А.Р. Организация эргономического стоматологического кабинета / Казань: Казан. ун-т, 2014. 25 с.
12. Шастин Е.Н. Эргономические аспекты работы стоматолога // Дентал Юг, 2008. № 4. С. 76-78.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ

Д.м.н., профессор Аржанцев А.П.

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

Актуальность проблемы. Рентгенологическое исследование, являясь важной составляющей диагностического процесса, позволяет распознать

различные формы врожденных деформаций лицевых костей на ранних стадиях формирования и изучить патогенез их развития. С помощью рентгенологических данных определяется объём и характер оперативных вмешательств, осуществляется диагностическое наблюдение за пациентами при планировании лечения, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

По характеру рентгенологических проявлений врожденные деформации лицевого отдела черепа можно подразделить на расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба, изолированные или сочетанные деформации верхней и нижней челюстей, а также деформации челюстно-лицевой области, сочетающиеся с пороком развития мозгового отдела черепа.

Цель исследования – улучшение качества диагностики врожденных деформаций лицевого скелета путем изучения особенностей их рентгеноскиалогических проявлений с учетом информативности рентгенологических методик.

Материал и методы. У 650 пациентов в возрасте от 16 до 35 лет с врожденными деформациями челюстно-лицевой области. Проанализированы ортопантомограммы, зонограммы височно-нижнечелюстных суставов, полученные по специальной программе на ортопантомографах, внутриротовые рентгенограммы, телерентгенограммы черепа, мультиспиральные и конусно-лучевые компьютерные томограммы черепа, в том числе выполненные в других лечебных учреждениях РФ.

Ортопантомография, зонография отделов лицевого скелета и телерентгенография черепа проводились на аппаратах «Proscan» фирмы Planmeca (Финляндия) при напряжении 60–80 кВ, силе тока 5–8 мА, времени экспозиции 16 с и «Orthophos XG5 DS Ceph» фирмы Sirona Dental System GmbH (Германия) при 60–90 кВ, 12 мА, 14,9 с. Внутриротовая рентгенография осуществлялась на дентальных аппаратах «Minrey» фирмы Soredex (Финляндия) при напряжении 65–75 кВ, силе тока 7 мА, времени экспозиции 0,09–1,5 с, «Heliodent DS» фирмы Sirona Dental System GmbH (Германия) при 60 кВ, 7 мА, 0,05–0,5 с.

Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) выполнялась на томографе New Tom 3G (NIM S.r.I., Италия) при поле детектора 9 дюймов, напряжении 110 кВ, экспозиции 3,24 мАс. Проводилось построение серии реконструированных аксиальных срезов и реформатированных косых срезов. Минимальная толщина среза составляла 0,29 мм.

Обсуждение результатов и выводы. Врожденные расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба составили около 20% от общего числа деформаций черепа. Расщелины были односторонними, двусторонними и срединными, сквозными, проходящими через верхнюю губу, альвеолярный отросток верхней челюсти, твёрдое и мягкое нёбо, несквозными, локализующимися в пределах не всех перечисленных анатомических образований.

При односторонней расщелине альвеолярного отростка и нёба определялось отсутствие костного срастания и дефект альвеолярного отростка верхней челюсти, локализующийся, как правило, между центральным резцом и клыком. Боковой резец отсутствовал, либо был аномально сформированным ретенированным или прорезавшимся в неправильном положении. На стороне расщелины возникало искривление перегородки носа, деформация и увеличение в размерах полости носа, отсутствие её дна (рис. 1а, б), скученность непрорезавшихся и прорезавшихся зубов. Срединные расщелины альвеолярного отростка и нёба обнаруживались вызывали деформацию носовой полости и перегородки.

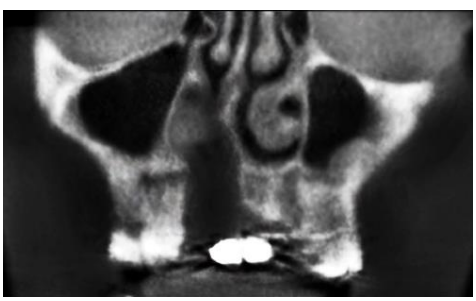
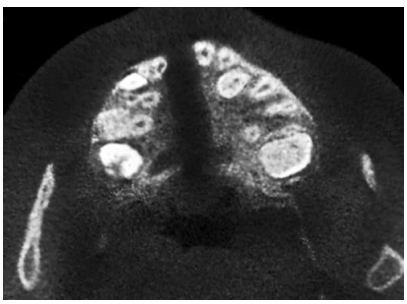

а

б

Рис. 1. Конусно-лучевые компьютерные томограммы лицевых костей в прямой (а) и аксиальной (б) проекциях. Правосторонняя расщелина альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба. Дефект дна носа и твердого нёба справа на всём протяжении. Деформация носовой перегородки.

При двусторонних расщелинах альвеолярного отростка резцовая (межчелюстная) кость визуализировалась как самостоятельное анатомическое образование, смещалась вперед и иногда разворачивалась вокруг своей оси (рис. 2а, б).

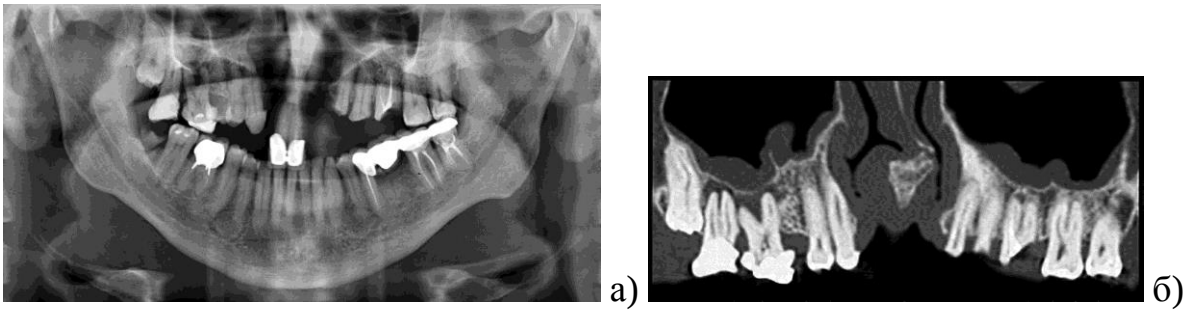

а) б)

Рис. 2. Ортопантомограмма (а) и панорамная конусно-лучевая компьютерная томограмма верхней челюсти (б). Двусторонняя расщелина альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба. Межчелюстная кость развернута по оси. Смещение носовой перегородки.

Недоразвитие верхней челюсти и неправильное положение языка становились причиной возникновения мезиального прикуса вследствие нижней про- и (или) макрогнатии (рис. 3а). Реже выявлялся открытый или дистальный прикус (рис. 3б).

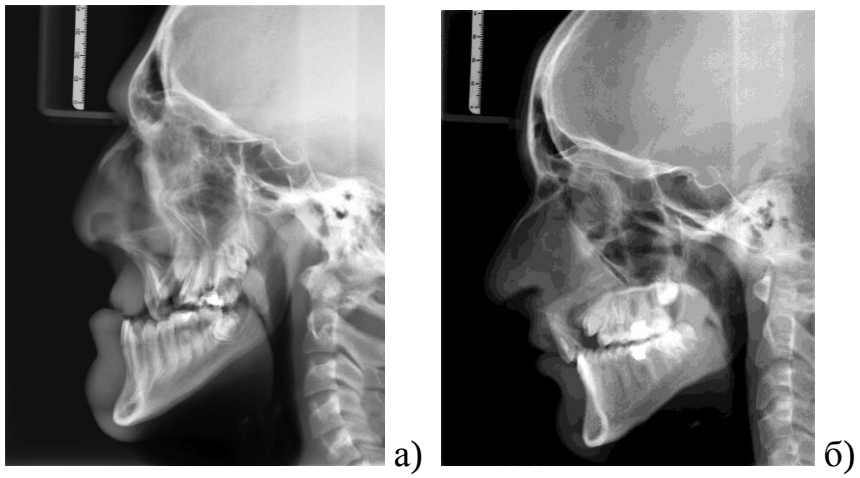

а) б)

Рис. 3. Телерентгенограммы черепа в боковой проекции. Типы соотношения челюстей у пациентов с двусторонней расщелиной альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба: а – верхняя ретромикрогнатия, нижняя промакрогнатия. Мезиальный прикус. Турецкое седло атипично сформировано; б – верхняя микрогнатия, нижняя ретрогнатия. Дистальный прикус.

Деформации верхней и нижней челюстей встречались примерно в 60% случаев среди всех деформаций черепа. Определялось укорочение основание черепа во всех его отделах, либо преимущественно в области передней или задней черепных ямок. У ¼ пациентов наклон основания черепа существенно увеличивался**.** Ретропозиция верхней челюсти приводила к уменьшению объёма полости рта, вследствие чего из-за давления языка обычно наблюдалось увеличение в размере и (или) смещение вперед нижней челюсти (рис. 4а, б), либо происходило дистальное положение нижней челюсти, имеющей обычные или измененные размеры (рис. 5а, б).


а)

б)

Рис. 4. Телерентгенограммы черепа в боковой проекции. Виды прикуса у пациентов с сочетанной деформацией челюстей: а – верхняя ретрогнатия, выраженная нижняя промакрогнатия. Мезиальный прикус; б – верхняя ретромикрогнатия, нижняя промакрогнатия. Прямой прикус. Закрыта диафрагма турецкого седла.


а)

б)

Рис. 5. Телерентгенограмма черепа в боковой проекции (а) и ортопантомограмма (б) пациента с сочетанной деформацией челюстей. Верхняя челюсть смещена вверх и назад. Нижняя макроретрогнатия. Скученность зубов обеих челюстей. Открытый прикус.

При изолированном дистальном положение нижней челюсти нижнечелюстная ямка височной кости и нижняя челюсть занимали ретропозицию. Дистально расположенная нижняя челюсть имела обычные размеры, гониальный угол уменьшался. Если функционирование ростковых зон в головках нижней челюсти по различным причинам нарушалось и заканчивалось раньше положенного срока**,** возникала нижняя микрогнатия (рис. 6).



Рис. 6. Телерентгенограмма черепа в боковой проекции. Нижняя челюсть уменьшена в размере. Протрузия передних верхних и нижних зубов. Дистальный прикус.



Рис. 7. Телерентгенограмма черепа в боковой проекции. Нижняя челюсть увеличена в размере. Протрузия передних верхних зубов. Мезиальный прикус.

Увеличение гониального угла обусловливало выстояние кпереди альвеолярного отростка и зубов фронтального отдела челюсти. При чрезмерном росте нижней челюсти обычно в большей степени превалировали её горизонтальные размеры (рис. 7). Реже происходило изолированное увеличение ветвей и углов челюсти**.**

Несимметричные деформации проявлялись различной степенью выраженности односторонних изменений формы и размеров нижней челюсти (рис. 8), костей средней зоны лица (рис. 9), всего лицевого скелета, лицевого и мозгового черепа**.** На стороне деформации изменялась конфигурация и объём околоносовых пазух и решётчатого лабиринта.

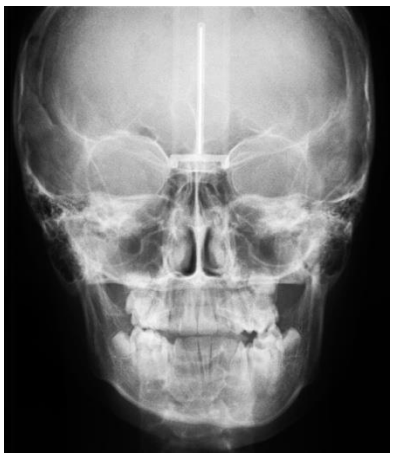


Рис. 8. Телерентгенограмма черепа в прямой проекции. Несимметричная деформация нижней челюсти.



Рис. 9. Панорамная зонограмма средней зоны лицевого отдела черепа. Высота лицевых костей и объём верхнечелюстной пазухи слева уменьшены.

Перечисленные варианты деформаций челюстей сопровождались диспропорцией передней и задней лицевой высоты, тесным расположением и дистопией зубов, протрузией передних зубов, возникновением патологического прикуса (дистальный, мезиальный, перекрестный, глубокий, открытый).

Сочетанные деформации лицевого и мозгового отделов черепа, диагностированные у 20% пациентов, были обусловлены краниостенозами, аплазией лицевых костей, гипертелоризмом, черепно-лицевыми расщелинами, недоразвитием нижней челюсти и височной кости и нередко сопровождались изменениями других отделов скелета.

Диагностика врожденных деформаций черепа осуществлялась посредством использования методик телерентгенографии (ТРГ) черепа, ортопантомографии, зонографии отделов лицевого черепа и рентгеновской компьютерной томографии (РКТ).

По телерентгенограммам черепа определялись размеры лицевого и мозгового отделов черепа, структура покровных костей, черепные швы, пальцевые вдавления, сосудистые борозды, венозные выпускники и синусы, наличие и положение внутричерепных обызвествлений. С помощью ТРГ черепа в боковой проекции оценивалось соотношение челюстей и зубных

рядов, лицевых костей по отношению к основанию черепа. Для определения фронтальных размеров черепа и симметричности его сторон выполнялась ТРГ черепа в прямой проекции.

На ортопантомограммах выявлялась конфигурация анатомических деталей и симметричность сторон костей нижней зоны лица, наличие расщелин альвеолярного отростка верхней челюсти, характер смыкания зубных рядов, количество, особенности строения и положения зубов, состояние нижнего отдела полости носа и верхнечелюстных пазух.

На панорамных зонограммах средней и верхней зон лицевого черепа и телерентгенограммам черепа в полуаксиальной проекции определялось состояние и конфигурация лицевых костей, околоносовых пазух и полости носа.

Зонограммы височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) предоставляют информацию о взаимном расположении и состоянии головок нижней челюсти и нижнечелюстных ямок височной кости, ширине суставной щели, степени экскурсии головок нижней челюсти.

На перечисленных снимках, за исключением ТРГ черепа в прямой и боковой проекциях, измерения и расчеты не являются достоверными из-за проекционных искажений изображения.

В сравнении с распространенными рентгенологическими методиками только по результатам рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) было возможно детально изучить изменения тонкостенных структур орбит, решётчатого лабиринта и околоносовых пазух, состояние костных краев расщелин костей лица и отверстий мозговых грыж, элементов органа слуха, положение глазных яблок, глазодвигательных мышц и зрительного нерва. Для оптимального восприятия конфигурации костей черепа создавалась трехмерная реконструкция изображения. РКТ применяется в челюстно-лицевой хирургии с целью проведения точных расчетов при планировании костно-реконструктивных операций, определении формы и размеров аутокостных трансплантатов, эндопротезов и имплантатов из биоэнертных материалов, устраняющих костные дефекты.

Таким образом врожденные деформации челюстно-лицевой области характеризуются многообразием рентгеноскиалогических проявлений. Рентгенологическое исследование является важным звеном диагностического процесса при выявлении пороков формирования черепа, анализе причин их возникновения, прогнозировании дальнейшего развития функциональных нарушений, оценке результатов выполненного лечения.

Список литературы:

1. Аржанцев А.П. Рентгенологические исследования в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: атлас. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2016. 320 с.
2. Бельченко В.А. Черепно-лицевая хирургия. Москва, Медицинское информационное агентство, 2006. 430 с.
3. Безруков В.М., Рабухина Н.А. Деформации лицевого черепа. Москва, Медицинское информационное агентство, 2005. 312 с.
4. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Трутень В.П. Лучевая диагностика в стоматологии. Москва, Медика, 2007. 496 с.
5. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия, Национальные руководства. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010. 928 с.
6. Ленденгольц Ж.А., Картон Е.А., Вагапов З.И. Применение конусно-лучевой компьютерной томографии в ортодонтии. Ортодонтия. 2010; 4 (52): 6-9.
7. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. Москва, Медицинское информационное агентство, 2003. 452 с.
8. Терновой С.К., Васильев А.Ю. Лучевая диагностика в стоматологии, Национальные руководства по лучевой диагностики и терапии. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010. 288 с.
9. Hofmann E., Medelnik J., Keller T. et al. Measuring mesiodistal with of impacted maxillary canines with CT. J. Orofac. Orthop. 2011; 1 (72): 33-14.
10. Kinzinger G., Frye L., Diedrich P. Orthodontics, dentofacial orthopedics and orthognatic surgery - A cephalometric study to evaluate various therapeutic effects. J. Orofac. Orthop. 2009; 1 (70): 63-91.
11. Pasler F.A., Visser H. Рентгенодиагностика в практике стоматолога. Москва, МЕДпресс-информ, 2007. 352 с.
12. Vier-Pelisser F., Pelisser A., Recuero L. et al. Use of cone beam computed tomography in the diagnosis, planning and follow up of a type III dens invaginatus case. Int. Endodontic J. 2012; 2 (45); 198-208.

РАЗДЕЛ II. ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

УЧЕБНАЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА – ПЕРВЫЙ ШАГ В НАУКУ

Д.м.н., профессор Чуйкин С.В., к.м.н., доцент Макушева Н.В., к.м.н., доцент Акатьева Г.Г., к.м.н., доцент Снеткова Т.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

Одним из основных способов увеличения мотивации к учебе является процесс вовлечения студентов в исследовательскую работу. На первый взгляд – это сложно и непонятно, поэтому пугает и отталкивает первокурсников. Наша задача простимулировать познавательный инстинкт, показать, что наукой заниматься интересно!

Вовлечение студента в научную деятельность можно облегчить, объяснив, что работу нужно разделить на несколько этапов.

Выбор темы. Это должна быть тема понятная и доступная для человека, только начавшего свой путь в медицине. Помимо этого, тема должна быть актуальной и содержать в себе проблему, которую необходимо решить в ходе научной деятельности. То есть проблемы исследования – это как раз то неизвестное, которое нужно доказать или опровергнуть. Проблема – это золотое зерно среди мешка знаний о мире, а способность найти его определяет талант исследователя.

После выбора темы, нужно поставить *цель исследования*. Цель должна быть глобальной и охватывать всю проблему исследования. Т. е. это результат, к которому нужно в итоги прийти. Цель должна быть однозначна и понятна, и не должна содержать пунктов.

Последовательность действий, которые нужно совершить, чтобы прийти к цели – это *задачи исследования*. Их не должно быть много или мало в среднем 4–6. Если представить цель, как объект, к которому нужно прийти,

то задачи – это шаги к цели, т. е. они не могут быть разработаны до постановки цели.

Определение объекта и предмета исследования. Объект исследования или целевой объект – это части внутри которых находится цель исследования. А предмет исследования – это часть объекта, то неизученное, что будет выяснять исследователь. Таким образом, предмет – это ядро исследования. Объект исследования – это явления, а в нашем случае заболевания, патологические процессы или физиологические состояния. Предмет исследования, как правило, закладывается в теме исследования, затрагивается в проблеме и формируется в цели.

Определение и опровержение гипотезы. Гипотезу нельзя расценивать как некую мечту, она есть мнение о действительном положении вещей, выработанных под строгим контролем разума. И. Кант.

От построения гипотезы зависит исход исследования – достижение цели, поэтому при формировании гипотезы необходимо придерживаться нескольких правил:

- В гипотезе не должны фигурировать неуточненные понятия.
- Гипотеза должна быть доказуема, а значит может быть проверена другим исследователем.
- Гипотеза не может противоречить законам естествознания и должна быть подчинена фактам. Усилия, затраченные на разработку, даже неподтверждённых гипотез не являются напрасными, т. к. существенно приближают исследователя к истине.

Определение этапов исследования. Этапы исследования – это составные части исследования. Т. е. те необходимые действия, которые необходимо совершить, чтобы выполнить задачи исследования и добиться цели. Обычно *первым этапом* исследования является исследование литературы по заданной проблеме. Т. е. что уже было сделано для решения проблемы другими авторами, насколько противоречивы их выводы с гипотезой исследователя, а потому требуют уточнения.

Второй этап – это сбор данных, их систематизация, сравнение с данными других авторов, анализ своих результатов исследования и оценка собранного материала. *Третий этап* – этап итогов. На этом этапе, проанализировав свои данные студент делает выводы.

Выводы должны быть логическим завершением поставленных задач, и соответственно совпадать с ними по количеству.

Изложение работы. Нужно объяснить студенту, что текст исследовательской работы должен быть понятен не только ему, и пишет он ее не для себя или научного руководителя, а для всех заинтересованных в теме лиц. Текст должен быть логически завершенным и наглядно показывать глубину проработки исследованного материала.

Оформление работы унифицировано, поэтому не вызывает затруднений.

Таким образом, исследовательская работа должна продемонстрировать достаточный объем теоретических знаний по определенной теме, умение работать с научной, учебной и справочной литературой, владение учеником навыками исследовательской работы, умение обобщать и систематизировать материал по избранной теме, способности формулировать научный аппарат работы, умение логично и грамотно излагать материал.

Список литературы:

1. Алиева Е.Г. Творческая одаренность и условия ее развития // Психологический анализ учебной деятельности. – М.: ИПРАН. 2014. С. 7.
2. Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М.: Педагогика, 2013. 534 с.
3. Дружинин В.Н. Психология общих способностей. – СПб.: Питер, 2002. 368 с.
4. Кривченко А.П. Учебник по психологии [Текст] / А.П. Кривченко // учеб. пособие. М. ТК Велби, 2015. 432 с.
5. Основные современные концепции творчества и одаренности / Под ред. Д.Б. Богоявленской. – М.: Молодая гвардия, 2012. 416 с.
6. Стефановская Т.А. Технологии обучения педагогике в вузе. – М.: Совершенство, 2000. 251 с.

МЕТОДЫ РАЗВИТИЯ КРЕАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

К.м.н., доцент Макушева Н.В., д.м.н., профессор Чуйкин С.В., к.м.н., доцент Акатьева Г.Г., к.м.н., доцент Снеткова Т.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

Профессия врача – это профессия человека гибкого сознания, поэтому важно, чтобы студенты медицинских вузов не зацикливались только на проблеме своего медицинского образования, а были разносторонне развитыми креативными членами общества. По роду совей деятельности, врачи – это те люди, которым приходится общаться с разными контингентами лиц, а соответственно нужно искать порой совершенно нестандартные подходы к различным пациентам. Ведь если пациент не доверяет врачу, шансы на его выздоровление стремительно падают.

Таким образом, студенты медицинского университета – это люди, которые должны уметь творчески мыслить и принимать нестандартные решения. По нашему мнению, одним из важных направлений при обучении студентов является духовное и физическое развитие, креативное нестандартное мышление.

В студенческий период происходит становление личности и формирование компетентности, поэтому именно в этот период необходима реализация творческого потенциала. Этот творческий задел в последующем и станет толчком к реализации научных открытий.

Креативность – это характеристика личности, определяющая влияние на творческую продуктивность вне зависимости от сферы деятельности. Креативный человек – это генератор идей и нестандартных способов решения проблем.

Для того чтобы развить креативность необходимо развивать творческие компетенции студентов. Существует множество тренингов для развития этой части способностей студентов, которые необходимо пройти студентам. На одном из них мы остановимся подробнее.

Методика латерального мышления. Эта методика была разработана Эдвардом де Боно и направлена на развитие нестандартного мышления. Существует мнение, что креативность и творчество – понятия противоположные логике. Нестандартное мышление зачастую относят к форме интуиции или вдохновению. Однако при принятии нестандартного решения мысли не находятся в состоянии хаоса, как у психически нездоровых людей, процесс креативного мышления контролируется и им можно управлять.

Понятие латерального мышления – это понятие бокового, т. е. находящегося рядом со стандартным мышлением. Поэтому в качестве тренинга латерального мышления нужно выполнить некоторую последовательность действий:

1. Выбор фокуса. Т. е. выбрать область деятельности, от которой будем отталкиваться. В нейролингвистическом программировании существует специальная концепция для поиска нужного фокуса, которая называется фрейминг – это взгляд на вещь по-новому. Использование фрейминга позволяет более сконцентрировано взглянуть на проблему и понять ее суть. Например, пациент опаздывает к врачу. На недовольный комментарий врача пациент использует технику «намерение»: «Мне очень приятно, что вы так заботитесь о моем здоровье». Тем самым переключает внимание на другую проблему.

2. Генерирование латерального разрыва или разрыв шаблонов. Большинство людей мыслит шаблонно, а соответственно из ситуаций ищет стандартные выходы. Именно разрыв шаблона нарушает логику мышления, и способствует рождению новых идей. Для этого нужно построить

утверждение относительно фокуса, которое каким-либо образом изменит фокус. Для этого используют несколько методик: замена, инверсия, объединение, гиперболизация, исключение, реорганизация. Например, мы просим студента представить картину «Врач и пациент». Картина будет примерно одинаковой врач сидит за столом и слушает о том, что говорит пациент или врач аускультирует лежащего/стоящего пациента. Далее мы предлагаем использовать, к примеру, инверсию. В этом случае пациент будет слушать или аускультировать врача, что изменит суть картины, но не изменит ее название «Врач и пациент».

3. Установление связи. После второго этапа, когда мы получили абсурдную картинку, нам необходимо найти в ней нечто логичное. Именно на этом этапе происходит настоящее творчество, и мы получаем что-то новое. Это поможет развить творческое воображение. Например, врач показывает пациенту, как должно биться сердце, т. к. у него с сердцем все в порядке. В этом контексте картинка уже не выглядит столь абсурдной. Для развития творческого мышления существует множество методик. Воображение является ключевым в данном тренинге, именно оно способствует быстрому и креативному решению задач.

Еще одна сторона, которую необходимо учитывать – ассоциативное мышление. Это мышление способствует развитию памяти, что немаловажно в нашей профессии. Ассоциативное мышление – это способ запоминания нового материала путем привязывания его к уже известным фактам или событиям. Для тренировки этого типа мышление необходимо находить ассоциативные связи.

Таким образом, одной из основных составляющих успешного профессионального становления личности является творческий потенциал, который необходимо не только развивать, но и поощрять и поддерживать студентов в процессе обучения в вузе. А для развития креативных способностей можно применять различные методики и их комбинации.

Список литературы:

1. Алиева Е.Г. Творческая одаренность и условия ее развития // Психологический анализ учебной деятельности. – М.: ИПРАН. 2014. С. 7.
2. Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М.: Педагогика, 2013. 534 с.
3. Дружинин В. Н. Психология общих способностей. – СПб.: Питер, 2002. 368 с.
4. Дубина И.Н. Творчество как феномен социальных коммуникаций. – Новосибирск: СОРАН, 2012. 173 с.
5. Кривченко А.П. Учебник по психологии [Текст] / А.П. Кривченко // учеб. пособие. – М. ТК Велби, 2О15. 432 с.

САМООЦЕНКА СТУДЕНТАМИ 3 КУРСА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И ВЛАДЕНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ СТОМАТОЛОГИЯ

К.м.н., доцент Дрегалкина А.А.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Профессиональное образование в XXI веке предстает как целостный процесс личностного и профессионального развития специалиста. В новой социальной ситуации в России на фоне демократизации общества и становления открытой рыночной экономики, гуманизации и информатизации всех сторон жизни общества сфера высшего профессионального, в том числе и медицинского, образования претерпевает существенные изменения. Повышение требований к качеству подготовки специалистов-медиков обусловливает необходимость постоянного совершенствования методологии и системы организации профессионального образования [1].

Актуальность исследуемой проблемы обусловлена качественными изменениями современной системы высшего образования, дифференциацией

содержания образования по уровням и профилям. Острым в этих условиях остается вопрос о контроле качества образования. Опыт показывает, что традиционные формы и средства оценивания не позволяют в полной мере оценить результаты педагогического процесса [4].

Самооценка, т. е. оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей, являясь регулятором поведения человека, влияет на эффективность его деятельности. Потенциальную самооценку часто называют уровнем притязаний. Уровень притязаний формируется под влиянием субъективных переживаний успеха или неуспеха в деятельности [3].

На формирование самооценки студента влияют сверстники, внешний и внутренний стандарт достижений, уровень собственных требований. Относясь к ядру личности будущего специалиста, самооценка студента, вероятно, является важным регулятором его поведения и учебной деятельности. Под влиянием самооценки студента в зависимости от направленности, характера, способностей складывается или правильное, или неправильное отношение к себе, вследствие чего самооценка студента может стать либо стимулом, либо тормозом развития личности [3].

В ходе организации процесса обучения в современных условиях медицинского образовательного учреждения возникает ряд противоречий:

– между требованиями к качеству подготовки специалиста медицинского профиля и уровнем общей подготовки студентов, их мотивации на познавательную и профессиональную деятельность;

– достаточно большим объемом новой информации, получаемой студентами, и их неспособностью в основной своей массе работать самостоятельно, творчески, что приводит к пассивности, неумению применять на практике имеющиеся знания;

– между требованиями к технологичному, высокопрофессиональному овладению профессией и недостаточным развитием профессионально-

нравственных качеств личности медицинского работника в процессе обучения [2].

В процессе изучения дисциплины Стоматология студентами лечебно-профилактического факультета формируются общекультурные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции, в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, специальность подготовки Лечебное дело, а также с учетом требований профессионального стандарта 02.009 «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)».

Целью работы явилось изучение самооценки студентами 3 курса лечебно-профилактического факультета профессиональных компетенций, освоенных в ходе изучения дисциплины Стоматология.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 222 студентов 3 курса лечебно-профилактического факультета. Анкетирование проводилось после изучения и аттестации студентов по дисциплине стоматология.

Анкета состояла из трех блоков вопросов: в первом блоке студенты отмечали, что они наиболее часто используют при подготовке к занятиям (конспекты лекций, электронные ресурсы и т. д.). Во втором блоке студенты оценивали собственные знания, умения и навыки по трем критериям («мною освоено полностью», «мною освоено частично», «мною не освоено»). По тем же критериям студентам предлагалось оценить личностные характеристики. В третьем блоке студентам предлагалось отметить, что оказало наибольшее влияние на формирование профессиональных компетенций (посещение лекций и занятий, самоподготовка, собственные врожденные способности, целеустремленность и др.).

Результаты и их обсуждение. Как видно из диаграммы на рис. 1, для подготовки к занятиям большинство студентов использует электронные ресурсы и конспекты лекций, и наиболее редко используют учебные пособия на бумажных носителях.



Рис. 1. Источники, используемые студентами при подготовке к занятиям.

При анализе результатов анкетирования студенты дали следующую самооценку своим знаниям (рис. 2).

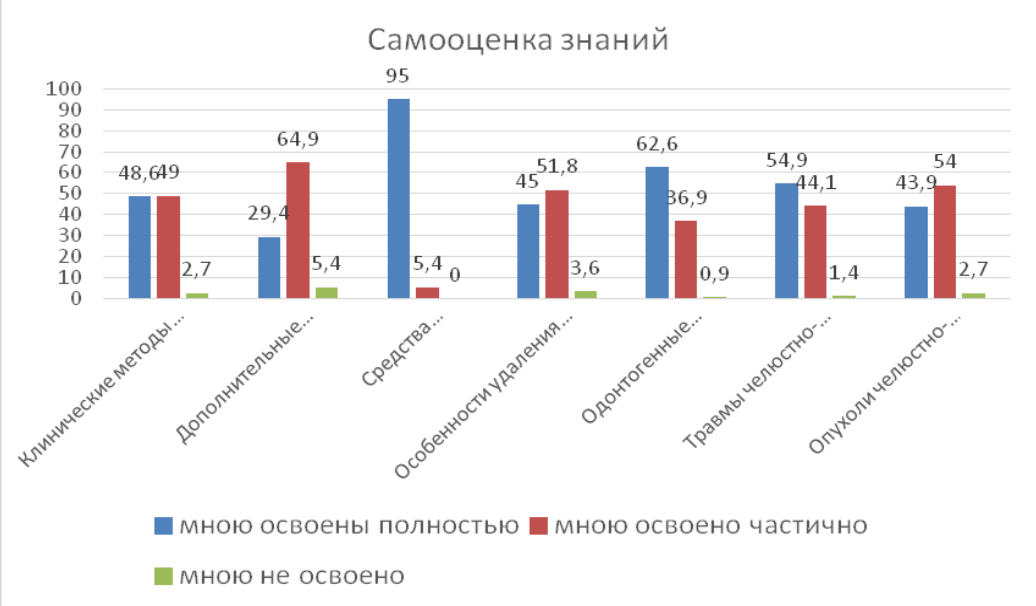


Рис. 2. Самооценка студентами знаний.

Как видно из диаграммы, студенты наиболее уверены в своих знаниях в вопросах гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний, а также одонтогенных воспалительных заболеваний. Рядом студентов не освоены знания, касающиеся дополнительных методов диагностики, используемых в стоматологии и особенности удаления зубов пациентам с сопутствующей патологией.

При самооценке умений, студенты отметили следующее (рис. 3): большинство (85,6%) полностью освоили пальпацию регионарных лимфатических узлов головы и шеи, а также осмотр полости рта (75,2%). Наиболее сложным для освоения оказались дифференциальная диагностика травм и воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. 8,1% и 5,9% студентов соответственно отметили, что эти умения ими не освоены.

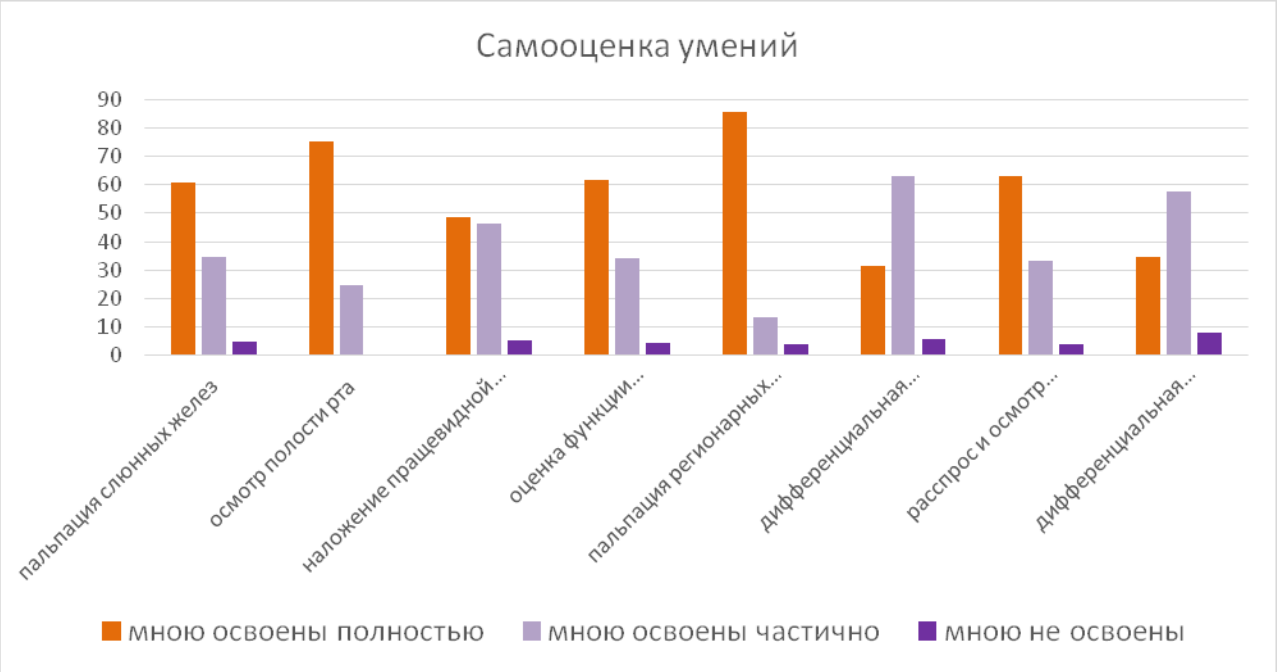


Рис. 3. Самооценка студентами умений.

При оценке владений выявлено, что в 85,6% случаев студенты полностью овладели навыками правильной индивидуальной гигиены полости рта и в 76,1% навыком использования индивидуальных средств защиты врача. У 4% студентов не освоен навык пальпации тканей и органов челюстно-лицевой области (рис. 4).

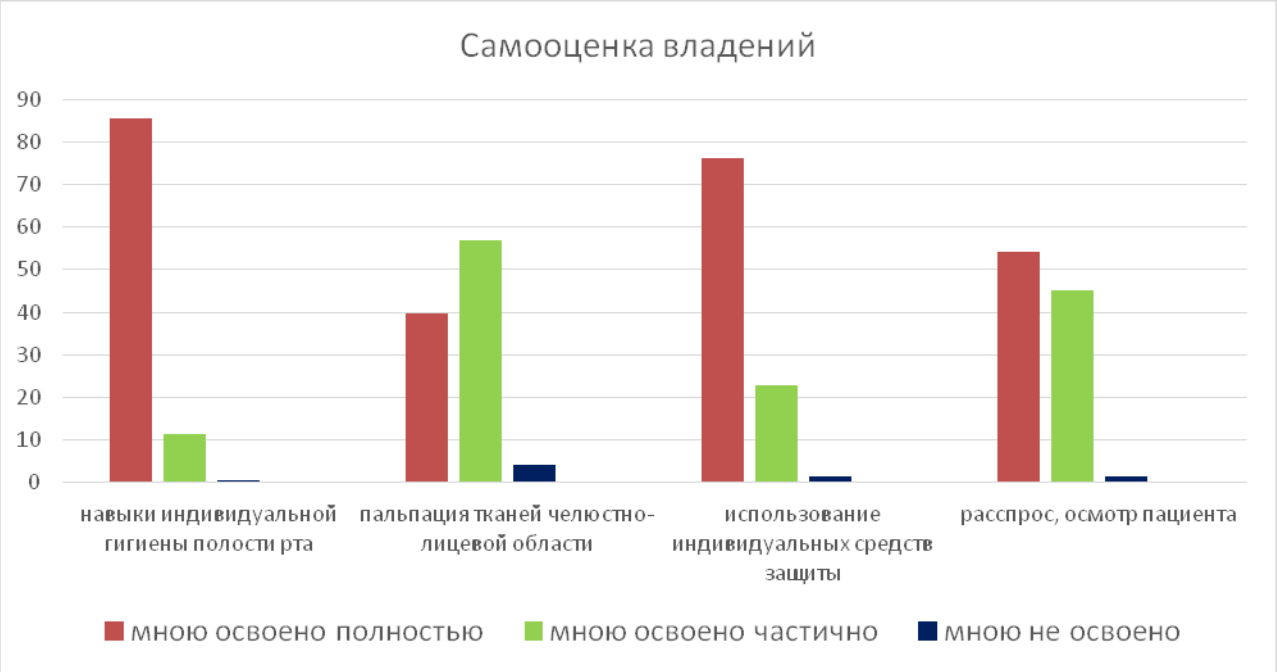


Рис. 4. Самооценка студентами владений.

При оценке личностных качеств большинство студентов (77,9%) считают, что ими полностью освоены правила охраны труда и анализ научной и учебной литературы. При этом 9% считают, что не могут подготовить доклад и выступить на СНО или НОМУС, и 6,8% не могут найти контакт при общении со студентами и преподавателями (рис. 5).

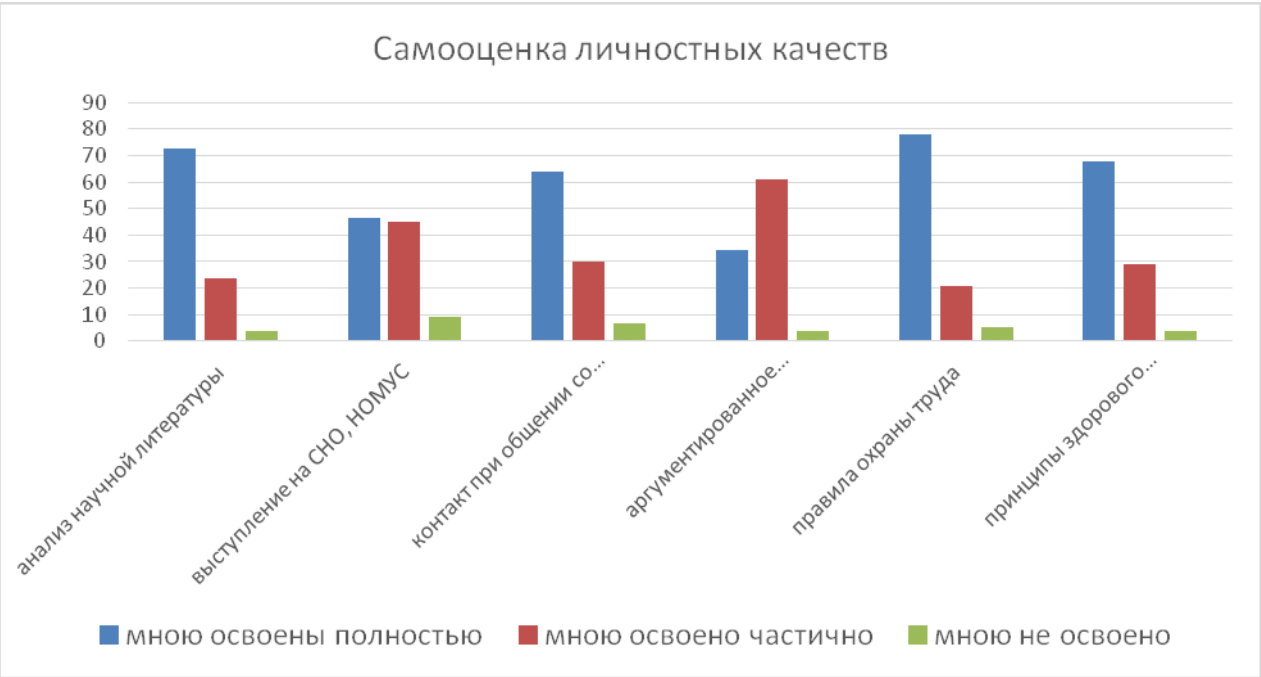


Рис. 5. Самооценка студентами личностных характеристик.

В последнем блоке вопросов студены выбирали, что в большей степени повлияло на формирование профессиональных компетенций (рис. 6). Наиболее значимым студенты считают посещение практических занятий и лекций (87,8% и 75,7% соответственно). Высокий интерес и целеустремленность в освоении профессии врача отмечают лишь 11,7% опрошенных и меньше половины (48,2%) считают значимым самоподготовку.

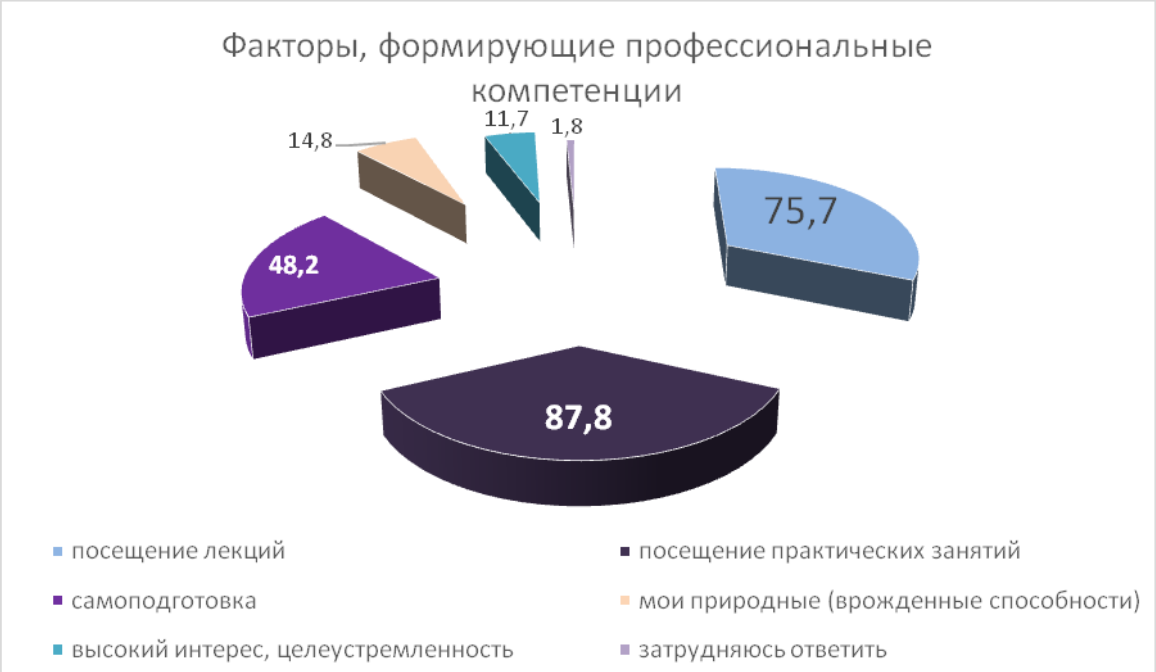


Рис. 6. Оценка студентами значимости факторов, формирующих профессиональные компетенции.

Анализ результатов анкетирования позволил сделать следующие **выводы:**

1. Наиболее часто для подготовки к занятиям современные студенты используют электронные ресурсы и конспекты лекций. Это диктует необходимость перевода большинства учебно-методических материалов в электронный формат.

2. Самооценка знаний студентов показала низкий уровень усвоения некоторых дидактических единиц дисциплины. Особое внимание необходимо обратить на вопросы, находящиеся на стыке специальностей

(например, особенности операции удаление зуба у больных с соматической патологией).

3. Для лучшего усвоения студентами умений и владений необходимо отрабатывать навыки на фантомах и муляжах, использовать интерактивные формы обучения (решение ситуационных задач, деловые игры и др.).

4. На любом этапе обучения необходимо дать возможность студенту проявить личностные качества. Подготовка мини-презентаций, докладов, участие в научно-исследовательской работе позволит проявить и развить эти качества, закрепить коммуникативные навыки.

5. По мнению студентов, на формирование профессиональных компетенций в большей степени влияют посещение практических занятий и лекций. Качество проведения аудиторных занятий должно постоянно повышаться.

Таким образом, оптимизация учебного процесса должна быть направлена на потребности и желания студента, как потребителя образовательных услуг. Это позволит увеличить интерес студента к будущей профессии и в последующем адаптироваться в практической деятельности.

Список литературы:

1. Артюхина А.И., Бондаренко Е.В., Великанова О.Ф., Островский О.В., Веровский В.Е., Балльно-рейтинговая система оценивания и самооценка знаний студентов по биохимии // Вестник ВолгГМУ. – 2011. Вып. 1 (37). С. 109-110.

2. Емельяненко Л.М., Формирование у студентов-медиков мотивационной готовности к профессиональной деятельности// Научно-исследовательская работа СПО. – 2011. № 2. С. 35-38.

3. Успенский И.В. Самооценка и уровень притязаний студентов колледжа как факторы успешности обучения // Психология, социология и педагогика. 2014. № 6 [Электронный ресурс]. URL: http://psychology.snauka.ru/2014/06/3251 (дата обращения: 29.09.2017).

4. Шалова С.Ю. Экспериментальный подход к изучению самооценки знаний студентов // Интернет-журнал «Науковедение». – 2012. № 4. [Электронный ресурс]. URL: http://naukovedenie.ru.

МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Д.м.н., доцент Мосеева М.В., д.м.н., доцент Шакирова Р.Р., к.м.н. Николаева Е.В.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Ижевск

Одним из важнейших инструментов для достижения и укрепления здоровья является адекватное гигиеническое воспитание. Согласно определению, сформулированному Координационным центом профилактики неинфекционных заболеваний и факторов риска Министерства здравоохранения Российской Федерации, «гигиеническое воспитание и обучение – это система образования, включающая в себя комплексную просветительскую, обучающую и воспитательную деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование общей гигиенической культуры, закрепление гигиенических навыков, создание мотивации для ведения здорового образа жизни как отдельных людей, так и сообщества в целом».

Теоретические основы гигиенического воспитания тесно взаимосвязаны с социологическими науками, и поэтому всем медицинским работникам, которые призваны убеждать своих пациентов в необходимости адаптировать свой образ жизни и поведения, необходимо познать основные принципы и методы социологии. Практика же свидетельствует о том, что большинство врачей весьма поверхностно подходят к сложной проблеме медицинского воспитания, на проведение которой ежемесячно отводятся оплачиваемые часы работы.

С момента организации стоматологической службы в нашей стране и по настоящее время каждый врач обязан заниматься «санитарно-

воспитательной работой». Однако в большинстве случаев данная работа ограничивается выпуском стенгазет или беседами с определенными группами населения. Работа врача в таком стиле, как правило, не планируется и ее эффективность не оценивается.

Согласно ФГОС третьего поколения, выпускник программы специалитета должен обладать профессиональными компетенциями (ПК), соответствующими виду (видам) профессиональной деятельности, на который (которые) ориентирована программа специалитета для медицинских вузов

• в профилактической деятельности:

- способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

• в психолого-педагогической деятельности:

- готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-12);

- готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни (ПК-13);

• в научно-исследовательской деятельности:

- готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан (ПК-19).

Переход на ФГОС 3 ВО, реализация компетентностного подхода обуславливают необходимость совершенно нового подхода к организации обучения. Преподаватель высшей школы должен выполнять не только

функцию транслятора научных знаний, но и уметь выбирать оптимальную стратегию преподавания, использовать современные образовательные технологии, направленные на создание творческой атмосферы образовательного процесса.

В русле компетентностно-деятельностного подхода психолого-педагогической основой учения является активная познавательная деятельность самого студента, приводящая к формированию умений творчески мыслить, используя приобретаемые в процессе деятельности знания, навыки и умения. Современная ориентация образования на практико-ориентированный подход предполагает создание дидактических и психологических условий, в которых студент может проявить не только интеллектуальную и познавательную активность, но и личностную социальную позицию, свою индивидуальность, выразить себя как субъект обучения.

В соответствии со структурой образовательного процесса (Н.В. Бордовская и соавт., 2010) предлагаемая нами методика относится к управлению процессом освоения учебной информации, применения знаний на практике, поиска новой учебной информации. А также к контролю качества и оценивания результатов образовательной деятельности (технология оценивания качества знаний, рейтинговая технология оценки знаний и др.). По виду деятельности относится к задачным, игровым формам деятельности, а также предусматривает организацию групповой работы и самостоятельной учебно-познавательной деятельности.

Характеристика учебной работы

Дисциплина: «Профилактика стоматологических заболеваний», практические занятия проводились для студентов 2 курса стоматологического факультета;

Тема занятия: «Санитарно-просветительная работа с различными группами населения. Организация санитарно-просветительной работы в организованных детских коллективах».

Форма занятия: семинар

Методы работы со студентами: дискуссия

Цель занятия: контроль и закрепление знаний по разделу профилактика стоматологических заболеваний, а именно: формы, методы и средства санитарно-просветительной работы (СПР) с населением, разработка урока здоровья для детей-воспитанников ДОУ в возрасте 5-6 лет

Задачи занятия:

- обучать правилам гигиены полости рта методам чистки зубов детей и сопровождающих лиц;
- проводить беседы (индивидуальные, групповые), лекции с различным контингентом населения по предупреждению возникновения и развития стоматологических заболеваний;
- проводить «уроки здоровья» в организованных детских и взрослых коллективах;
- разрабатывать материалы по стоматологическому просвещению.

Система основных понятий.

- санитарно-просветительная работа (СПР);
- формы, методы, средства СПР.

Характеристика научной работы

Разработана «Методика обучения детей гигиене полости рта» (автор М.В. Мосеева, свидетельство ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России о регистрации объекта интеллектуальной собственности «Методика обучения детей гигиене полости рта» №04.13 от 12.02.2013) для обучения детей уходу за полостью рта.

Гигиена полости рта является этиопатогенетическим звеном в развитии основных стоматологических заболеваний. Дети представляют основную группу риска развития кариозных поражений твердых тканей зубов.

В силу определенных психологических моментов процесс обучения должен включать в себя этапы понимания, закрепления практических навыков и выработка привычки.

Предлагаемая методика обучения детей гигиеническим навыкам разработана для привития детям понимания необходимости гигиены полости рта.

Обучение детей должно содержать элемент игры и обучения одновременно. Методика включает в себя 3 этапа. На первом этапе у детей предполагается определение гигиенического индекса методом окрашивания для демонстрации наличия зубного налета. В этот же этап входит обучающий урок по методике чистке зубов. Одним из главных моментов методики являются пособие-книжка для раскрашивания, в которых сочетается информационный блок в виде легко запоминающихся четверостиший, и художественный – для закрепления полученной информации в виде картинки для раскрашивания. Воспитателям детских дошкольных учреждений предлагается в течение определенного времени проводить занятия по прилагаемым книжкам для раскрашивания, что и составляет второй этап предлагаемой методики. На третьем этапе проводится повторное определение индекса гигиены. Таким образом, наглядно демонстрируется изменение гигиенического состояния полости рта, что свидетельствует о улучшении чистки зубов.

В пособии также содержится информация для родителей, посвященная режиму чистки зубов, некоторым моментам питания и посещения врача-стоматолога.

Ценность предлагаемой методики состоит в том, что дети в игровой форме запоминают полученный в результате санитарно-просветительной работы информационный материал.

Применение данной методики позволяет врачу-стоматологу повысить эффективность санитарно-просветительной работы с детьми дошкольного

возраста, воспитателям и педагогам ДОУ развить в игровой форме здоровьесберегающие технологии.

На основании разработанной методики практическое занятие «Урок здоровья» в организованных детских коллективах строится следующим образом:

1. Подготовительный этап: на данном этапе преподаватель договаривается с методистами ДОУ о проведении урока здоровья, уточняется дата и время, возраст детей.

Студенты ставятся в известность о проведении ими «Урока здоровья» и начинают подготовку к мероприятию. Они имеют возможность выбрать любую форму проведения с детьми СПР по согласованию с преподавателем и педагогом ДОУ.

2. Основной этап: на данном этапе студенты проводят беседу с детьми о гигиене полости рта, определение гигиенического состояния полости рта у детей, обучают детей навыкам чистки зубов на муляжах, а также практически с теми детьми, которые имеют предметы гигиены (зубные щетки).

Воспитатели, педагоги-методисты получают книжки-раскраски, комиксы, листовки для проведения дополнительной работы с детьми.

3. Этап закрепления знаний. На данном этапе при повторном визите группы студентов дети демонстрируют свои навыки по обеспечению гигиены полости рта. Детям вручаются маленькие подарки или дипломы от Зубной Феи.

По результатам анализа проведения санитарно-просветительной работы студентами в детских дошкольных учреждениях по предложенной нами методике получены положительные отзывы методистов ДДУ, а также родителей. Нужно заметить, что со стороны студентов чувствовалась поддержка и одобрение, желание работать в таких условиях. Они проявляли дисциплинированность и заинтересованность.

Все это позволяет рекомендовать предлагаемую методику для использования в формировании здоровьесберегающих навыков у детей

дошкольного возраста, а также считать подобную работу актуальной, направленной не только на выполнение учебного плана, но и несущую функции профессиональной социализации обучающихся.

Список литературы:

1. Современные образовательные технологии: учебное пособие/ Н.В. Бордовская [и др.]; под ред. Н.В. Бордовской. – М.: КНОРУС, – 2010. 432 с.
2. Кафедре терапевтической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии 20 лет / Л.И. Егорова, М.Л. Жданова, Н.В. Тиунова // Эндодонтия today. – 2012. № 4. С. 57-59.
3. Роль воспитательной работы в процессе формирования компетенций у студентов стоматологического факультета нижегородской государственной медицинской академии / Успенская О.А., Круглова Н.В. // Cathedra – кафедра. Стоматологическое образование. – 2016. № 57. С. 60-61.

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ

Д.м.н., доцент Расулов И.М., к.м.н., доцент Абакаров Т.А.,
к.м.н., доцент Азизов М.А.
Дагестанский государственный медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии, г. Махачкала

Процесс реформирования и модернизации в подготовки медицинских работников отрасли выявили ряд проблем в профессиональной подготовке медицинских работников.

С 1 января 2016 года вступила в силу статья 69 закона № 323-ФЗ, согласно которой «Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста».

Согласно данному закону, каждый выпускник проходивший обучение в образовательной организации по Федеральным Государственным Образовательным Стандартам третьего поколения, должен пройти первичную аккредитацию, с целью допуска его к медицинской и фармацевтической деятельности.

В связи с вышеизложенным, в образовании на сегодняшний день открываются целые комплексы различных инновационных направлений, среди которых немаловажное место занимает создание и проведение занятий в симуляционных центрах.

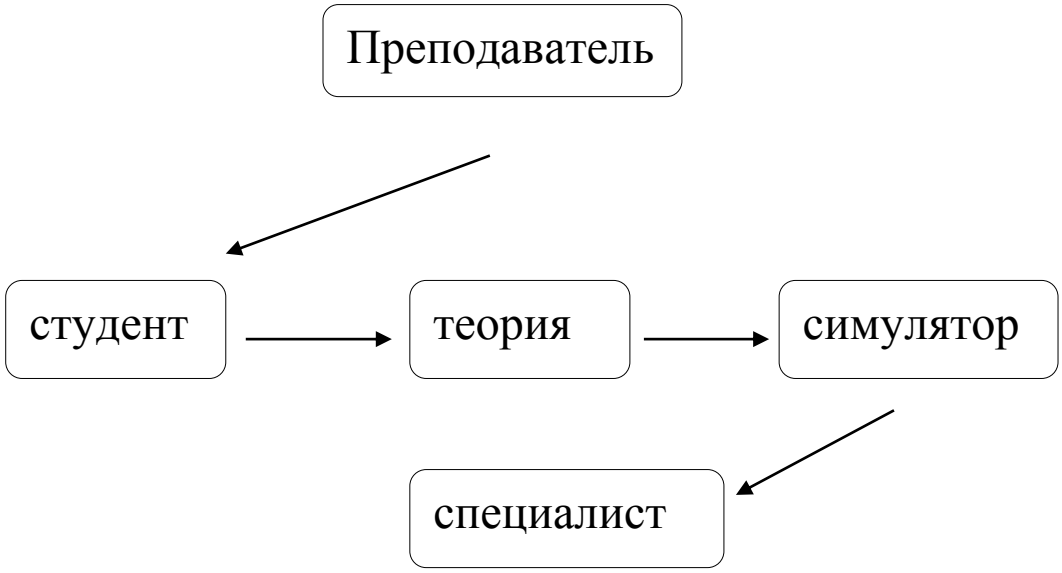
Внедрение симуляционных форм обучения – одно из важнейших направлений совершенствования подготовки студентов в современном вузе. Теперь для преподавателя недостаточно быть компетентным в области своей специальности и передавать огромною базу знаний в аудитории, заполненной жаждущими познания студентами. В процессе обучения необходимо обращать внимание в первую очередь на те методы подготовки студентов, которые позволяют применить полученные теоретические знания на практике. Одним из направления для реализации данного вида подготовки студентов является создание фантомных симуляционных центров в вузе.

Симуляционное обучение – это специальная форма организации познавательной деятельности, которая позволяет решить проблему отсутствия практической подготовки студентов. Согласно статье 69 закона № 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ». Обучающийся по программе специалитета, не имеет права осуществлять практическую подготовку во время обучения по программам специалитета, путем клинического приема лиц нуждающихся в стоматологической, в частности ортопедической помощи. Создание таких центров позволяет осуществлять подход к освоению материалов не только с теоретической, но и с практической точки зрения.

Таким образом, создание симуляционных центров на стоматологических кафедрах является крайней необходимостью. Причем

центры, на наш взгляд, необходимо создавать на каждой стоматологической кафедре, в зависимости от профиля подготовки специалистов на конкретной кафедре. На наш взгляд это связанно с тем, что обучение на симуляторах более приемлемо, чем на пациенте. Если на первоначальном этапе создания кафедральных симуляционных центров повлечет за собой определенные не малые расходы, то на этапе эксплуатации возможно экономия средств за счет дифференциации расходных материалов в зависимости от профиля подготовки специалистов.

Описанный выше подход к обучению схематически можно представить следующим образом (рис. 1).



Метод ведения занятий по данной схеме способствует форме взаимодействия студентов и преподавателя, при которой они взаимодействуют друг с другом, не только на теоретическом уровне, но и с точки зрения практического подхода к решению той или иной задачи поставленной перед обучающимся. Во время занятия студенты здесь не пассивные слушатели-теоретики, а активные участники-клиницисты.

С учетом вышесказанного, на кафедре ортопедической стоматологии были организованы занятия с применением фантомов челюстей. В ходе проведения симуляционных форм обучения наблюдалось наибольшая

заинтересованность студентов в образовательном процессе, студенты активнее участвовали в занятиях, лучше усваивали материал дисциплины, расширялся кругозор по изучаемому предмету.

В результате проведенного эксперимента были полученны следующие результаты: улучшился процесс понимания, усвоения и творческого применения знаний при решении практических задач за счет более активного включения обучающихся в процесс не только получения, но и непосредственного (здесь и теперь) использования знаний на фантомных моделях челюстей; повысилась мотивация и вовлеченность участников в решение обсуждаемых проблем, что дает эмоциональный толчок к последующей поисковой активности участников, побуждает их к конкретным действиям; удалось обеспечить не только прирост знаний, умений, навыков, способов деятельности и коммуникации, но и раскрыть новые возможности обучающихся, что является необходимым условием для становления и совершенствования компетентностей через включение участников образовательного процесса в осмысленное переживание индивидуальной и коллективной деятельности для накопления опыта, осознания и принятия ценностей; изменился не только опыт и установки участников, но и окружающая действительность, так как симуляционные методы обучения являются имитацией реальных видов деятельности.

Список литературы:

1. Самойленко А.В., Орищенко В.Ю., Стрельченя Т.Н. Развитие коммуникативной компетенции на производственной практике студентов стоматологического факультета. Украинский стоматологический альманах. Статья по специальности «Стоматология и челюстно-лицевая хирургия», – 2013. № 5. С. 115-117.

2. White JG, Krüger C, Snyman WD. Development and implementation of communication skills in dentistry: an example from South Africa. Eur J Dent Educ. 2008 Feb;12(1):29-34. doi: 10.1111/j.1600-0579.2007.00488.x.

ВЛИЯНИЕ МОДЕЛИ ОБУЧЕНИЯ НА САМООЦЕНКУ ОСВОЕНИЯ СТУДЕНТАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Д.м.н., доцент Костина И.Н.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Для лечения заболеваний зубов врачу-стоматологу необходимо выполнять местную анестезию. При блокировании периферических ветвей тройничного нерва обеспечиваются комфортные условия для пациента и качественная работа врача во время выполнения стоматологических манипуляций. Следовательно, знание видов, физико-химических свойств, механизма действия местных анестетиков, владение правильной техникой выполнения местной анестезии является важной частью учебной программы согласно Федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.03 – Стоматология. Преподавание дисциплины «Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии» входит в базовую часть основной образовательной программы подготовки врача-стоматолога [3]. Изучение этой дисциплины студентами представляет собой сложный процесс, и переход к первой инъекции у пациента часто бывает у них трудно выполнимой задачей.

На кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Уральского государственного медицинского университета за последние два года обучения проведено анонимное анкетирование студентов 4 курса стоматологического факультета для оценки качества освоения профессиональных компетенций по дисциплине «Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии».

Цель исследования – по результатам анкетирования студентов оценить качество освоения профессиональных компетенций - выполнение местной анестезии.

Материалы и методы. По окончании 7 семестра обучения проведено анонимное анкетирование студентов 4 курса стоматологического факультета: в 2016 г. – 37 (45,1%) чел., в 2017 г. – 44 (54,3%) чел. Предложенная студентам анкета позволяет провести самооценку сформированности основных профессиональных и социально-личностных компетенций.

При разработке анкеты использованы четыре группы открытых вопросов о наличии профессиональных знаний, умений, владений у студентов по изученной дисциплине «Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии», о личностных характеристиках студентов, применена оценочная шкала «освоено – частично освоено – не освоено».

Статистическая обработка полученных данных проведена на ПК с помощью программного пакета Microsoft Excel. Статистическая обработка включала методы описательной статистики.

Результаты и обсуждение

Для подготовки к практическим занятиям по дисциплине студенты 4 курса используют конспекты лекций (86,5% – 2016 г., 84,1% – 2017 г.), учебники (91,8% – 2016 г., 81,8% – 2017 г.), электронные ресурсы (94,6% – 2016 г., 79,5% – 2017 г.), учебный портал вуза educa (32,4% – 2016 г., 31,8% – 2017 г.).

На освоение дисциплины студентами 4 курса оказало влияние посещение лекций (72,9% – 2016 г., 63,6% – 2017 г.) и практических занятий (100% – 2016 г., 84,1% – 2017 г.), самоподготовка вне аудиторных занятий (81,2% – 2016 г., 72,7% – 2017 г.).

Анализ самооценки студентами теоретической подготовки (самооценка знаний) по дисциплине «Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии» показал, что полное усвоение студентами теоретического материала варьировало от 62,0% до 94,6% (2016 г.) и от 75,0% до 88,6% (2017 г.), частичное усвоение знаний – 5,4–35,1% (2016 г.) и 6,8–20,5% (2017 г.), отсутствие усвоения отдельных знаний – 2,9% (2016 г.) и 2,4% (2017 г.).

Результаты самооценки умений студентов по дисциплине «Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии» показал, что полное усвоение студентами практических навыков варьировало от 35,1% до 89,2% (2016 г.) и от 52,3% до 90,9% (2017 г.), частичное усвоение навыков – 10,8–64,9% (2016 г.) и 4,5–43,2% (2017 г.), отсутствие усвоения отдельных навыков – 0%.

Результаты самооценки студентами методов клинической работы (самооценка владений) по дисциплине «Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии» показал, что полное усвоение студентами навыков клинической работы варьировало от 21,6% до 67,6% (2016 г.) и от 59,1% до 90,9% (2017 г.), частичное усвоение навыков клинической работы – 32,4–75,7% (2016 г.) и 6,8–38,6% (2017 г.), отсутствие усвоения отдельных навыков клинической работы – 2,9% (2016 г.), 2,3% (2017 г.).

Результаты самооценки студентами личностных характеристик показал, что хорошая сформированность личных качеств у студентов варьировало от 54,1% до 83,8% (2016 г.) и от 40,9% до 84,1% (2017 г.), частичная сформированность личных качеств – 16,2–40,5% (2016 г.) и 13,6–45,5% (2017 г.), отсутствие сформированности некоторых личных качеств – 8,1% (2016 г.), 11,4% (2017 г.).

Таблица 1.

Средние показатели самооценки студентами знаний, умений, владений

Показатель	Хорошая сформированность качества		Частичная сформированность качества		Нет освоения, качество не сформировано	
	2016 год	2017 год	2016 год	2017 год	2016 год	2017 год
Самооценка знаний	82,1%	80,3%	16,7%	14,1%	2,9%	2,3%
Самооценка умений	54,1%	65,9%	45,9%	28,8%	0	0
Самооценка владений	44,6%	69,4%	86,9%	27,6%	2,9%	2,3%
Самооценка личностных характеристик	67,1%	63,8%	31,5%	29,5%	8,1%	6,9%

У опрошенных студентов достаточно хорошо развит когнитивный компонент компетенции (табл. 1). Интегративно-деятельностный компонент компетенций у опрошенных студентов развит несколько лучше, чем личностный компонент (табл. 1). В целом большинство опрошенных студентов более низко оценивают уровень своей практической подготовки по дисциплине «Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии», чем уровень теоретической подготовки. Необходимо отметить, что показатели самооценки студентами умений и владений в 2017 г. оказались выше на 11,8% и 24,8% соответственно, чем в 2016 г. обучения. В 2017 г. для отработки практических навыков студентов на кафедре были применены усовершенствованный фантом с искусственной слизистой оболочкой и биомодель.

Это исследование показало, что использование фантома и биомодели при овладении студентами техники постановки местной анестезии положительно влияет на формирование профессиональной компетенции и уровень самооценки студента повышается (табл. 1).

Недостатком обучения студентов технике местной анестезии на фантоме является плохая топография слизистой оболочки полости рта: отсутствие некоторых важных отделов слизистой оболочки полости рта (например, крылочелюстной складки). Во избежание анатомических ограничений, была применена биомодель.

Таким образом, применение фантомов и биомоделей при обучении студентов по дисциплине «Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии» положительно влияет на их подготовку к практической работе в качестве врача-стоматолога.

Дальнейшее преподавание по пути совершенствования модели обучения посредством внедрения более качественных инструментов формирования профессиональных компетенций у студентов необходимо изучать и обсуждать с внутренними и внешними потребителями образовательных услуг.

Профессиональная компетенция – это интеграция знаний, умений, навыков, полученных при изучении учебных дисциплин, прохождении производственной практики в рамках образовательной программы [1, 2]. Такой подход позволяет выполнить требования ФГОС по контролю освоения студентами компетенций, составить положение о разработке оценочных средств, проводить промежуточные оценки качества обучения студентов.

Список литературы:

1. Болонский процесс: Результаты обучения и компетентностный подход / Под ред. В.И. Байденко. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, – 2009. 536 с.

2. Мартынюк О.И., Медведев И.Н, Панькова С.В., Соловьева О.И. Опыт формирования компетентностной модели выпускника педагогического вуза как нормы качества и базы оценки результатов образования / Под общей ред. Н.А. Селезнёвой. – М., 2006. 35 с.

3. Костина И.Н. Междисциплинарный подход в преподавании дисциплины «Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии» // Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции «От качества медицинского образования к качеству медицинской помощи». – Екатеринбург, – 2017. С. 229-235.

ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

К.м.н., доцент Рунова Н.Б., к.м.н., доцент Янова Н.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Социально-экономические преобразования, происходящие сегодня в различных сферах российского общества, обусловливают реформирование рынка труда, затрагивая широкий спектр социально-профессиональных вопросов, связанных с решением проблем адаптации выпускников вузов к современным условиям профессиональной деятельности. Данные реформы

существенным образом влияют на образовательный процесс высшей профессиональной школы, предъявляя новые требования к качеству подготовки студентов. От выпускников высших учебных заведений сегодня требуется новое профессиональное мышление, высокая мобильность, компетентность, толерантность, ориентация на внутригрупповую деятельность.

Указанные требования, прежде всего, связаны с необходимостью формирования и развития критического мышления (КМ) у студентов вузов, являющегося неотъемлемой частью их профессиональной компетентности. Студенты высшей школы должны быть хорошо подготовлены к постоянному саморазвитию, инновациям, разнообразию способов достижения целей, к самостоятельному принятию решений, проявлению инициативности и коллегиальности [1].

Особую актуальность все вышеизложенное принимает при ближайшем рассмотрении изменений, происходящих в системе высшего медицинского образования. Во многом это связано с ликвидацией такого звена в процессе формирования самостоятельного врача, как интернатура. В соответствии с современными Федеральными государственными образовательными стандартами (ФГОС), в основе которых лежит компетентностный подход, студенты, закончив медицинский ВУЗ и пройдя государственную аккредитацию, выходят специалистами, готовыми к самостоятельной врачебной деятельности, а именно к работе врачами общей практики.

Однако анализ практической деятельности выпускников вузов, в большинстве случаев, свидетельствует о том, что в начале профессиональной деятельности большинство из них не умеют в полном объеме реализовывать полученные знания, умения и навыки. Выпускники вузов часто недостаточно подготовлены к реальной профессиональной деятельности, имея слабую мотивацию к эффективному взаимодействию в коллективе, рефлексии по поводу ошибок и недостатков. Поэтому важной задачей профессионального образования становится использование технологий целенаправленного и

планомерного формирования критического мышления студентов уже на этапе профессиональной подготовки.

Учитывая выше изложенное, мы считаем, что в современном вузе необходим активный переход к новым эффективным технологиям обучения, которые позволят выпускникам достаточно легко адаптироваться в современном обществе, в новой системе организации труда на основе проявления критического мышления. Современная жизнь устанавливает свои приоритеты: не простое знание фактов, не умения, как таковые, а способность пользоваться приобретенным; не объем информации, а умение получать ее и моделировать; не потребительство, а созидание и сотрудничество.

В нашей педагогической деятельности, направленной на формирование критического мышления у студентов, мы пытаемся, прежде всего, развивать у них качества, присущие этому виду интеллектуальной деятельности.

1. Наиболее значимым, ключевым признаком КМ, на наш взгляд, является самостоятельность в умозаключениях, оценках явлений и предметов, убеждениях. Это – способность добывать и анализировать информацию с опорой на свой личный опыт и известные схемы решения проблем. Отсюда, чем более полная информация о решаемой проблеме и многообразнее палитра способов разрешения проблемы, тем достовернее будет спрогнозирован результат.

2. Другой отличительной чертой развитого КМ можно считать отношение к информации: ее нахождение, анализ, отбор и применение. Это принимает особую актуальность в условиях современного сверхмощного информационного потока, который, нередко, носит недостоверный характер, когда превалирующей его характеристикой является коммерческий интерес, а не достоверность. Человек, умеющий из любой информации выделить нужное и установить связь с интересующим объектом, может справиться с проблемами любых уровней.

3. Признаками КМ можно так же считать постановку правильных вопросов, которые представляют собой решение половины задачи и разработку стратегии решения проблемы.

4. Основополагающим признаком КМ является исчерпывающая аргументация и обоснованные доводы.

5. Важным признаком КМ является учет социальных факторов в решении задачи, поэтому дискуссии и дебаты – это приемлемая форма работы по достижению цели [5].

Критичность ума крайне необходима во всех звеньях процесса проблемного обучения, поскольку везде требуется анализ, сравнение, обобщение и отрицание. Без критической оценки задачи или проблемы невозможно выдвижение предположений и гипотез. Здесь есть место для сомнений, а, следовательно, и критического подхода. Если все это наложить на медицину, то становится весьма очевидным, что критическое мышление очень тесно переплетается с таким понятием, как клиническое мышление – качество, которым в полном объеме должны обладать студенты-медики, будущие врачи.

Критическое мышление возникает на этапе подведения итогов, оценки процесса выполнения задания, решения задачи, оценки результатов деятельности или поведения, подтверждения выводов, поиске наиболее рационального способа решения проблемы, задачи. Эффективным обучение становится лишь при самообучении, так как оно наиболее прочное и сохраняется надолго, а опорой для него служит самооценка. Студенты, обладая навыками критического мышления, находят собственное решение проблемы и подкрепляют это решение разумными, обоснованными доводами. Они также осознают, что вполне возможны иные решения той же проблемы, и стараются доказать, что выбранное ими решение логичнее и рациональнее прочих [4].

Умение формировать критическое мышление и обучать ему своих студентов определяет, на наш взгляд, уровень профессиональной

компетентности преподавателя. От того, как педагог сумеет обучать студентов критически мыслить, обеспечить восприятие, понимание, запоминание, осмысление и другие мыслительные процессы, зависит продуктивность деятельности студентов, а, следовательно, и эффективность самого процесса обучения [2].

Формирование умений критического мышления требует достаточно длительного времени и наличия у студентов обширной системы знаний, включающей знания, которые ему даются в рамках формального образования (школа, вуз, курсы повышения квалификации) и знания, получаемые в результате собственной аналитической работы, критического отношения к своему опыту и самому себе. Формирование критического мышления – это процесс обучения и воспитания, в результате которого актуализируются и развиваются такие природные качества личности, как любознательность, восприимчивость, уверенность в себе, самостоятельность, коммуникабельность, свобода выражения мысли (раскованность), смелость в высказывании идей.

Поскольку это мышление социальное и наиболее полно проявляется при публичном выступлении, в дискуссии, споре, то решение групповых задач, когда происходит взаимодействие преподавателя со студентами и студентов между собой, предпочтительнее, чем индивидуальные занятия. В ходе решения групповых задач вся работа строится на творческом сотрудничестве преподавателя и студента, на развитии у студента аналитического подхода к любому материалу, происходит взаимодействие студент – преподаватель, преподаватель – студент, студент – студент через познавательную деятельность. Кроме того, в настоящее время научно доказанным является тот факт, что использование традиционных форм обучения не развивает личность в полной мере, поскольку она не позволяет развивать качества, необходимые для работы в коллективе. А это особенно актуально при обучении студентов стоматологических факультетов и вузов, так, как только коллективная работа специалистов разного профиля

(стоматологов терапевтов, ортопедов и хирургов) позволяет грамотно оценить клиническую ситуацию в каждом конкретном случае и выбрать наиболее рациональный способ лечения.

Критическое мышление формируется не только стихийно в процессе жизнедеятельности, но и особыми педагогическими средствами, путем специального обучения, выполнения упражнений, путем тренинга. В качестве наиболее эффективной формы организации обучения, способствующей формированию КМ студентов вуза, в настоящее время выделяется командная форма организации обучения, так как создание в группе проблемной ситуации позволяет вовлекать студента в активный мыслительный процесс.

Технология критического мышления дает ученику: повышение эффективности в восприятии информации; повышение интереса как к изучаемому материалу, так и к самому процессу обучения; умение критически мыслить; умение ответственно относиться к собственному образованию; умение работать в сотрудничестве с другими; повышение качества образования; желание и умение стать человеком, который учится в течение всей жизни.

Технология критического мышления дает преподавателю: умение создать в группе атмосферу открытости и ответственного сотрудничества; возможность использовать систему эффективных методик, которые способствуют развитию критического мышления и самостоятельности в процессе обучения; стать практиками, которые умеют грамотно анализировать свою деятельность. Работая в режиме технологии критического мышления, преподаватель перестает быть главным источником информации, и, используя приемы технологии, превращает обучение в совместный и интересный поиск [3].

Таким образом, мы считаем, что использование в педагогической практике высшей школы такого метода обучения, как формирование и

развитие у студента критического мышления, является современным, инновационным и требует широкого внедрения.

Список литературы:

1. Плотникова Н.Ф. Формирование критического мышления студентов вуза в условиях командной формы организации обучения: монография / Н.Ф. Плотникова. – Казань: Изд-во Казанского ун-та, 2015. 84 с.
2. Браус Дж., Вуд Д., Инвайронментальное образование в школах: пер. с англ. – NAAEE, 1994.
3. Решетников П.Е. Нетрадиционная технологическая система подготовки учителей: Рождение мастера. – М., 2000. 46 с.
4. Сорина Г.В. Критическое мышление: история и современный статус / Г.В. Сорина // Вестник Московского университета. – Серия 7. Философия. – 2003. № 6. С. 97-110.
5. Халперн Д. Психология критического мышления / Д. Халперн. – СПб.: Питер, 2000. 240 с.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ-ОРТОДОНТОВ

Солдатова Л.Н., д.м.н, профессор Хорошилкина Ф.Я., д.м.н., профессор Иорданишвили А.К.

Санкт-Петербургский медико-социальный институт, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Важнейшей составляющей в подготовке офицеров и рядового состава Вооруженных Сил Российской Федерации, способных противостоять современным вызовам и угрозам национальной безопасности государства является отбор на военную службу только граждан, отвечающих установленным требованиям к состоянию здоровья. Этому вопросу в настоящее время уделяется большое внимание, так как Президент РФ В.В. Путин в ноябре 2013 года отмечал, что система высшего военного

образования, подготовка офицерских кадров являются фундаментом Вооружённых Сил, который должен быть надёжным, прочным, отвечающим требованиям времени и рассчитанным, что очень важно, на перспективу. Поэтому состояние здоровья военнослужащих, в том числе стоматологического крайне важно. В тоже время в специальной литературе говориться о снижении скачества стоматологического здоровья молодёжи в наши дни, причиной чего является уменьшение интереса практического здравоохранения к профилактической стоматологии и повышения роли замещающих технологий. Подчёркивается, что согласно Федеральному закону от 28 марта 1998 года № 53-ФЗ «О воинской обязанности военной службе» граждане, поступающие на военную службу по призыву, а также в военные образовательные организации должны соответствовать требованиям, установленным для граждан, поступающих на военную службу по призыву или контракту, в том числе по состоянию их здоровья. В средстах массовой информации и специальной литературе стал чаще обсуждаться порядок организации и проведения медицинского освидетельствования указанных граждан который определяется Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 года № 565. В настоящее время граждане с аномалией прикуса первой степени с жевательной эффективностью менее 60% и с аномалией прикуса второй степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью менее 60% освидетельствуются по пункту «б» статьи 56 расписания болезней графы I расписания болезней и признаются В – ограниченно годными к военной службе и не годными к поступлению в военно-учебное учреждение. Граждане с аномалией прикуса второй степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью более 60%, лечение которого проводиться методом брекет-систем, освидетельствуются по пункту «в» статьи 56 расписания болезней графы I расписания болезней и признаются Б – годными к военной службе с незначительными ограничениями и показателем предназначения для

прохождения военной службы 3. Указано, что наличие у граждан назубных несъемных ортодонтических аппаратов (брекет-систем), как метода лечения аномалии прикуса первой степени (смещение зубных рядов до 5 мм включительно) не препятствует прохождению военной службы и поступлению в военно-учебные учреждения. При этом подчеркивается, что в настоящее время ортодонтическая помощь в ВС РФ практически не оказывается, в виду отсутствия специалистов. Учитывая имеющиеся проблемы в оказании ортодонтической помощи в ВС РФ до настоящего времени не исследовались вопросы связанные с дефектами дефектов медицинского освидетельствования (МО) при проведении военно-врачебной экспертизы (ВВК) лиц в связи с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА) и активным этапом ортодонтического лечения, а проводившаяся оценка знаний врачей-стоматологов, принимающих участие в проведении ВВК по этим вопросам, оказалась на низком уровне (Л.Н. Солдатова, Ф.Я. Хорошилкина, А.К. Иорданишвили, 2018).

Врачам стоматологам-ортодонтам необходимо знать, что при освидетельствовании лиц с челюстно-лицевыми аномалиями, дефектами, деформациями, последствиями увечий, другими болезнями и изменениями зубов и их опорного аппарата, болезнями челюстей, в том числе и с аномалией прикуса применяется статья 56 расписания болезней.

Граждане с аномалией прикуса первой степени с жевательной эффективностью менее 60% и с аномалией прикуса второй степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью менее 60% освидетельствуются по пункту «б» статьи 56 расписания болезней графы I расписания болезней и признаются В – ограниченно годными к военной службе и не годными к поступлению в военно-учебное заведение.

Граждане с аномалией прикуса второй степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью более 60%, лечение которого проводиться методом брекет-систем, освидетельствуются по пункту «в» статьи 56 расписания болезней графы I расписания болезней и признаются

Б – годными к военной службе с незначительными ограничениями и показателем предназначения для прохождения военной службы.

Наличие у граждан назубных несъемных ортодонтических аппаратов (брекет-систем), как метода лечения аномалии прикуса первой степени (смещение зубных рядов до 5 мм включительно) не препятствует прохождению военной службы и поступлению в военно-учебные учреждения. При этом следует подчеркнуть, что в настоящее время ортодонтическая помощь в Вооруженных силах Российской Федерации практически не оказывается, в виду отсутствия специалистов (врачей стоматологов-ортодонтов). Также следует отметить, что в тоже время, до сих пор юридически не решён вопрос о возможности приёма лиц, находящихся на ортодонтическом лечении (ношение брекет-систем) в ВВУУ при среднетяжелых формах ЗЧА, а также на военную службу по призыву и контракту. В наши дни, как правило, военно-врачебная комиссия к таким лицам подходит индивидуально, исходя из вида аномалии и степени тяжести её течения, этапа ортодонтического лечения, а также особенностей предстоящей воинской службы. Очевидно, данные проблемы в освидетельствовании молодых людей, в связи с имеющимися у них ЗЧА, нуждаются в уточнении и правовом решении.

Резюмируя вышеизложенно следует отметить наличие определённого количества призывников и абитуриентов, имеющих ЗЧА третьей степени тяжести при нарушении функции жевания более 60% свидетельствует о дефектах работы военно-врачебных комиссий, которые призваны заниматься освидетельствованием молодых людей. Помочь в решении этого вопроса на современном этапе военного здравоохранения могут телеконсультации с врачами стоматологами-ортодонтами, которые следует проводиться во время медицинского освидетельствования молодёжи и работы военно-врачебных комиссий.

Список литературы:

1. Хорошилкина Ф.Я., Вельских О.А., Лапина Н.В. Рецензия на учебное пособие Л.Н. Солдатовой, Г.А. Гребнев, А.К. Иорданишвили «Военно-врачебная экспертиза при зубочелюстных аномалиях // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2017. № 4 (60). С. 223-225.

2. Хорошилкина Ф.Я., Солдатова Л.Н., Иорданишвили А.К. Особенности фонетической реабилитации молодых людей, страдающих зубочелюстными аномалиями и проходящими ортодонтическое лечение // Ортодонтия. – 2017. № 4 (80). С. 6-10.

3. А.К. Иорданишвили, А.К. Кувшинова Монография для стоматологов и челюстно-лицевых хирургов // Военно-медицинский журнал. – 2017. Т. CCCXXXVIII, № 12. С. 70-72.

РАЗДЕЛ III. ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ УВЕЛИЧЕНИЯ ШИРИНЫ КЕРАТИНИЗИРОВАННОЙ ПРИКРЕПЛЕННОЙ ДЕСНЫ

Д.м.н., профессор Дурново Е.А., к.м.н, доцент Беспалова Н.А., к.м.н, доцент Янова Н.А., Корсакова А.И.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Нижний Новгород

Введение. В настоящее время одной из распространенных проблем стоматологии являются заболевания пародонта, связанные с дефицитом прикрепленной кератинизированной десны. Это такие состояния мягких тканей пародонта, как мелкое преддверие полости рта, рецессии десны.

По официальным данным ВОЗ частота встречаемости мелкого преддверия полости рта до 62,6%, а распространенность рецессии десны от 11,6% у 15-летних подростков до 100% у лиц старше 64 лет.

Для поддержания клинического здоровья пародонта необходима функционально адекватная зона кератинизированной прикреплённой десны. Широкая полоса плотной десны препятствует распространению воспалительного процесса. Узкая зона кератинизированной десны приводит к развитию деструктивных процессов в пародонте, обнажению шеек зубов, развитию рецессий.

Доказана корреляция между шириной кератинизированной прикреплённой десны и биотипом пародонта [11]. Различают тонкий, средний, толстый и комбинированный биотип пародонта [7]. Тонкий биотип чаще всего характеризуется либо отсутствием кератинизированной прикреплённой десны, или её шириной менее 1 мм. Именно данное

состояние наиболее часто приводит к рецессии десны с обнажением цементно-эмалевой границы и поверхности корня [12].

Orban B. впервые описал термин прикреплённой десны, как часть десны, которая прочно связана с подлежащими зубами и костью [17]. Широкая зона кератинизированной прикреплённой десны представляет собой защитный барьер от воспаления и сил, действующих во время жевания, чистки зубов, ортодонтического лечения [16, 13]. Ширина кератинизированной десны определяется как расстояние от свободного десневого края до мукогингивального соединения. Ширина прикреплённой десны определяется путём вычитания глубины десневой борозды от значения ширины кератинизированной десны [9] (рис. 1 [24]).

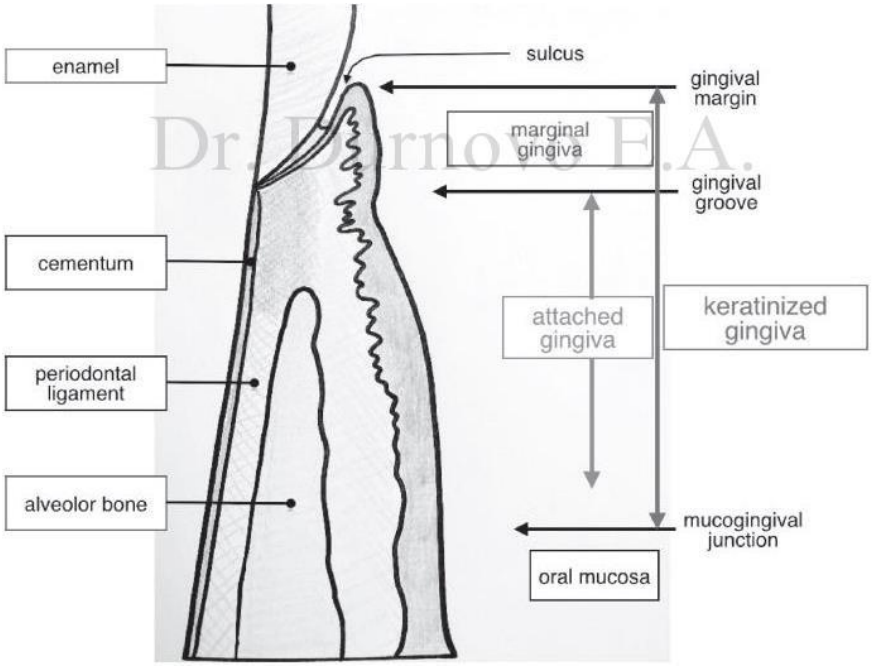


Рис. 1. «Схематическое изображение строения пародонтального комплекса».

Доказана тесная взаимосвязь между процессом прорезывания зубов и формированием десны [2, 15, 18, 4]. В ходе развития зубочелюстной системы, прорезывания зубов происходят определённые изменения морфологии пародонтального комплекса. Изменения эти связаны с положением зуба в альвеоле после прорезывания. Положение зубов в дуге влияет на ширину кератинизированной прикреплённой десны. Движение как молочных, так и

постоянных зубов в процессе прорезывания в вестибулярном и оральном направлениях вызывает изменение ширины зоны прикреплённой кератинизированной десны [2]. Так, у зубов, распложенных орально после прорезывания, имеется более широкая прикреплённая десна с вестибулярной стороны. Напротив, зубы с вестибулярным положением имеют более узкую десну, чем правильно расположенные зубы [2, 15, 18, 4, 1, 8].

Кроме положения зубов, на формирование прикреплённой десны влияют и другие факторы. Так, неправильное прикрепление уздечек губ и языка, выраженные щёчно-альвеолярные тяжи, мелкое преддверие полости рта приводят к развитию синдрома «натяжения» (pull syndrome) [24] (рис. 2). Данный синдром приводит к нарушениям развития пародонтального комплекса, что проявляется, в первую очередь, узкой зоной кератинизированной прикреплённой десны. А это в ходе дальнейшего функционирования зубочелюстной системы может приводить к формированию десневых рецессий.



Рис. 2. «Клинический пример синдрома «натяжения».

В случае дефицита кератинизированной прикреплённой десны, необходимо проведение хирургического вмешательства для её увеличения. В настоящее время российские и зарубежные ученые ведут исследования по данному вопросу. Таким образом, изучение хирургических методик по увеличению уровня кератинизированной прикреплённой десны в области зубов является актуальным.

Целью данной работы является определение эффективности способов увеличения ширины кератинизированной прикрепленной десны в области зубов в разных клинических ситуациях.

Материалы и методы

Нами был обследован и прооперирован 21 пациент.

Для определения ширины кератинизированной прикреплённой десны использовали следующие методы [3]:

1. Визуальный метод (рис. 3), основанный на разнице в цвете между подвижной слизистой и кератинизированной прикреплённой десной.



Рис. 3. «Визуальный метод».

2. Функциональный метод (рис. 4), при котором граница между подвижными и неподвижными тканями определяется путём скольжения пародонтального зонда горизонтально от преддверия в сторону десневого края с лёгким нажимом, формируя «валик» [10].



Рис. 4. «Функциональный метод».

3. Гистохимический метод (рис. 5), при котором мукогингивальное соединение устанавливается визуально после окрашивания пародонтального комплекса раствором Люголя. Слизистая оболочка отличается от ороговевающей десны содержанием гликогена, кислой фосфатазы, неспецифической эстеразы и увеличенным количеством эластических волокон, что даёт йод-положительную реакцию [23, 14, 22]. Прикреплённая кератинизированная десна не содержит гликоген в самом поверхностном слое, что даёт йод-негативную реакцию. Таким образом, окрашивание раствором Люголя позволяет чётко оценить положение мукогингивального соединения.



Рис. 5. «Гистохимический метод».

В зависимости от типа биотипа и уровня кератинизированной прикрепленной десны пациентам проводилось соответствующее хирургическое лечение (операция по изменению биотипа, апекально смещённый лоскут, свободная трансплантация мягких тканей, стрип пластика).

В случае тонкого биотипа пародонта, симптома «стиральной доски», отсутствии прикрепления, наличия фенестраций вестибулярной кортикальной пластинки в области зубов проводилась операция по изменению биотипа пародонта.

При среднем или комбинированном биотипе мягких тканей при уровне кератинизированной прикрепленной десны 1–2 мм проводилась

вестибулопластика методом апекально смещённого лоскута. Горизонтальный фестончатый разрез при данной методике проводят в пределах кератинизированной десны, расщепляя её. Слизистый лоскут смещают апекально, фиксируя в глубине преддверия к надкостнице (рис. 6).



Рис. 6. «Этапы операции вестибулопластики апекально смещённым лоскутом».

Таким образом, открытая надкостница по всему периметру окружена ороговевающим эпителием, что позволяет увеличить ширину кератинизированной прикреплённой десны в апекально-коронарном измерении [5]. Основным преимуществом данного метода является отсутствие дополнительной донорской зоны и сопряжённых с этим осложнений (кровотечение, риск некроза лоскута, больший дискомфорт у пациента) [6]. Кроме того, данная методика позволяет устранить синдром «натяжения», а так же получить ткани соответствующего цвета окружающим. Основным условием для проведения данной методики, как и основным её недостатком, является наличие минимального уровня прикреплённой десны (от 1 мм). В случае полного отсутствия прикрепления на ограниченных участках, а также при выраженном тонком биотипе и тонкой надкостнице данную методику следует сочетать с пересадкой свободных десневых трансплантатов. К недостаткам данного метода можно

отнести сложную технику препарирования и наличие открытой раны, длительно заживающей вторичным натяжением с большим риском инфицирования и обнажения костной ткани.

При отсутствии кератинизированной десны в области зубов создать её можно только с помощью трансплантации аналогичной ткани. Трансплантация полнослойного десневого лоскута с нёба впервые была предложена Seibert J.S. в 1983 г. [19, 25, 20, 21]. «Золотым» стандартом для создания кератинизированной прикреплённой десны при её отсутствии считается свободный расщеплённый эпителизированный трансплантат с нёба (свободный десневой трансплантат – СДТ) (рис. 7-9). Предпочтение трансплантатам с нёба отдаётся по следующим причинам: 1) Направление и диаметр сосудов нёба совпадает с таковым на принимающем ложе; 2) Генетически однородная ткань с альвеолярной десной; 3) Возможность взять достаточно большой объем тканей.



Рис. 7. «Диагноз: мелкое преддверие нижней челюсти, десневые рецессии I класса по Miller в области зубов 3.1, 4.1».

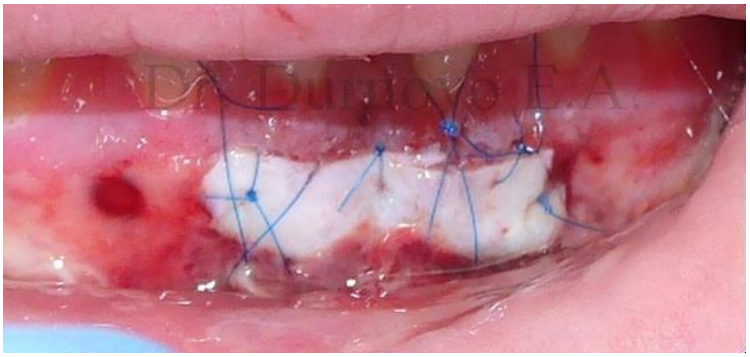


Рис. 8. «Операция вестибулопластики по Кларк со свободным десневым трансплантатом».



Рис. 9. «Состояние через 8 месяца».

Основным недостатком данной техники является наличие открытой раны на нёбе, которая заживает вторичным натяжением и часто сопровождается длительными болевыми ощущениями, кровотечением, рубцеванием.

Также недостатком данной техники является то, что трансплантат может значительно отличаться от окружающих тканей, создаётся эффект «заплатки» (рис. 10). Кровоснабжение такого трансплантата осуществляется только со стороны подлежащей надкостницы, что сохраняет риск его некроза.

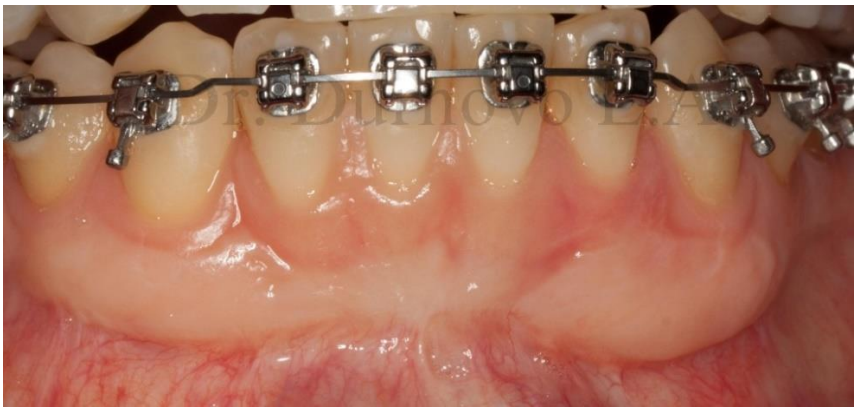


Рис. 10. «Эффект «заплатки» после использования СДТ».

При среднем и комбинированном биотипе мягких тканей с целью уменьшения площади донорской зоны на нёбе возможно использование свободного десневого трансплантата меньшего объёма. Трансплантат в виде полоски (strip gingival graft) фиксируется в глубине преддверия для увеличения ширины прикреплённой кератинизированной десны. Для закрытия

открытой раневой поверхности в преддверии полости рта используется ксеногенная коллагеновая матрица (Mucograft). Основным преимуществом данного метода является то, что стрип техника позволяет увеличить зону прикреплённой кератинизированной десны на значительном протяжении, при этом у пациента не возникают болезненные ощущения в области донорского участка. Это обеспечивается тем, что свободный десневой трансплантат с нёба забирается в виде тонкой полоски шириной 3 мм.

Заключение. Изучением хирургических методик увеличения уровня кератинизированной прикреплённой десны в настоящее время занимаются многие ученые и практикующие врачи во всём мире. Это связано с тем, что достаточный уровень прикрепленной десны позволяет обеспечить хорошую гигиену в области зубов, создавая прочный барьер для микроорганизмов. Это обеспечивает нормальное функционирование пародонта. Напротив, отсутствие прикрепления, выраженные мышечные щёчно-альвеолярные тяжи, короткие уздечки приводят к нарушению кровоснабжения тканей пародонта, ретенции пищевых остатков, и как следствие, развитию деструктивных заболеваний пародонта, десневым рецессиям. Таким образом, знание и владение врачом хирургическими методиками увеличения уровня прикреплённой десны способно обеспечить стабильность тканей в области зубов, создавая прочный барьер для микроорганизмов и тем самым обеспечивая нормальное функционирование тканей пародонта, что играет большую роль в профилактике развития десневых рецессий.

Список литературы:

1. Andlin-Sobocki A. Changes of facial gingival dimensions in children // J Clin Periodontol. – 1993. № 20. P. 212-218.
2. Andlin-Sobocki A., Bodin L. Dimensional alterations of the gingiva related to changes of facial/lingual tooth position in permanent anterior teeth of children. A 2-year longitudinal study // J Clin Periodonto. – 1993. № 20. P. 219-224.
3. Bhatia G., Kumar A., Khatri M., Bansal M., Saxena S. Assessment of the width of attached gingiva using different methods in various age groups: A clinical study // J Indian Soc Periodontol. – 2015. № 2. P. 199–202.

4. Bowers G.M. A study of the width of attached gingiva // J Periodontol. – 1963. № 34. P. 201-209.

5. Carnio J., Camargo P.M., Passanezi E. Increasing the apico-coronal dimension of attached gingiva using the modified apically repositioned flap technique: a case series with a 6-month follow-up // J Periodontol. – 2007. № 9. P. 1825-1830.

6. 17. Carnio J., Camargo P.M., Pirih P.Q. Surgical Techniques to Increase the Apicocoronal Dimension of the Attached Gingiva: A 1-Year Comparison Between the Free Gingival Graft and the Modified Apically Repositioned Flap // Int J Periodontics Restorative Dent. – 2015. № 4. P. 571-578.

7. Fischer K.R., Richter T., Kebschull M., Petersen N., Fickl S. On the relationship between gingival biotypes and gingival thickness in young Caucasians // Clinical Oral Implants Research. – 2015. № 8. P. 865–869.

8. Geiger A.M. Mucogingival problems and the movement of mandibular incisors: a clinical review // Am J Orthod. – 1980. № 78. P. 511-527.

9. Hall W.B. The Current Status of Mucogingival Problems and Their Therapy // Journal of Periodontology. – 1981. № 9. P. 569-575.

10. Hilming F., Jervoe P. Surgical extension of vestibular depth. On the results in various regions of the mouth in periodontal patients // Tandlaegebladet. – 1970. № 74. P. 329–343.

11. Jyotsna S., Varsha J.R., Prajakta R.R., Aardra A.P., Deepak G.L., Roshan K.S. Correlation of gingival thickness with gingival width, probing depth, and papillary fill in maxillary anterior teeth in students of a dental college in Navi Mumbai // Contemporary Clinical Dentistry. – 2016. № 4. P. 535-538.

12. Kaya Y., Alkan O., Keskin S. An evaluation of the gingival biotype and the width of keratinized gingiva in the mandibular anterior region of individuals with different dental malocclusion groups and levels of crowding // Korean J Orthod. – 2017. № 3. P. 176–185.

13. Lang N.P., Loe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health // J Periodontol. – 1972. № 10. P. 623-627.

14. Lozdan J., Squier C.A. The histology of the muco-gingival junction // J Periodontal Res. – 1969. № 4. P. 83–93.

15. Maynard J.G., Ochsenbein C. Mucogingival problems, prevalence and therapy in children // J Periodontol. – 1975. № 46. P. 543-552.

16. Ochsenbein C, Maynard J.G. The problem of attached gingiva in children // ASDC J Dent Child. – 1974. № 4. P. 263-272.

17. Orban B. Clinical and histologic study of the surface characteristics of the gingiva // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. – 1948. № 9. P. 827-868.

18. Rose S.T., App G.R. A clinical study of the development of the attached gingiva along the facial aspect of the maxillary and mandibular anterior teeth in the deciduous transitional and permanent dentition // J Periodontol. – 1973. № 44. P. 131-149.

19. Seibert J.S. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II. Prosthetic/periodontal interrelationships // Compend Contin Educ Dent. – 1983. № 6. P. 549-562.

20. Seibert J.S. Reconstruction of the partially edentulous ridge: gateway to improved prosthetics and superior aesthetics // Pract Periodontics Aesthet Dent. – 1993. № 5. P. 47-55.

21. Seibert J.S., Louis J.V. Soft tissue ridge augmentation utilizing a combination onlay-interpositional graft procedure: a case report // Int J Periodontics Restorative Dent. – 1996. № 4. P. 310-321.

22. Tencate A.R. The distribution of acid phosphatase, non-specific esterase and lipid in oral epithelia in man and the macaque monkey // Arch Oral Biol. – 1963. № 8. P. 747–753.

23. Weinmann J.P., Meyer J., Mardfin D., Weiss M. Occurrence and role of glycogen in the epithelium of the alveolar mucosa and of the attached gingiva // Am J Anat. – 1959. № 104. P. 381–402.

24. Wyrębek B., Orzechowska A., Cudziło D., Plakwicz P. Evaluation of changes in the width of gingiva in children and youth. Review of literature // Dev Period Med. – 2015. № 2. P. 212-218.

25. Zarone F., Matarasso S., Seibert J.S. Full-thickness onlay grafts in the correction of the deformity of partially edentulous ridges // Minerva Stomatol. – 1986. № 6. P. 637-649.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА

К.м.н. Мишина Н.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Нижний Новгород

Нос – сложная трехмерная конструкция, которая выполняет важную эстетическую и функциональную роль, наиболее выступающая, центральная часть лица, характерная для данного человека [13, 14, 18]. В результате

перенесенной травмы форма носа может резко измениться, возникает с – или s-образное искривление (риносколиоз), западение (ринолордоз) или появление горба (ринокифоз) [7, 8, 18]. Наиболее сложной деформацией является комбинация ринолордоза, ринокифоза и риносколиоза. Повреждение мягких тканей приводит к образованию рубцов на коже, слизистой оболочке и в области хрящей, вызывая дополнительную краевую деформацию носовых отверстий, перегородки, сужение носовых ходов, нарушение внутреннего носового клапана. Таким образом, нарушается носовое дыхание, изменяется внешний вид, появляется психологическая, а иногда и социальная проблема, так как неудовлетворительная форма носа считается серьезным косметическим недостатком [12, 19]. Особенно выраженное обезображивание лица возникает при скуло-носо-орбитальной и лобно-носовой травме [16, 18].

В настоящее время разработаны различные методики ринопластики, которые в зависимости от выраженности деформации, а иногда и дефекта костно-хрящевого отдела, могут быть выполнены открытым или закрытым методом по G. Peek, J. Sheen [19]. Но большинство авторов, отдает предпочтение наружному оперативному доступу, позволяющему хорошо визуализировать операционное поле во всех проблемных местах, устанавливать рабочие инструменты в труднодоступных отделах костей носа, костной части перегородки (сошника и перпендикулярного отростка решетчатой кости), выполнять остеотомию, резекцию деформированных хрящей, забор донорской хрящевой ткани, восполнить недостатки, восстанавливать трехмерную симметрию, и самое главное, свободное носовое дыхание [5, 13, 19].

Планирование хирургического лечения возможно после тщательного анализа имеющегося косметического недостатка, состояния носовой перегородки и жалоб пациента. Однако, часто прослеживается преобладание эстетических жалоб над функциональными. Для адекватной оценки роли носовой перегородки в деформации наружного носа необходимо проводить

фотоанализ, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) в коронарной и аксиальных проекциях, эндоскопию полости носа (рис. 5). Л.Л. Павлюк-Павлюченко предлагает при планировании операции использовать векторную модель носа, что позволяет без агрессивной деструктивной техники модифицировать высоту, ширину, длину носа и его отдельных частей, не разрушая при этом биомеханику носа [13].

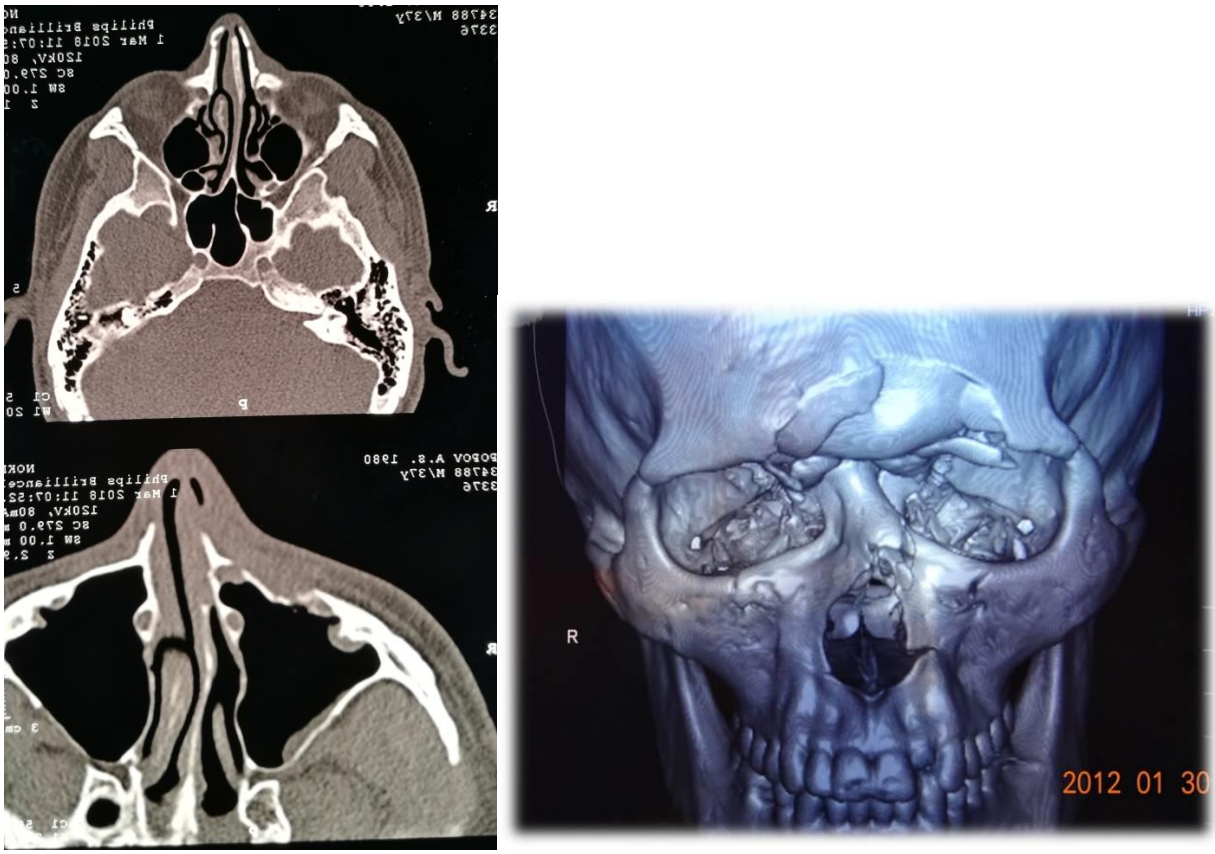


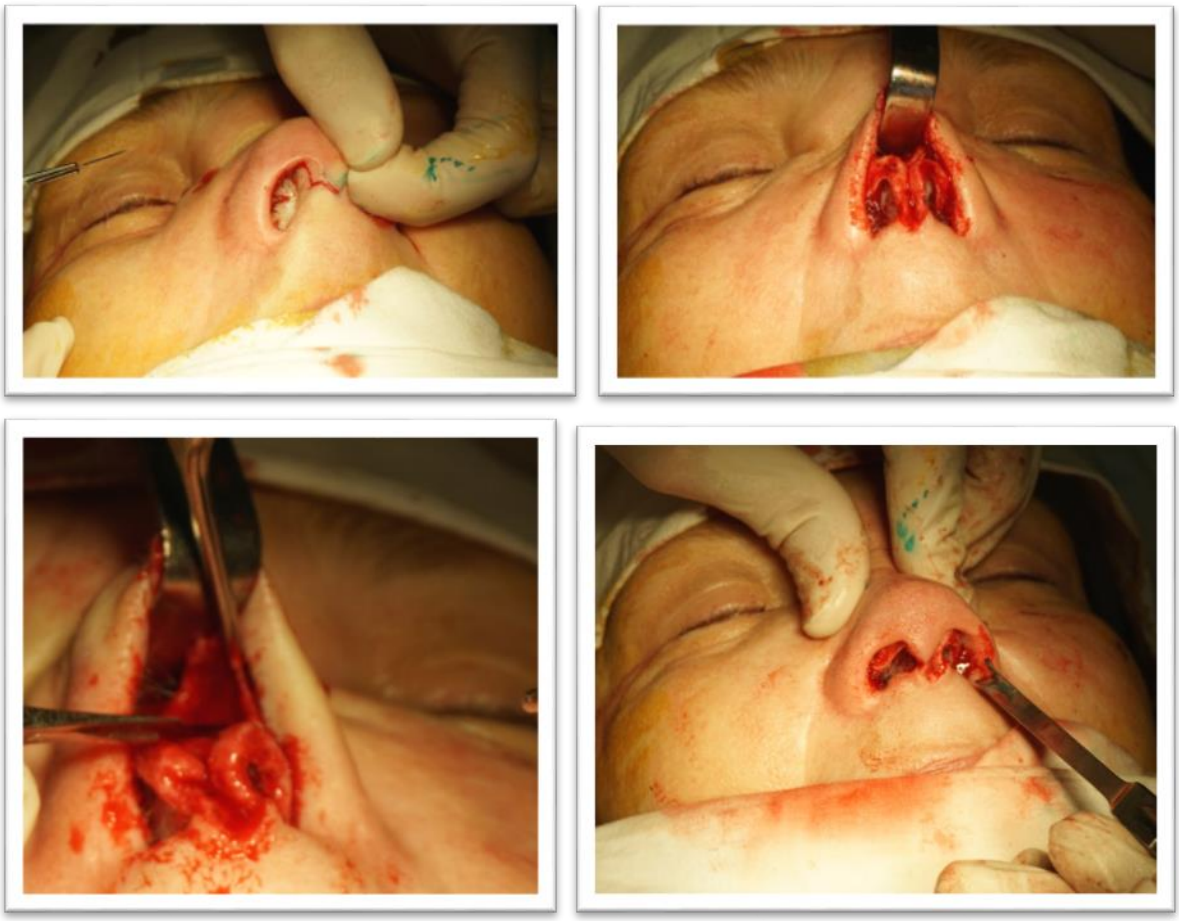
Рис. 1. МСКТ костей лицевого скелета.

Таким образом, в предоперационный период очень важно правильно провести консультацию больного, которая складывается из нескольких посещений. При первом обращении клинически оценивается степень изменения носа и прилежащих областей (лобной, скулоорбитальной), определяется психическое состояние, назначается обследование. При втором посещении с пациентом детально обсуждаются имеющиеся у него проблемы с учетом выявленных изменений на МСКТ и фотографиях, объясняется методика оперативного вмешательства, способы восстановления контуров

кончика и спинки носа, согласуя пожелания пациента с имеющимися возможностями. Большинство пациентов просят восстановить симметрию носа и носовое дыхание, не вдаваясь в подробности послеоперационного периода. Поэтому очень важно обсудить послеоперационное состояние носа, реабилитацию в течение нескольких месяцев, а иногда и года, так как предстоящая операция окажется для него новым травматическим повреждением и будет протекать по всем законам заживления костной, хрящевой и мягкой ткани с образованием послеоперационных рубцов, в полости носа и на колумелле [13, 14, 15, 19].

Для выполнения операции наружным доступом производится V-образный разрез в нижнем отделе кожной части перегородки (колумелле) под выпуклостью, ближе к верхней губе. Край этого разреза продлевается в полость носа на 2 мм, идет вертикально вверх по внутренней поверхности колумеллы вдоль медиальных ножек крыльных хрящей до латеральных ножек, переходя в передний эндоназальный разрез, отступя от края кожи крыла носа на 4–5 мм до основания ноздри. Осторожно производится мобилизация кожи по границе медиальной и латеральной ножек, то есть обнажается кончик носа, затем продолжается мобилизация кожи над спинкой до переносицы. При таком подходе хорошо визуализируется деформированный костно-хрящевой отдел спинки для прямой остеотомии. Для выполнения боковой остеотомии рассекается надкостница выше крыла носа от apertura periformis вверх до корня носа. Затем, используя гидропрепаровку, мобилизуется надхрящница и надкостница перегородки носа до носолобного шва. Современные распаторы позволяют выполнить эти манипуляции крайне осторожно и малотравматично, даже в рубцово-измененных деформированных участках [10, 17, 19]. Операционное поле подготовлено к выполнению остеотомии (боковой, прямой и перегородки), резекции деформированных хрящей и восстановлению правильной анатомической формы носа [7, 8, 10]. Часто для полного устранения деформации не хватает ткани, кроме этого восстановление хрящевых и

костных структур наружного носа и его перегородки сопровождаются нежелательными последствиями: неровностями спинки носа, и контурирование этих неровностей через кожу. В этих случаях для выравнивания и поднятия спинки носа приходится использовать различные имплантаты или трансплантаты – реберный аллохрящ, консервированный в растворе «Биопласт», аутохрящи из ушной раковины (рис. 2) или реберного хряща. Кроме этого многие авторы рекомендуют покрытие спинки носа для ровных контуров фасциальным аллотрансплантатом, аутотрансплантатом из надхрящницы ушной раковины, использование белково-тромбоцитарного покрытия, аутотрансплантата из широкой фасции бедра, темпоро-париетальных или ретроаурикулярных аутотрансплантатов, аллотрансплантатов из твердой мозговой оболочки. Трансплантаты должны быть определенной формы для расширения спинки, для формирования кончика «в виде стропилки», по Peek или по Sheen [1, 2, 4, 6, 7, 8, 9].



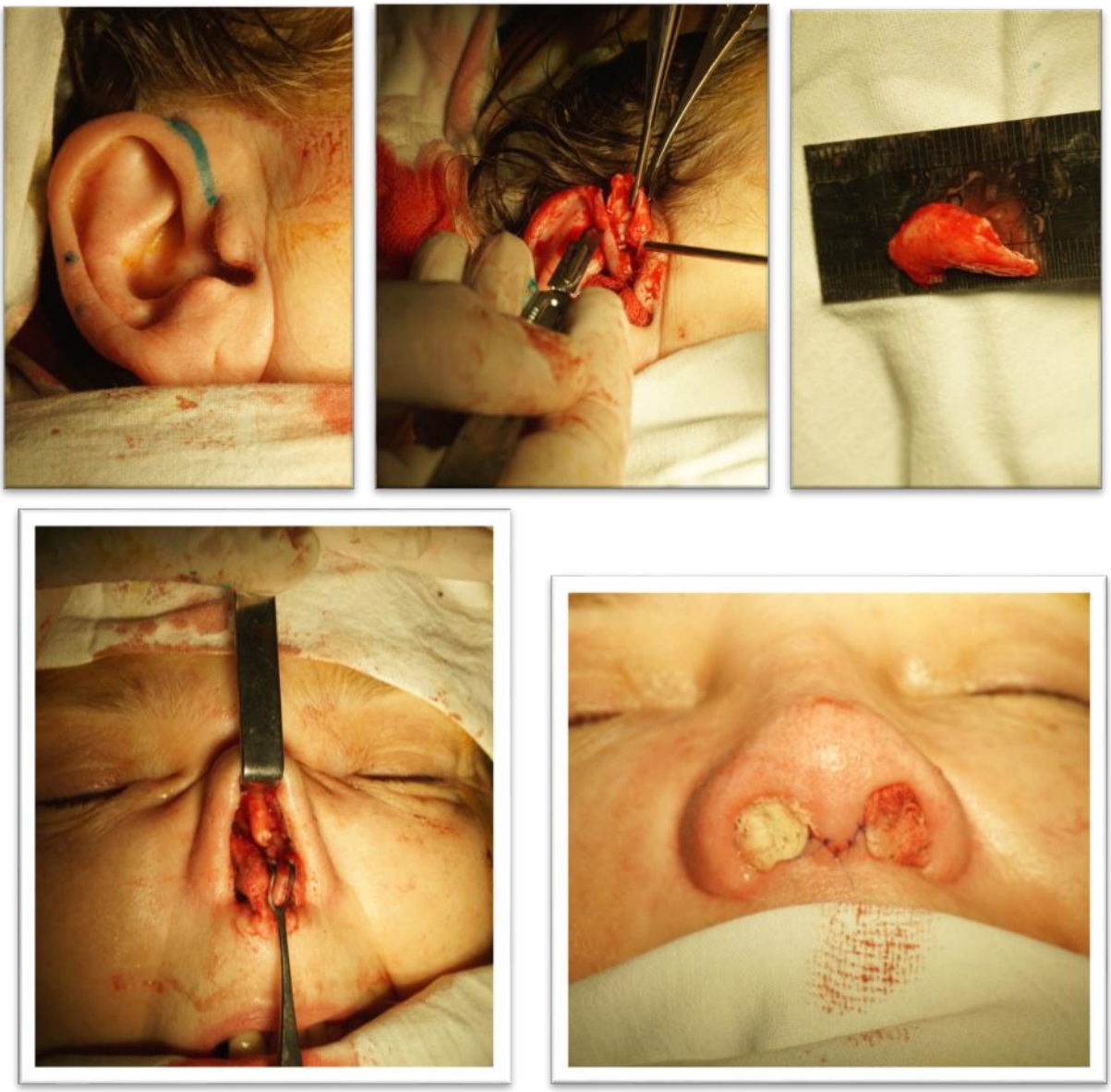


Рис. 2. Этапы операции ринопластики с применением хрящевого аутотрансплантата из ушной раковины.

Итак, хирургическое лечение посттравматических деформаций носа, характеризующихся искривлением, западением спинки или образованием горба, часто сопровождающиеся асимметрией кончика носа требует сложного оперативного лечения, техника которого в настоящее время хорошо разработана.

В настоящем исследовании представлен собственный опыт работы по лечению последствий сложной травмы носа с 2013 г. по 2018 г. на клинических базах кафедры хирургической стоматологии и челюстно-

лицевой хирургии (отделение челюстно-лицевой хирургии стационара № 3 ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России и отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко»). Именно за этот период у нас сформировались группы пациентов: с субтотальным и тотальным посттравматическими дефектами костно-хрящевого отдела носа и с переломом костей носа со смещением отломков в стадии неполной консолидации.

В исследование включены 62 человека в возрасте от 18 до 64 лет. Из них мужчин 48, женщин 14 (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных по заболеванию и полу

Пол	**1 группа** Перелом костей носа со смещением отломков в стадии неполной консолидации	**2 группа** Посттравматическая деформация костно-хрящевого отдела носа	**3 группа** Сочетанная травма (лобно-носовая, скуло-носо-орбитальная)
М	7	37	4
Ж	4	8	2
Итого	11	45	6

Первую группу составили 11 пациентов, имеющих перелом костей носа в стадии неполной консолидации, давность травмы составила 15–30 дней. Во вторую группу вошли 45 пациентов, получивших одну или несколько травм носа от 3–30 лет назад. Третью группу составили 6 пациентов, имеющих сочетанную травму: скуло-носо-орбитальную и лобно-носовую (6 человека). Давность травмы от одного до шести месяцев. Период послеоперационного наблюдения в первой группе составил от 1 до 3 месяцев. Во второй и в третьей группах от одного месяца до одного года.

Пациенты первой группы имели жалобы на изменение формы носа и затруднение носового дыхания. Травматические повреждения получены в быту, за медицинской помощью обращались через 2–10 дней. Пациенты были осмотрены ЛОР-врачами, травматологами и получили рекомендации обратиться к пластическому хирургу через 1 месяц. При клиническом обследовании выявлено асимметрия носа, западение спинки носа со стороны полученного удара, наличие горба, болезненность при пальпации. патологической подвижности отломков не обнаружено, гематома в стадии рассасывания. Больным проведено рентгенологическое обследование: на рентгенограмме костей носа и обзорной рентгенограмме выявлен перелом костей носа со смещением. Проведение классической репозиции костей носа на этой стадии невозможно, показана закрытая ринопластика с репозицией костей. Под эндотрахеальным наркозом произведены передние эндоназальные разрезы. Мобилизована кожа вместе с надкостницей в месте перелома костей носа, скальпелем рассечена фиброзная ткань между отломками, отломки мобилизованы, после чего произведена репозиция костей носа традиционным способом через полость носа. В левую и правую носовые полости введены йодоформные турунды с левомеколем под контролем восстановления симметрии и прежней формы носа, на спинку носа наложен гипсовый лонгет. Удаление лонгета и турунд, снятие швов проводилось на 7 сутки. Пациентам в послеоперационном периоде проведена противовоспалительная терапия, магнитотерапия, УВЧ-терапия, сосудосуживающие капли в нос. Форма носа и носовое дыхание у всех больных были восстановлены (рис. 3).



Рис. 3. Пациент С., 18 лет. Диагноз: Перелом костей носа со смещением отломков в стадии неполной консолидации. До и после операции закрытой ринопластики, репозиции костей носа.

Вторую группу составили 45 пациентов, которые имели выраженную деформацию костно-хрящевого отдела носа. У всех больных отмечено нарушение носового дыхания, психологическое угнетение, у 5 пациентов – снижение качества жизни из-за невозможности устроится на работу в сферу обслуживания.

Клинически у 6 больных выявлено ринолордоз, у 8 – риносколиоз и ринокифоз, у 31 – риносколиоз и ринолордоз. Больным проведено МСКТ обследование, выявлена деформация костно-хрящевого отдела носа, сужение одной и расширение другой половины носа. Все больные прооперированы под эндотрахеальным наркозом. Выполнена ринопластика открытым методом. В каждой группе оперативное вмешательство имело свои особенности, зависящие от клинической и рентгенологической картины. Но во всех случаях нами была выделена SMAS вместе с надхрящницей и надкостницей над костно-хрящевым отделом носа. После прямой остеотомии SMAS укладывалась на репонированные кости носа. Толстый слой SMAS с

надхрящницей и надкостницей создавал гладкую поверхность, что предупреждало контурирование неровностей через кожу. Кроме этого дополнительно у 15 пациентов для создания более выраженной, ровной спинки носа нами использовалась сетка «Parietene™».

При ринолордозе спинка носа имела неровный прогиб и широкое основание. Полость носа была уменьшена в вертикальном направлении, поэтому основная задача заключалась в увеличении носа в высоту и некоторое сужение основания. Для этого были выполнены боковые остеотомии (традиционно) и 2 прямые, при которых кости носа были отделены от костной части перегородки, стали свободными и мобилизованы вверх. Хрящевая часть перегородки осторожно выделена. Она была деформирована в местах перелома, утолщена, имела выступы в виде бугров, тем самым сужая полость носа. Эти измененные участки резецированы, перегородка выровнена, иссеченные фрагменты хряща использованы как аутотрансплантаты. У двух больных дополнительно взяты аутотрансплантаты размерами 1х1,5 см из четырехугольного хряща. Из них вырезана г-образная «стропилка», которая швами фиксирована между медиальными ножками крыльных хрящей. Оставшийся хрящевой трансплантат в вид полосок уложен на мобилизованные кости носа и хрящевую часть перегородки, закрыт мобилизованным лоскутом SMAS с надкостницей и надхрящницей. Лоскут пришит швами к SMAS на скате носа. Дополнительно для более выраженной ровной линии по спинке носа положена сетка «Parietene™» в виде полосок шириной 0,5 см, а сверху сетка над всей поверхностью костно-хрящевого отдела носа. Кожный лоскут помещен на место, раны зашиты, в носовые ходы введены йодоформные турунды, прижимающие слизистую оболочку носа с надхрящницей к перегородке носа, фиксирующие костные фрагменты носовых костей в новом поднятом положении. Пальцами левой руки контролируется положение носовых костей при введении йодоформных турунд. Кожа носа прижата гипсовым лонгетом (рис. 4).



Рис. 4. Пациент К., 64 года. Диагноз: Посттравматическая деформация носа (риносколиоз, ринолордоз). До и после операции ринопластики.

Для создания более высокой спинки и поднятия кончика носа у 4-х пациентов использовался аутотрансплантат из хряща 7 ребра.

Риносколиоз и ринокифоз выявлен у 8 пациентов, то есть выраженное искривление и горб костно-хрящевого отдела. Для удаления горба, произведена прямая остеотомия с предварительной мобилизацией слизистой оболочки носа и произведены боковые остеотомии, остеотомия перегородки, подслизистая резекция или рассечение деформированных участков четырехугольного хряща, резекция деформированных латеральных ножек крыльных хрящей, репозиция костей носа, фиксация хрящей в симметричном положении швами. Лоскут SMAS с надкостницей и надхрящницей уложен на исправленный костно-хрящевой отдел носа, фиксирован швами. Кожа носа перемещена на место, раны зашиты, в носовые ходы введены йодоформные турунды под пальпаторным контролем, гипсовый лангет на костно-хрящевой отдел носа (рис. 5).



Рис. 5. Пациентка В., 18 лет. Диагноз: Посттравматическая деформация носа (риносколиоз, ринокифоз) До и после операции ринопластика.

Риносколиоз и ринолордоз имелся у 31 пациента. Это наиболее тяжелая травма, при которой кроме западения спинки, имелся у 25 больных и горб на другой стороне, сужение полости носа по высоте и по ширине с одной стороны, с другой – по высоте. Остеотомия костей носа выполнялась по той же методике, что и больным с ринолордозом. Для исправления положения перегородки носа произведена остеотомия костного отдела, и резекция хрящевой части с предварительной отслойкой слизистой оболочки с надхрящницей и слизисто-надкостничного лоскута. Но для восстановления высоты спинки у 6 пациентов использовался имплантат «Medpor», у 5 – аутотрансплантат из четырехугольного хряща, у 2 – аутотрансплантат из хряща 7 ребра, у 1 пациентке – аутотрансплантат из ушной раковины. У 15 больных для предупреждения неровных контуров спинки дополнительно сверху на SMAS уложена мембрана «Parietene^{TM}».

Третью группу больных составили 6 человек, имеющих сочетанную травму. Им произведены симультанные операции: 2 пациентам одновременно с операцией на лобной пазухе произведена ринопластика, 4 пациентам одновременно с операцией в области скулоглазничного комплекса произведена ринопластика закрытым методом (рис. 6).



Рис. 6. Пациент В, 28 лет. Диагноз: Посттравматическая деформация носа (риносколиоз, ринолордоз), передней стенки лобной пазухи. До и после операции ринопластики, пластики передней стенки лобной пазухи коронарным и эндоназальным доступами.

В ранний послеоперационный период у двух больных было ухудшение общего состояния, сопровождающееся головокружением и общей слабостью, несмотря на медикаментозное лечение в течение 8–10 дней. У 1 пациента образовались синехии, через 6 месяцев ему была произведена операция лор-врачом. У 1 больного в ранний послеоперационный период был пролежень от гипсового лонгета, в результате чего на коже крыла носа образовался рубец 0,5х0,5 см. У 3 больных через 2 месяца незначительно рецидивировало искривление носа, 2 из них были повторно оперированы через 8 месяцев. Итак, местное осложнение возникло у 5 больных, что составило 8,6% от общего числа исследуемых. По литературным данным от 5% до 7% пациенты нуждаются в ревизионной повторной ринопластике [3, 18].

Таким образом, сравнивая технику операции у трех исследуемых групп больных можно сделать вывод, что ринопластика легко и быстро произведена у пациентов, имеющих деформацию носа в ранние сроки после травмы, когда оперативное вмешательство полностью восстановило прежнюю форму носа и устранило затруднение дыхания. Это очень важно для каждого человека, кроме того не использовались трансплантаты и другие инородные тела (мембрана). То есть, чем раньше выполнена репозиция костей носа, тем более лучшие результаты лечения.

При стойко сформированных деформациях (ринолордозе, риносколиозе, ринокифозе и комбинированных изменениях) требуется оперативное вмешательство, которое является реконструкцией трехмерной формы носа, без исправления которой не восстановить носовое дыхание. Реставрация эстетической формы носа - тяжелое оперативное вмешательство на перегородке, костях и хрящах носа с выделением SMAS и применением аутотрансплантатов или имплантатов, имеет длительный реабилитационный период. По окончании лечения пострадавший приобретает третью форму носа.

Список литературы:

1. Айрапетян А.Д. Хирургическая коррекция короткого носа при повторной ринопластике с применением комбинированных хрящевых аутотрансплантатов. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2011. № 3.
2. Айрапетян А.Р. Использование аутотрансплантата из надхрящницы ушной раковины для коррекции контурных деформаций носа при повторной ринопластике. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2014. № 2.
3. Гюсан А.О., Кошель В.И. Ошибки и осложнения восстановительной риносептопластики «Диалог». Санкт-Петербург. 2005.
4. Ишмаметьев И.Л. и соавторы. Опыт использования для ринопластики реберного аллохряща, консервированного в растворе «Биопласт» Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии 2008. № 1.

5. Корепанов В.И. Эстетическая и пластическая хирургия носа, Москва. 1996.

6. Крайник И.В. и соавторы. Белково-тромбоцитарные покрытия в реконструктивной хирургии носа. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2012. № 3.

7. Медведев В.А. Риносептопластика при комбинированной посттравматической деформации носа в виде риносколиоза с ринолордозом в сочетании с искривлением носовой перегородки. «Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова». 2012.

8. Медведев В.А. Ринопластика при посттравматической комбинированной деформации носа в виде риносколиоза, лордоза и кифоза. «Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова». 2013.

9. Миланов Н.О. и соавторы. Использование фасциального аллотрансплантата в ринопластике. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2005. № 2.

10. Михельсон Н.М. Косметические операции лица «Медицина», Москва. 1965.

11. Мовергоз С.В., Убайдуллаев М.Б., Андаров А.А. Особенности коррекции посттравматической деформации наружного носа. Российская ринология. 2013.

12. Мустафаев М.Ш., Керимов В.Р., Хотова А.Л. Современное состояние проблемы эстетической и функциональной ринопластики по данным собственного опыта. Актуальные вопросы пластической хирургии и косметологии, Москва 2012. ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии».

13. Павлюк-Павлюченко Л.Л. и соавторы. Эстетика и пластика кончика носа. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2002. № 2.

14. Пшениснов К.П. Новое как хорошо забытое старое в контурной пластике носа, комментарий к статье О.Б. Добряковой и соавт. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2010. № 3.

15. Субиран Жан-Марк. Косметическая хирургия «Феникс», 1995.

16. Суламанидзе М.А. и соавторы. Симультанные эстетические операции на лице при ринопластике. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2002. № 1.

17. Тапиа-Фернандес В.Э., Тапиа-Фернандес Р.П. Исследование формы внутренних опорных структур носа для выбора оптимальной тактики

открытой ринопластики. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2002. № 4.

18. Ховрина Е.С. и соавторы. Особенности лечения пациентов с посттравматическими дефектами и деформациями внутренней и нижней стенки глазницы. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2012. № 1.

19. Цепколенко В.А., Грубник В.В., Пшениснов К.П. Пластическая эстетическая хирургия. ООО «КЛОВЕРМЕД», 2000.

ИМПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ В ЗОНЕ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ВАЖНОСТИ

Д.м.н., доцент Расулов И.М., к.м.н., доцент Абакаров Т.А.,

Магомедов З.А.

Дагестанский государственный медицинский университет,

кафедра ортопедической стоматологии

В 90-х годах пациентов волновала длительность функционирования имплантатов, возможные осложнения при их использовании. В настоящее время высокая эффективность остеоинтегрированных имплантатов вызвала появление у пациентов высоких эстетических ожиданий, особенно при проведении имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти. Пациенты при этом ожидают не только длительного функционирования протезов с опорой на имплантаты, но и создания высокого эстетического результата на уровне маргинальной десны и соответствия созданной конструкции естественным зубам [1].

Hosseini M., Gotfredsen K. [6] предлагают проводить оценку эстетического качества коронок на имплантатах по 6 параметрам: морфологии коронки, цветовому совпадению коронки с окружающими зубами, симметрии, гармонии, изменению окраски слизистой оболочки вокруг коронок, состоянию десневого сосочка.

В успехе лечения важную роль играли ожидания пациента, исходя из них, формировали план реабилитации. При этом пациенту сообщали, какой результат возможен при выборе того или иного метода лечения, какова его стоимость. Подробное обсуждение исхода лечения позволяет улучшить качество жизни и избежать разочарований, связанных с эстетическим результатом [5].

При подготовке к операции имплантации у 596 пациентов удаление зубов в эстетически значимой зоне проводили с костной пластикой лунки. Деформации переходной складки устраняли пластикой лоскутом на ножке со стороны преддверья полости рта или свободным десневым трансплантатом, полученным в области нёба с помощью мукотома (17 пациентов). У 23 пациентов, чтобы не смещать щечный лоскут слишком коронально, деформируя при этом переходную складку, нёбный лоскут расщепляли, и созданный соединительнотканный трансплантат на ножке смещали вестибулярно на область удаленного зуба.

Положительный результат при недостатке кератинизированной прикрепленной десны с вестибулярной стороны достигали проведением вестибулопластики (15 пациентов).

Операция имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти при низком качестве кости заключалась в проведении разреза слизистой оболочки и надкостницы, обнажении альвеолярного отростка челюсти. Костное ложе вначале формировали направляющим сверлом или шаровидным бором. Во время сверления уточняли толщину кортикального слоя кости и ее плотность. Затем сверлами создавали необходимый диаметр и длину костного канала. Диаметр костного ложа на уровне кортикальной пластинки формировали равным диаметру вводимого имплантата, а на уровне губчатого вещества в зависимости от плотности кости он составлял половину или треть его диаметра. Костное ложе в пределах губчатой кости заполняли порошком аллогенной кости или синтетической кальций фосфатной керамики. При помощи остеотомов и штопферов введенный материал внедряли в стенки костного ложа. Вновь образовавшийся костный

канал заполняли аутоплазмой, обогащенной тромбоцитами в виде геля, после чего устанавливали имплантат методом инструментального ввинчивания.

Если усилие при введении имплантата превышало 35 Нем, его выкручивали, увеличивали диаметр ложа при помощи остеотомов либо аналогов имплантата меньшего диаметра. Перед наложением швов на альвеолярный отросток укладывали мембрану из аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами.

Чрезвычайно важен анализ местного статуса: высоты линии улыбки, биотипа десны в области лечения, состояния сохранившихся зубов в области имплантации. При выполнении имплантации создавали неподвижную слизистую оболочку вокруг шейки имплантата и восстанавливали рельеф межзубного сосочка. Это необходимо не только для получения хорошего косметического результата, но и для восстановления буферной функции преддверья полости рта, так как высокое прикрепление мышц к альвеолярному отростку приводит к ишемии и воспалению десневой манжетки функционирующих имплантатов.

При средней и особенно высокой линии улыбки, когда полностью видны верхние передние зубы и часть десны, имеется высокий эстетический риск, так как в процессе лечения создание здорового, симметричного десневого контура затруднено и возрастает значение пропорций и формы коронок. При деформации мягких тканей альвеолярного отростка вокруг имплантатов применяли методики пластической хирургии, которые позволяют получить приемлемый косметический результат [3, 4].

При КЛКТ определяли состояние костной ткани в области предстоящей операции, уточняли ее структуру и качество. Программа объемной визуализации слоя позволяла «вырезать» фрагмент челюсти, равный размерам имплантата, а в режиме VR воссоздавать с мельчайшими деталями естественную текстуру области предполагаемого введения имплантата, определять ширину и высоту кости, мягких тканей в области адентии.

Было установлено, что на уровне премоляров, клыка и резцов альвеолярный отросток верхней челюсти представлен пористым компактным веществом и губчатым веществом рыхлой структуры (Д3), а иногда даже компактное вещество кости представлено рыхлой, тонкой тканью (Д4) [7]. При плотности Д3, Д4 подготовка ложа для имплантатов затруднена и может отсутствовать первичная его стабильность [2, 3]. КЛКТ позволяла уточнить состояние анатомических образований, которые граничат с областью вмешательства (верхнечелюстной синус, полость носа), и произвести виртуальную постановку имплантатов, выбирая их оптимальный диаметр и длину, а также наиболее безопасный и целесообразный путь введения.

При проведении имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти учитывали ряд особенностей ее проведения. Имплантаты располагали на расстоянии 1–1,5 мм от корней зубов, прилегающих к области имплантации, так как несоблюдение этого правила приводит к резорбции кости и укорочению десневых сосочков.

Тонкий биотип десны не позволяет в ряде случаев создать и сохранить на длительное время межзубные сосочки; кроме того, в этой ситуации возможно развитие рецессии. Для предупреждения подобных осложнений имплантаты вводили ближе к кортикальной пластинке альвеолярного отростка со стороны нёба. Толщина вестибулярной костной стенки составляла не менее 2 мм, что предупреждало атрофию после протезирования. В коронально-апикальном направлении платформу имплантата располагали на 2 мм апикальнее края десны по срединной линии либо на 1 мм апикальнее цементно-эмалевого соединения соседних зубов. Если платформу имплантата расположить более апикально, то увеличивается риск резорбции вестибулярной кости и рецессии десны. При более корональном расположении имплантата возникает просвечивание его металлической шейки через десну. Этот косметический недостаток устраняли пересадкой свободного соединительнотканного трансплантата с нёба (4 пациента).

Если деформация сохранялась после проведения имплантации, она устранялась при выполнении второго этапа. При раскрытии имплантата в этой ситуации не использовали мукотом, а применяли серповидный скальпель. Предварительно проведенная деэпителизация слизистой оболочки над имплантатом создавала условия для перемещения этого соединительнотканного трансплантата на ножке под вестибулярный лоскут (4 пациента). Это позволяло увеличить объем мягких тканей со стороны преддверья полости рта.

Наличие дефекта на уровне гребня альвеолярного отростка чрезвычайно неблагоприятно сказывается на исходе операции. Устранить этот дефект возможно при пересадке костного блока по типу накладки либо проведении дистракционного остеосинтеза. Костная пластика проводится до имплантации либо во время ее по протоколу двухэтапной имплантации (4 пациента).

Инфекция в области предстоящей имплантации в прилежащих участках альвеолярного отростка, вызванная пародонтитом, периодонтитом, травмой или инородными телами, приводила к снижению количества и качества кости, и мягких тканей. Имплантацию при этом проводили после купирования воспалительного процесса и восстановления объема кости, и мягких тканей в области операции. Создание адекватных десневых сосочков затруднено при введении двух или трех имплантатов, и особенно при наличии других факторов риска, например, высокой линии улыбки, тонкого биотипа десны.

После имплантации и устранения дефектов костных и мягких тканей изготавливали временные протезы, которые устраняли косметический дефект и защищали от травмы область операции.

Протез с опорой на имплантаты в эстетически значимой зоне должен гармонировать со структурами рта и лицом пациента. Имплантаты должны быть окружены здоровой десной, которая по толщине, цвету и контуру не отличается от десны в области соседних здоровых зубов. Ортопедическая

конструкция должна имитировать цвет, форму, характер поверхности, размер и оптические свойства естественных зубов [1]. Временные протезы могут быть съемными или несъемными: мостовидные конструкции, несъемные коронки, приклеенные к нёбным поверхностям соседних зубов, ретейнеры, съемные частичные протезы. Временная реставрация не должна оказывать давления на мягкие ткани. Желательно использовать протезы, фиксируемые к соседним зубам. Это обеспечивает интеграцию имплантатов и сохраняет объем мягких и костных тканей.

Выбор конструкции определялся наклоном оси имплантата. Например, при выраженном наклоне винтовая фиксация цельнокерамической конструкции нецелесообразна.

При осмотре пациентов через два года после проведения имплантации установлено, что у всех определяется достаточная стабилизация имплантатов. Недостаточный эстетический результат выявлен у 15 пациентов, однако они не предъявляли жалоб и довольны результатами лечения, что обусловлено низкой линией улыбки.

Достижение высокого эстетического результата невозможно без томографии челюстно-лицевой области. При этом возможность определения качества, плотности костной ткани, проведения без погрешностей всевозможных измерений, фотозахватов, воссоздания 3D-реконструкций челюстей в виртуальном виде позволяет выбрать самый рациональный план лечения. Использование современных методик проведения дентальной имплантации, методов воссоздания объема костных и мягких тканей в области имплантации позволяет получить хороший функциональный и косметический результат даже в области фронтальных зубов верхней челюсти.

Есть и еще одна анатомическая проблема – отсутствие прикрепленной (неподвижной, то есть плотно охватывающей зуб) десны. Эта ситуация часто обнаруживается при различных формах заболевания пародонта. Это достаточно серьезная проблема, которая влияет не столько на процесс

приживления имплантата, сколько на дальнейшее состояние всей протезной конструкции. Дело в том, что если шейка установленного на имплантате зуба неплотно охвачена десной, то рано или поздно между ними образуется «карман», или пространство, куда будут попадать частицы пищи. В дальнейшем может начаться воспалительный процесс, распространяющийся и на костную ткань, в которой установлен имплантат, что в конечном итоге может спровоцировать его отторжение. До недавнего времени данная проблема не была столь очевидной. И только сейчас, когда в нашем распоряжении появились отдаленные результаты зубной имплантации, стало понятно, насколько важен фактор создания вокруг имплантата неподвижной дешевой зоны. В настоящее время эта задача решается двумя путями: неподвижная десна формируется либо с помощью выкроенного с нёба лоскута, который пересаживается в ту зону, где необходимо создать прикрепленную десну, либо за счет углубления преддверия полости рта (такая операция называется вестибулопластикой). Упрощенно вестибулопластика – это создание углубления необходимого размера между щекой (или губой) и зубами. Данная операция, как правило, рекомендуется пациентам, у которых это углубление настолько мелкое, что при разговоре или пережевывании пищи, когда щека двигается, десна натягивается – возникает риск образования «кармана» между шейкой зуба и краем десны.

Если раньше анатомические условия были величиной постоянной, более того, именно на них базировались врачи, принимая решение о возможности имплантации, то теперь с развитием костнопластической хирургии ситуация в корне изменилась. По сути, теперь анатомические условия – величина переменная, и при необходимости специалисты могут менять их.

Таким образом, есть все основания говорить о том, что сегодня зубная имплантация вышла на новый уровень своего развития, а число потенциальных пациентов значительно возросло. Высокая эффективность

остеоинтегрированных имплантатов позволяет достичь не только длительного функционирования протезов с опорой на имплантаты, но и высокого эстетического результата имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти.

Список литературы:

1. Гветадзе Р.Ш. Исследование микрогемодинамики в маргинальной десне при формировании ее контура после второго этапа внутрикостной дентальной имплантации / Р.Ш. Гветадзе, Е.К. Кречина, А.П. Нубакян, С.В. Абрамян // Стоматология. – 2012. № 4. С. 46-48.

2. Кулаков А.А. Зубная имплантация / А.А. Кулаков, Ф.Ф. Лосев, Р.Ш. Гветадзе. – М.: Медицинское информационное агентство, – 2006. 152 с.

3. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты). – М.: Медицина, – 2003. 560 с.

4. Февралева А.Ю. Атлас пластической хирургии мягких тканей вокруг имплантатов / А.Ю. Февралева, А.Л. Давидян. – М.: Поли Медиа Пресс, 2008. 264 с.

5. Gileva, O. Oral health related quality of life in patients with non-specific ulcero-necrotic oral mucosal lesions / O. Gileva, T. Libik, E. Khalilayeva, Y. Gulyaeva, I. Khaliavina, R. Podgornii // Oral Diseases. 2008. Vol. 14. Suppl. 1. P. 24.

6. Hosseini, M. A feasible, aesthetic quality evaluation of implant- supported single crowns: an analysis of validity and reliability / M. Hosseini, K. Gotfredsen // Clin. Oral Implant, Res. – 2012. Vol. 23. № 4. P. 453-458.

7. Misch, C. E. Early crestal bone loss etiology and its effect treatment planning for implants / C E. Misch // Postgrad Dent. Dental Learning Systems Co, Inc. – 1995. № 2. P. 3-17.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФОНОВО-РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Д.м.н., профессор Дурново Е.А.[1], к.м.н. Ярцева А.В.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Нижний Новгород;

[2]ЧУОО ВО «Медицинский университет “Реавиз”», кафедра стоматологии, г. Москва

Для современной стоматологии остается актуальной проблема послеоперационной терапия пациентов больных хроническим пародонтитом. Сложность правильного подбора метода послеоперационного ведения особенно актуальна у пациентов больных хроническим пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести из-за нарушений микроциркуляции, снижения местного и общего иммунитета, ухудшения трофики тканей пародонта [4].

Ранний послеоперационный этап является крайне важным, так как позволяет обеспечить возможность длительной ремиссии состояния тканей пародонта и стабильность ортопедического лечения [2]. Доказано что применение электромагнитного излучения миллиметрового диапазона в раннем послеоперационном периоде способствует повышению специфической резистентности организма и обладает иммунокорригирующим эффектом [3].

Целью данной работы является клиническая оценка влияния фоново-резонансной терапии в послеоперационном периоде на характер заживления тканей пародонта.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи нами были обследованы и проведено лечение 89 человек: 44 пациента с диагнозом

пародонтит средней степени тяжести, 45 с диагнозом пародонтит тяжелой степени тяжести. Степень тяжести пародонтита определялась на основании совокупности клинико-рентгенологических данных. В первую (ПС-ФРИ) группу вошли 14 больных пародонтитом средней степени тяжести, вторую (ПТ-ФРИ) – 15 с пародонтитом тяжелой степени тяжести, им в раннем послеоперационном периоде наряду с традиционной противовоспалительной терапией на 1, 3, 5, 7, 10 сутки проводилось воздействие фоново-резонансным излучением по 16 минут, третью (ПС-КВЧ+ФРИ) и четвертую (ПТ-КВЧ+ФРИ) группы составили 15 пациентов с пародонтитом средней и 14 с пародонтитом тяжелой степени тяжести, в этих группах после оперативного вмешательства проводилось воздействие 10 минут в режиме крайне высокочастотной (КВЧ) волновой терапии, пятая (ПС-Т) и шестая (ПТ-Т) группы выступили в качестве контрольных, в них вошли пациенты, получавшие традиционное послеоперационное лечение, 15 и 16 человек соответственно. Возраст пациентов колебался от 28 до 59 лет и в среднем составлял 46,024±1,185. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение пародонтита, которое выполнялось по методикам открытого кюретажа и лоскутных операций Цешинского-Видмана-Неймана.

Динамика клинической картины в ранний послеоперационный период вносилась в дополненную нами «Схему клинической оценки состояния тканей пародонта», предложенную Беспаловой Н.А. (2007) [1]. Оценивалась интенсивность боли, отечность и гиперемия слизистой оболочки прикрепленной десны и переходной складки, выраженность отека окружающих тканей, наличие экссудата, некроза, гиперестезии зубов в послеоперационной области, наличие налета и кровоточивости, наличие осложнений. Оценка динамики течения послеоперационного периода проводилась по разработанной нами балльной системе, позволяющей проследить за состоянием тканей пародонта и характером процесса заживления раны в раннем послеоперационном периоде с учетом основных клинических симптомов и их динамики. Повторное клиническое

обследование проводилось через 3 месяца после операции и включало комплексное обследование тканей пародонта по тем же баллам.

Результаты. После проведенного курса лечения в группе больных, получавших в послеоперационном периоде курс фоново-резонансной терапии (ПС-ФРИ и ПТ-ФРИ) или КВЧ- терапии, потенцированной фоново-резонансным излучением (ПС-КВЧ+ФРИ и ПТ-КВЧ+ФРИ) болевые ощущения при жевании отмечались наиболее выраженно в 1-е и 3-е сутки после операции, после чего боли уменьшались и не беспокоили пациента весь срок лечения. В группе ПС-КВЧ+ФРИ болезненные ощущения, в том числе при приеме пищи, у пациентов полностью прекращались после первых двух процедур, а на сроках снятия швов пациенты отмечали полное отсутствие болевой чувствительности области послеоперационной раны. В группах с традиционной терапией (ПС-Т и ПТ-Т) болевые ощущения сохранялись достоверно до 3-х суток после операции.

Состояние слизистой оболочки маргинальной десны у пациентов групп ПС-ФРИ нормализовалось уже на 5-е сутки. В группе ПС-КВЧ+ФРИ на 7-е сутки отмечалась нормализация окраски маргинальной десны. В группах ПС-Т в течение первых 5-ти суток достоверно сохранялся отек и гиперемия маргинальной десны. В группе ПТ-ФРИ на 5-е, сутки цвет слизистой оболочки был ближе к норме, чем до начала лечения, послеоперационная гиперемия практически не отмечалась. В группе ПТ-КВЧ+ФРИ достоверных изменений в состоянии переходной складки не выявлено, в группе ПТ-Т наиболее выраженная гиперемия отмечена в 3-и сутки, после чего на 10-е отмечено достоверное улучшение состояния слизистой.

Динамика выраженности отёка мягких тканей является следствием активации метаболических процессов и усиления кровообращения, что должно было привести к ускорению заживления раны и более активной нормализации показателей. В группе ПС-ФРИ показатели послеоперационного отека среди пациентов уменьшилась вдвое уже на 3-е сутки. В группе ПС-КВЧ+ФРИ и в группе ПС-Т это произошло на 5-е сутки.

Отек в группе ПТ-ФРИ сохранялся до 5-х суток, но не причинял пациентам дискомфорта, в группе ПТ-КВЧ+ФРИ отек проходил уже на 3-е сутки.

Послеоперационные осложнения (абсцедирование, гематома, некроз лоскута или межзубных сосочков) не были отмечены ни в одной из групп. В группах ПС-ФРИ и ПТ-ФРИ и ПС-КВЧ+ФРИ серозная экссудация из раны отмечена у больных на 3 сутки. Наличие гиперестезии в группах не имело выраженной закономерности и зависело от индивидуальной чувствительности. Каждый признак оценивался в баллах их значения суммировались, результаты обследования представлены на рис. 1 и 2.

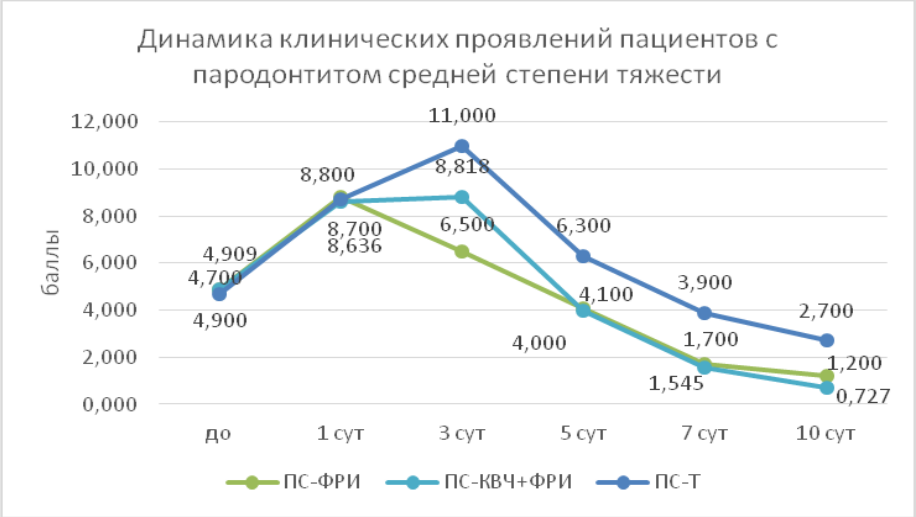


Рис. 1. Динамика суммарного балла обследования пациентов группы ПС-ФРИ, ПС-КВЧ+ФРИ и ПС-Т.

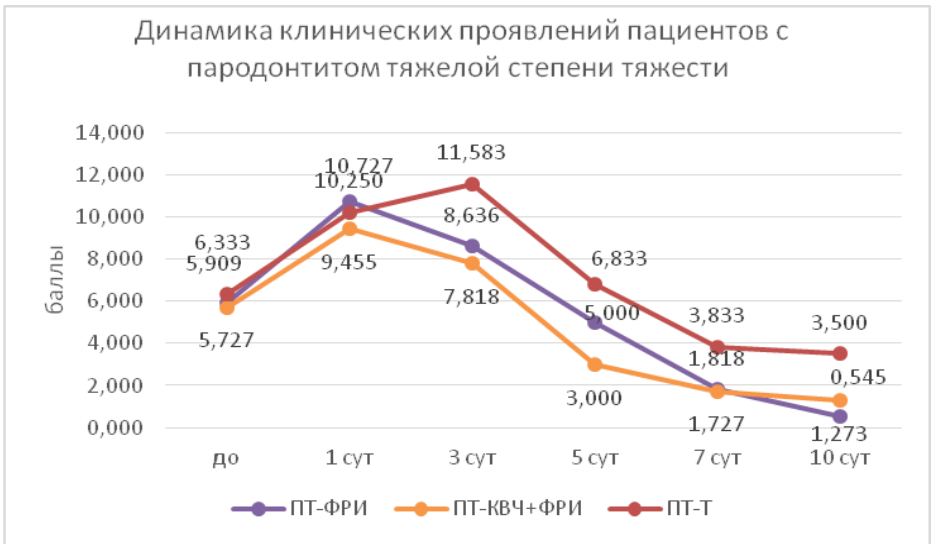


Рис. 2. Динамика суммарного балла обследования пациентов группы группы ПТ-ФРИ, ПТ-КВЧ+ФРИ и ПТ-Т.

Таким образом, назначение курса фоново-резонансной терапии или КВЧ- терапии, потенцированной фоново-резонансным излучением в раннем послеоперационном периоде оказывает положительное влияние на состояние тканей пародонта и окружающих мягких тканей в зоне оперативного вмешательства.

Заживление послеоперационной области у пациентов, получавших терапию с применением волн Миллиметрового диапазона происходило к 5–7 суткам. Глубина зондирования после 10-ти дневного курса лечения составляла 2–3 мм. Кровоточивость через 10 дней отсутствовала. Подвижность зубов, которую пациенты отмечали до операции, и которая усиливалась в первые трое суток после вмешательства прекращалась в пределах 7 дней у пациентов с пародонтитом средней степени тяжести и в пределах 10 дней у пациентов с пародонтитом тяжелой степени тяжести. Все показатели значительно отличались от групп пациентов, получавших традиционное лечение.

Заключение. Применение электромагнитного излучения миллиметрового диапазона, в раннем послеоперационном периоде в рамках комплексного лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта положительно влияет на течение периода заживления, что выражается в достоверном снижении общего суммарного балла, характеризующего степень выраженности клинических проявлений. Фоново-резонансное излучение в области операционной раны снижает выраженность воспалительной клиники на 40% при пародонтите средней степени тяжести, на 60% при пародонтите тяжелой степени тяжести по сравнению с традиционными методами терапии. КВЧ-терапия, потенцированная фоново-резонансным излучением снижает на 80% при пародонтите средней степени тяжести и на 40% при тяжелой степени тяжести.

Список литературы:

1. Беспалова, Н.А. Экспериментально-клиническое обоснование подслизистого применения перфторана в комплексном лечении больных

хроническими воспалительными заболеваниями пародонта: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Беспалова Наталья Алексеевна. – Тверь, 2007. 25 с.

2. Дурново Е.А. Воробьева А.В. Беспалова Н.А. Диагностические возможности динамики лактоферрина ротовой жидкости для оценки течения раннего послеоперационного периода при оперативных вмешательствах в полости рта. // Медицинский альманах. – 2012. № 2. С. 242-246.

3. Коновалова Ю.В., Казарина Л.Н., Анисимов С.И., Корнаухов А.В. Использование электромагнитных волн миллиметрового диапазона в стоматологии // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – Н. Новгород, 2003. С. 145-153. (Серия Биология. Вып. 1 (6). Электромагнитные поля и излучения биологии и медицине).

4. Лукиных Л.М. Круглова Н.В. Хронический генерализованный пародонтит: современные методы лечения и профилактики. // Современные технологии в медицине. – 2011. № 2. С. 140-142.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОЖИРОВОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ЭНОФТАЛЬМА

К.м.н. Рыжевский Д.В.[1], Трубин В.В.[2], д.м.н., профессор Дурново Е.А.[3]

[1]Чебоксарский филиал федерального государственного автономного учреждения национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Чебоксары;

[2]ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары;

[3]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Актуальность. Актуальность проблемы повреждений глазницы и их последствий определяется тремя ведущими причинами: высокой частотой подобных травм; степенью тяжести возникающих функциональных и эстетических дефектов; и недостаточной эффективностью распространенных методов их устранения.

Сама анатомия орбиты и ее положение в месте соединения мозгового и лицевого черепа, предопределяют ее травмирование практически при всех повреждениях средней зоны лица. По мнению О.Л. Паниной (1986) [1], повреждения глазницы имеются у 20–80% пациентов с травмами лица. А также статистика показывает явную тенденцию к увеличению числа переломов лицевых костей. Каждый год прирост составляет 4,4% [2] и основной причиной этого является техногенное развитие человечества, сопровождающееся ростом энергий, в том числе и травмирующих факторов [3, 4, 5, 6, 7].

Чаще всего повреждаются нижняя и медиальная стенки орбиты [8], что приводит к пролабированию содержимого орбиты в окружающие околоносовые пазухи, смещению глазного яблока, ущемлению между отломками глазничной клетчатки и мышц. В результате возникают тяжелые эстетические и функциональные дефекты, в частности, энофтальм, гипофтальм, диплопия.

Как правило, при обсуждении проблемы лечения подобных состояний основное внимание уделяется восстановлению поврежденных костных стенок, что, безусловно, является первостепенным залогом получения положительного результата лечения [8]. Хирургами активно используется целый ряд оперативных методик восстановления костных стенок орбиты, с помощью биологических и искусственных материалов [9-11]. Тем не менее, накопленный клинический опыт показывает, что эти методики адекватны при лечении свежих травм, и малоэффективны при лечении в отсроченном периоде [12,13]. По данным [13] при лечении в отдаленном периоде, даже при полноценном восстановлении целостности и формы костных стенок орбиты, у 22% пациентов остается энофтальм [14-16].

Анализ причин этого состояния показал, что оно объясняется потерей объема мягкотканого компонента глазницы, и в первую очередь жировой клетчатки, а также изменение соотношения между объемом полости глазницы и объемом тканей, содержащихся в ней [17]. Как правило, в первые

часы и сутки после перелома стенок орбиты, энофтальм проявляется только в случае массивных переломов. При переломах относительно небольшого объема энофтальм компенсируется отеком орбитальной клетчатки, проявляясь чуть позже по мере купирования посттравматического отека [18].

Жировая клетчатка глазницы – это хорошо кровоснабжаемая ткань, чувствительная к гипоксии, и возникающие при повреждениях глубокие трофические нарушения вызывают частичный некроз жировой клетчатки, с последующим рубцеванием и потерей объема ткани [12, 19, 20]. Таким образом, энофтальм может развиваться не только при костнотравматических повреждениях глазницы, но и в результате тупой травмы орбиты [21]. Более редкими причинами энофтальма являются:

– сенильная либо аутоиммунная атрофии жировой клетчатки;

– синдром немого синуса (СНС), достаточно редкая патология, проявляющаяся резким уменьшением объема верхнечелюстной пазухи за счет деформации его костных стенок, что в свою очередь влечет изменение формы и объема орбиты с соответствующей стороны.

Целью исследования явилась оценка результатов лечения стойкого посттравматического энофтальма предложенным методом оперативного лечения.

Материал и методы. Метод основан на трансплантации взвеси собственных жировых клеток пациента непосредственно в толщу ретробульбарной клетчатки поврежденной глазницы.

До вмешательства помимо общеклинических исследований производилась оценка разницы объема глазницы со здоровой стороны и стороны поражения посредством спиральной компьютерной томографии. Таким образом, выяснялся объем дефицита жировой ткани в пораженной глазнице. Выполнялось фотографирование лица анфас, с обеих сторон в профиль и в ¾, а также в носо-лобной и носо-подбородочной проекциях. Офтальмологическое обследование включало оценку остроты зрения, В-сканирование, электрофизиологическое исследование (критическая

частота слияния мельканий, порог-лабильность), фото глазного дна, цветовое доплеровское картирование. Дислокация глазного яблока оценивалось с помощью экзофтальмометра Гертеля.

Затем в операционной производилось щадящее отсасывание необходимого количества подкожного жира с передней брюшной стенки с помощью люеровского шприца объемом не более 20 мл. Аспирированные массы отмывались и центрифугировались до получения чистой фракции жировых клеток. Затем дериват жировой ткани через прокол кожи нижнего века инъецировали в полость глазницы ретробульбарно до визуальной коррекции энофтальма и под глазное яблоко при необходимости коррекции гипофтальма. Также аутожир инъецировался под тарзорбитальную фасцию верхнего века в объеме, необходимом для коррекции западения пальпебральной складки. Все оперативное вмешательство выполняли под потенцированной местной анестезией. В послеоперационном периоде пациенту назначались антибиотики и болеутоляющие.

Метод был применен нами при лечении 9 пациентов с односторонними посттравматическими деформациями скулоглазничного комплекса, осложненными энофтальмом. Возраст пациентов составлял от 19 до 46 лет, среди них было 7 мужчин и 2 женщины. Причиной травмы у 1 пациента являлась автомобильная катастрофа, у 4 – бытовая травма, у 4 – криминальная травма. Давность повреждения составляла от 6 до 16 месяцев. После проведенного оперативного лечения осмотр проводился на 3-й и 6-й месяцы.

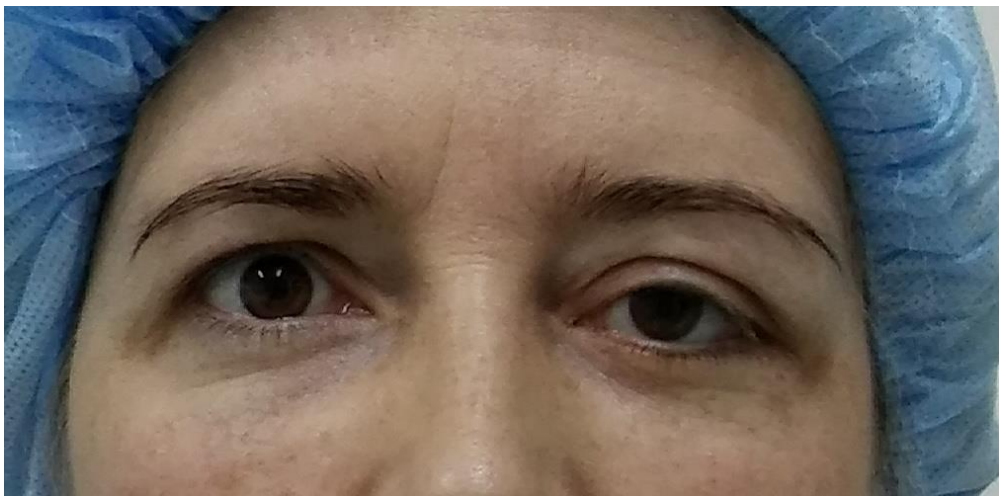
Результаты. Во всех случаях эффект был однозначно положительным. Отеки век купировались у всех пациентов уже на 10-14 сутки после операции. Объем прижившегося жира и степень компенсации посттравматической деформации оценивали на третий и шестой месяц после проведенной операции при помощи экзофтальмометрии по Гертелю. Данные по результатам лечения представлены в таблице, где отрицательные значения – экзофтальм.

Таблица 1.

Динамика степени энофтальма до и после лечения

Пациент	До лечения	На момент выписки	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
1	4 мм	-2 мм	0 мм	0 мм
2	5 мм	-1 мм	0 мм	0 мм
3	4 мм	-2 мм	1 мм	2 мм
4	7 мм	0 мм	2 мм	2 мм
5	3 мм	-3 мм	0 мм	Нет данных
6	3 мм	-3 мм	0 мм	0 мм
7	2 мм	-2 мм	0 мм	0 мм
8	5 мм	-1 мм	2 мм	Нет данных
9	6 мм	-3 мм	2 мм	3 мм

Субъективно все пациенты отметили улучшение внешнего вида после оперативного лечения (рис. 1). Убыль восполненного объема орбиты у двух пациентов продолжилась и по истечении трех месяцев после оперативного лечения, послеоперационный экзофтальм купировался во всех случаях.



а)


б)

Рис. 1. Фотография пациента А.: а – до введения аутожира, б – через 6 месяцев после введения.

Заключение. Таким образом, при лечении деформаций в позднем периоде, для восстановления правильной позиции глазного яблока следует реконструировать не только костный каркас, но и мягкотканные структуры глазницы. К сожалению, в настоящее время задача точного восстановления пострадавших мягкотканных структур, включающая в себя восстановление длины, точек крепления глазодвигательных мышц, расположения и объема клетчатки, восстановления сосудистой сети и т. д., представляется неразрешимой. Тем не менее, ее частичное решение возможно. В первую очередь, это компенсация утраченного мягкими тканями объема. Проблема, связанная с тактикой и способами лечения посттравматического энофтальма, не теряет своей актуальности. А применение предлагаемого нами малотравматичного метода лечения дает функционально и эстетически положительные и стойкие результаты.

Список литературы:

1. Панина О.Л. Сочетанная тяжелая травма глазницы. Дисс. ... канд. мед. наук. Ленинград, 1986. 28 с.
2. Gassner R., Hachl O., Tuli T., Ulmer H. Cranio-maxillofacial trauma: a review of 9543 cases with 21067 injures in 10 years // Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2002. Vol. 30. № 1. P. 76.
3. Holmes P.J., Koehler J., McGwin G. Jr., Rue L.W. 3rd. Frequency of maxillofacial injuries in all-terrain vehicle collisions // Journal of Maxillofacial Surgery. 2004. Vol. 62. № 6. P. 697-701.
4. Klenk G., Kovacs A. Etiology and patterns of facial fractures in the United Arab Emirates // Journal of Craniofacial Surgery. 2003. Vol. 14. № l. P. 78-84.

5. Markowitz B.L., Manson P.N., Yaremchuk M., Glassman D., Kawamoto H. High-energy orbital dislocations: the possibility of traumatic hypertelorbitism // Plastic and Reconstructive Surgery. 1991. Vol. 88. № l. P. 20-28.

6. Rocchi G., Fadda M.T., Marianetti T.M., Reale G., Iannetti G. Craniofacial trauma in adolescents: incidence, etiology and prevention // Journal of Trauma. 2007. Vol. 62. № 2. P. 404-409.

7. Whitaker L.A., Yaremchuk M.J. Secondary reconstruction of posttraumatic orbital deformities // Annals of Plastic Surgery. 1990. Vol. 25. № 6. P. 440-449.

8. Дурново Е.А., Хомутинникова Н.Е., Мишина Н.В., Трофимов А.О. Особенности реконструкции стенок орбиты при лечении травматических повреждений лицевого скелета // Медицинский альманах. – 2013. № 5. С. 159-161.

9. Сандоваль Х.М., Гунько В.И. Оптимизация алгоритма медицинской реабилитации больных с переломами скулоорбитального комплекса // Вопросы челюстно-лицевой, пластической хирургии, имплантологии и клинической стоматологии. – М., 2011. № 1–2. С. 35-42.

10. Медведев Ю.А., Гюнтер В.Е., Шаманаева Л.С. Реконструкция стенок глазницы при травмах и деформациях // ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ: материалы национального конгресса. – М.: ООО «Бионика Медиа», 2012. С. 138.

11. Калашникова Е.Н. Лечение застарелых переломов, деформаций и дефектов латерального отдела средней зоны лица: автореф. дис. …канд. мед. наук. – Омск, 2008. С. 4-21.

12. Dufresne C.R., Manson P.N., Iliff N.T. Early and late complications of orbital fractures // Clinics in Plastic Surgery, – 1988. Vol. 15. № 2. P. 239-253.

13. Longaker M.T., Kawamoto H.K. Envolving thoughts on correcting posttraumatic enophtalmos // Plastic Reconstructive Surgery. – 1998. Vol. 101. № 4. P. 899-906.

14. Караян А.С., Кудинова Е.С. Одномоментная коррекция нососкулоглазничного комплекса с использованием свободных костных и хрящевых аутотрансплантантов // Третий Междунар. конгресс по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – М., 2002. С. 63-64.

15. Месхиа Ш.М. Отдаленные результаты лечения больных с переломами костей средней зоны лица при сочетанной травме: автореф. дис. …канд. мед. наук. – СПб, 2009. С. 2, 14-19.

16. Gellrich N.C., Schramm A. Computer assisted secondary reconstruction of posttraumatic orbital deformity // Plast. Reconstr. Surgr. – 2002. № 29. P. 1417.

17. Груша О.В., Груша Я.О. 500 пластик орбиты: анализ осложнений // Вестник офтальмологии. – 2006. № 1. С. 22-23.

18. Груша Я.О. Особенности диагностики и лечения травматических деформаций орбиты, дислокаций глазного яблока и зрительного нерва: автореф. дис.... канд. мед. наук. – М., 1997. 20 с.

19. Hawes M.J., Dortzbach R.K. Surgery on orbital floor fractures // Ophthalmology. – 1983. Vol. 90. P. 1066-1070.

20. Yab K., Tajima S., Ohba S. Displacements of eyeball in orbital blowout fractures // Plastic and Reconstructive Surgery. – 1997. Vol. 100. № 6. P. 1409-1417.

21. Спирко В.К. Причины возникновения, диагностика и методы лечения посттравматического энофтальма (обзор литературы) // Офтальмологический журнал. – 2003. № 4. С. 8-11.

БОТУЛОТОКСИН В СТОМАТОЛОГИИ

Рудакова Л.Ю.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

В современной медицине развиваются малоинвазивные методы лечения, при которых снижается частота хирургических вмешательств, уменьшаются риск развития и степень тяжести осложнений. Одна из таких методик – применение препаратов ботулотоксина, широко использующихся в косметологии. Однако об их активном применении в офтальмологии, неврологии, пластической хирургии и стоматологии известно немного.

Ботулотоксин (ботокс) – это медицинский препарат, основным действующим компонентом которого является нейротоксин группы А, продуцируемый бактерией Clostridium botulinum, используемый с 1980 г.

Ботулотоксин – один из наиболее сильных природных ядов, вызывающий тяжёлое кишечное токсико-инфекционное заболевание – ботулизм, проявляющееся поражением нервной системы, нарушением иннервации мышц и острой дыхательной недостаточностью. Но использование его в небольших дозах позволяет лечить различные

гиперкинезы – неврологические заболевания, связанные с мышечным напряжением.

Ботулотоксин химически денервирует поперечно-полосатую мускулатуру за счет пресинаптической блокады белков, обеспечивающих транспорт везикул ацетилхолина, необходимого для осуществления двигательной активности мышц.

В стоматологии ботокс используют при лечении синдрома болевой дисфункции, включающего широкий спектр патологических состояний. Чаще всего это бруксизм – парафункциональное нарушение, характеризующееся неосознанным сокращением жевательных мышц во время сна, физических нагрузок, умственного напряжения и стресса. Нарушения мышечных функций проявляются в виде гипертонуса с образованием болезненных зон. Гипертрофия и гиперфунция мышц вызывает ряд стоматологических проблем: патологическую стираемость зубов, гиперчувствительность, клиновидные дефекты, травматическое повреждение пародонта, переломы корней, поломки ортопедических конструкций и реставраций. Целью лечения гипертонуса мышц является их релаксация и ликвидация боли. Инъекции ботулотоксина производят непосредственно в жевательные мышцы, в результате чего устраняется их гиперактивность и купируются симптомы, характерные для бруксизма и его осложнений.

Применение ботокса при воспалительной контрактуре и тризме нижней челюсти устраняет спазм жевательной мускулатуры и восстанавливает функцию открывания рта. Ботулинотерапия оказывает не только терапевтический, но и эстетический эффект: при гипертрофии жевательных мышц может формироваться «квадратное лицо». Инъекции ботокса способствуют уменьшению гипертрофированных мышц и созданию более утонченного контура.

При гиперактивности мимических мышц, оттягивающих губу кзади, формируется гингивальная улыбка. С помощью ботулинотерапии ослабевают

сокращения мышц, отвечающих за обнажение десны, уменьшается «широта» улыбки, приводя к ее гармонизации и эстетической привлекательности.

Ботулинотерапия при поражениях лицевого нерва уменьшает спазм пораженных мышц, формирующих контрактуру; подавляет самопроизвольные миомимические подергивания; снижает болевой синдром.

Осложнения при инъекционном введении ботокса развиваются редко, являясь временными и обратимыми. Чаще всего это постинъекционные гематомы. Реже могут возникать неспособность сомкнуть губы, преждевременное утомление при жевании, нарушение артикуляции, изменение тембра голоса, нарушение глотания. Снизить вероятность и выраженность побочных эффектов можно за счет безукоризненной техники выполнения инъекций и режима дозирования препарата.

По данным научной литературы, можно сделать вывод, что применение ботулотоксина при патологических состояниях в стоматологии – малоинвазивный метод лечения, оказывающий положительный эффект. Простота использования и небольшое количество осложнений, носящих преимущественно временный характер, позволяют применять его как альтернативу хирургическим и ортопедическим методам лечения стоматологической патологии.

Список литературы:

1. Красавина Д.А. Лечение ботулотоксином пациентов с параличом лицевого нерва. РМЖ, – 2017. № 24. С. 1767-1770.

2. Маззуко Р., Гексель Д. Гингивальная улыбка и ботулинический токсин: новый подход к коррекции обнажения десны. Инъекционный метод в косметологии, – 2012. № 2. С. 30-38.

3. Яременко А.И., Королев В.О., Бояркина Т.А. Применение препаратов ботулотоксина в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Состояние проблемы. Обзор литературы Dental Magazine, 2014. 7 (127).

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАСПРОСТРАНЕННОГО И ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Высельцева Ю.В.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Нижний Новгород

Введение. Актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии в настоящее время остается диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [1, 3, 4]. Клиническая картина острых гнойных процессов мягких тканей лица и шеи в последние годы характеризуется значительным многообразием общих и местных признаков заболевания. Число больных с распространенными одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области продолжает увеличиваться, сохраняется высокий процент летальных исходов. В этой связи основной задачей современных исследовательских работ является решение проблемы диагностики и прогнозирования развития прогрессирующих форм одонтогенных флегмон [2, 3, 7]. Диагностика характера течения воспаления требует одновременного использования арсенала нескольких лабораторных центров, консультаций ряда специалистов, а обработка результатов занимает немало времени. Кроме того, изолированность их друг от друга, а особенно, от данных объективного обследования, не всегда позволяет оперативно применить столь обширную информацию для определения комплексной терапии. Таким образом, наиболее раннее определение характера течения гнойно-воспалительного процесса мягких тканей челюстно-лицевой области является актуальной клинической задачей, от успешного решения которой зависит своевременное планирование, коррекция лечебных мероприятий и исход распространенных и осложненных форм одонтогенных флегмон [2, 6, 7].

Целью работы явилось определение клинико-иммунологических критериев диагностики распространенных одонтогенных флегмон челюстно-

лицевой области и их осложнений для повышения эффективности лечения пациентов с данной патологией.

Материалы и методы. За период с января 2012 по декабрь 2017 года на клинической базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Нижегородской государственной медицинской академии (отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко», г. Нижний Новгород) проведено лечение 126 больных с распространенными одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и их осложнениями.

В группу исследования были включены пациенты в возрасте от 18 до 54 лет. Средний возраст составил 32,5±7,7 года. Число мужчин составило 71 человек (57%), женщин – 55 (43%).

Клинический метод обследования включал выяснение жалоб, тщательный сбор анамнеза заболевания и жизни, выявление и оценка общих и местных клинических симптомов. Для оценки общей картины заболевания и наблюдения за динамическими изменениями в течение воспалительного процесса применяли разработанную нами балльную систему оценки, суммарные величины которой соответствовали тяжести заболевания [2, 3].

Для характеристики общеклинического состояния больных проводилось стандартизированные лабораторные исследования согласно действующим клиническим рекомендациям.

Иммунологические методы включали исследования функциональной активности нейтрофилов крови (НСТ – тест) и индекс активации (ИА) нейтрофилов. Для определения общего флогогенного потенциала организма были проанализированы показатели коэффициента флогогенной активности (КФА) сыворотки крови, который представляет собой соотношение максимальных показателей индуцированной реакции к спонтанной [5].

Всем пациентам при поступлении выполнялось комплексное лечение в соответствие с типом воспалительной реакции, тяжестью заболевания и выраженностью синдрома эндогенной интоксикации. Лечебные мероприятия

включали предоперационную подготовку больных, проведение хирургического пособия в адекватном объеме. Медикаментозное лечение проводились согласно утвержденным стандартам лечения.

Результаты и обсуждение. По результатам детальной оценки клинико-лабораторных исследований определены 5 клинических вариантов течения распространенного и осложненного воспалительного процесса мягких тканей челюстно-лицевой области: гиперергический-нормергический; классический гиперергический; гиперергический вариант с максимально выраженной спонтанной активностью нейтрофилов (компенсированная форма); реактивный вариант (субкомпенсированная форма); ареактивный вариант (декомпенсированная форма) [2].

При гиперергическом-нормергическом варианте течения одонтогенных флегмон воспалительный инфильтрат занимал чаще 3–4 клетчаточных пространства, характеризовался как разлитой, но с тенденцией к ограничению, умеренно болезненный, в большинстве случаев – симптом флюктуации. При вскрытии гнойного очага ткани раны «живые», умеренно кровоточащие. Количество гнойного экссудата умеренное, сформированное, желтого цвета, без гнилостного запаха. При классическом гиперергическом варианте одонтогенных флегмон пациентов отмечена умеренная психоэмоциональная возбудимость, болевой синдром. Воспалительный инфильтрат занимал чаще 5 клетчаточных пространств, разлитой, резко болезненный при пальпации, наличие симптома флюктуации. Функциональные нарушения. В глубине гнойной раны определялись небольшие участки гнойно-некротических изменений. Гнойный экссудат обильный, гной в большинстве случаев сформированный, желто-зеленого цвета, с гнилостным запахом. У пациентов при компенсированной форме гиперергии отмечалась гектическая лихорадка. Воспалительный инфильтрат занимал около 6–7 клетчаточных пространств, распространенный, резко болезненный, плотный, определялся симптом крепитации. При вскрытии гнойного очага в глубине – некротические изменения в умеренном количестве. Раневой экссудат представлял собой

жидкий, с резким гнилостным запахом гной в умеренном количестве. Общее состояние пациентов при субкомпенсированной форме тяжелое. Количество клетчаточных пространств, вовлеченных в процесс, составило 7–8, с распространением на соседние области, симптомы флюктуации и крепитации. Количество гнойного экссудата незначительное, жидкое, с пузырьками воздуха, резким гнилостным запахом. При ареактивной форме течения флегмон общее состояние больных было крайне тяжелой степени тяжести. Температура тела пределах субфебрильной, определялось наличие «ножниц». Воспалительный инфильтрат занимал более 8 анатомических областей, разлитой, умеренно болезненный, с наличием крепитации. В гнойной ране при вскрытии очага определялись нежизнеспособные мягкие ткани с большим количеством некротических изменений. Гнойный экссудат представлял собой ихорозную жидкость в незначительном количестве.

Зависимость динамики клинической картины заболевания от варианта гиперергического течения одонтогенных флегмон определялась и на этапах лечения пациентов.

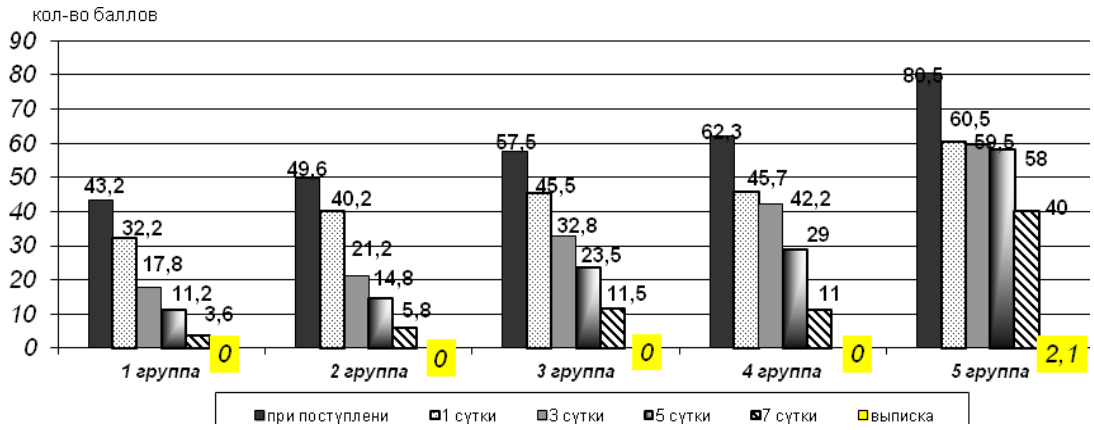


Рис. 1. Динамика общего суммарного балла у больных с распространенными одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и их осложнениями.

Результаты исследования клинической картины заболевания были подтверждены данными изучения кислородзависимого метаболизма нейтрофилов и индекса активации клеток и имели тесную корреляционную связь.

Так, у пациентов с гиперергическим-нормергическим вариантом течения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области зафиксирована умеренная функциональная реактивностью нейтрофилов на фоне незначительного снижения их резервного биоцидного потенциала. У пациентов с классическим вариантом гиперергического течения флегмон отмечены характерные для истинной гиперергической реакции высокие показатели кислородзависимого метаболизма нейтрофилов с их низкими резервными возможностями. При компенсированной форме флегмон выявлена высокая спонтанная реакция нейтрофилов, протекающая на фоне значительно сниженных биоцидных возможностей. В большей степени это свидетельствует о потенциальной «взрывоопасности» лейкоцитов, возможности развития осложнений. При реактивном варианте гиперергии зафиксированы максимальные значения кислородзависимого метаболизма нейтрофилов при практически полном отсутствии их резервных возможностей, что позволяет говорить о функциональной перегрузке и перенапряжении данного звена неспецифической реактивности организма. У больных 5 группы низкий уровень функциональной активности лейкоцитов сопровождался критически низким биоцидным резервом клеток и оставался подобным на всем протяжении лечебных мероприятий. Такая картина может свидетельствовать о нарушении функционирования, самоповреждении лейкоцитов.

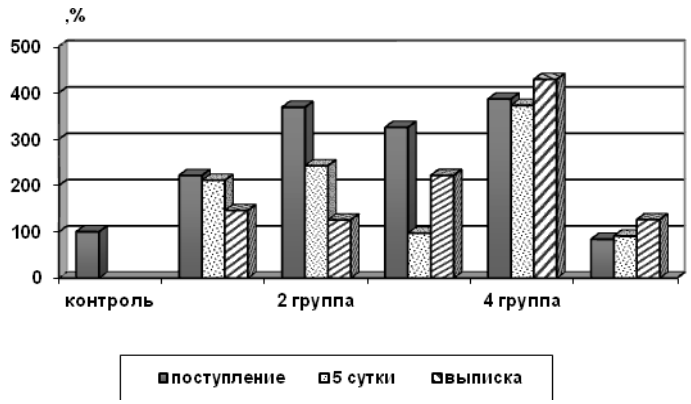


Рис. 2. Динамика уровня спонтанной реакции НСТ-теста у больных с распространенными одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и их осложнениями.

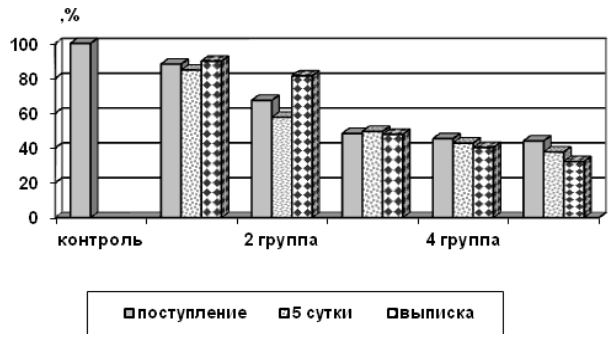


Рис. 3. Динамика уровня ИА у больных с распространенными одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и их осложнениями.

Представленные результаты изучения общего воспалительного потенциала организма указывают на значительную флогогенную, в том числе и деструктивную, активность клеток крови, имеющую наибольшую выраженность у больных при классической и компенсированной вариантах гиперергического течения одонтогенных флегмон. В динамике лечения на фоне проводимых лечебных мероприятий данный показатель снижается у больных с распространенными одонтогенными флегмонами, что свидетельствует об уменьшении первичных и вторичных флогогенных факторов организма. Результаты исследования коэффициента флогогенной активности у больных с осложненным течением заболевания с учетом динамики изменений указывают на неблагоприятный характер развития воспалительного процесса (рис. 4).

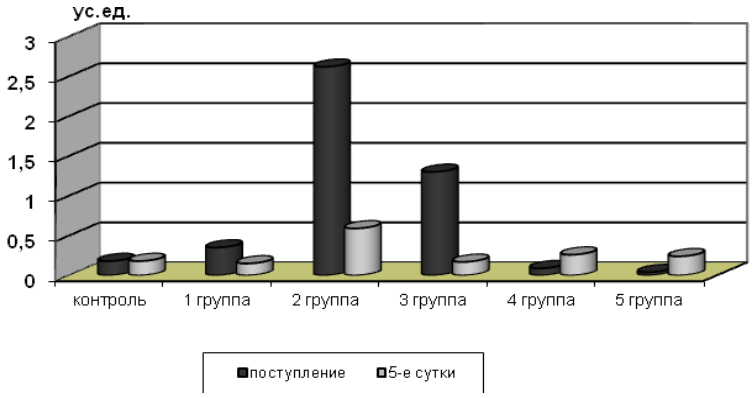


Рис. 4. Динамика коэффициента флогогенной активности сыворотки крови у больных с распространенными одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и их осложнениями.

Заключение. Клиническая картина распространенных одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области и их осложнений имеет видовое многообразие и соответствует 5 вариантам гиперергического типа течения воспалительного процесса мягких тканей лица и шеи. Наиболее информативными критериями диагностики варианта гиперергического типа воспалительной реакции являются показатели кислородзависимого метаболизма по данным сНСТ-теста и индекса активации, а также определение коэффициента флогогенной активности сыворотки крови. Представленные результаты исследования флогогенного потенциала сыворотки крови указывают на высокую информативность данного метода исследования и целесообразность применения в качестве прогностического критерия.

Список литературы:

1. Воложин А.И. Роль реактивности организма в выборе стратегии и тактики лечения острых воспалительных процессов в челюстно-лицевой области. Стоматология: специальный выпуск. 1996; 49.
2. Дурново Е.А., Высельцева Ю.В., Мишина Н.В., Хомутинникова Н.Е., Марочкина М.С. Особенности клинико-иммунологической диагностики распространенных воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области и их осложнений. Российский стоматологический журнал. 2012; 3: 22-26.
3. Дурново Е.А. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: диагностика и лечение с учетом иммунореактивности организма. Н.Новгород; издательство НижГМА, 2007: 196.
4. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. М.: ГЕОТАР – Медиа. 2010: 928.
5. Маянский Д.Н., Цырендоржиев Д.Д., Макарова О.П. Диагностическая ценность лейкоцитарных тестов. Ч.2. Определение биоцидности лейкоцитов. Методические рекомендации. Новосибирск: 1996; 47.
6. Настуева А.М., Хараева З.Ф., Мустафаев М.Ш. Цитокиновый профиль крови больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями различной степени тяжести. Фундаментальные исследования. 2015; 1; 1388–1391.

7. Недосейкина Т.В., Глухов А.А., Коротких Н.Г. Современные направления комплексного лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. Фундаментальные исследования. 2014; 4: 641-646.

ВНУТРИКОСТНАЯ МИГРАЦИЯ ПРЕМОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Рудакова Л.Ю.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Задержка сроков прорезывания постоянных зубов и аномалийное их расположение в челюстных костях могут приводить к морфологическим, функциональным и эстетическим изменениям.

Эктопия включает в себя различные нарушения, связанные с проблемами прорезывания зубов, одной из которых является внутрикостная миграция, при которой происходит удаление непрорезавшихся постоянных зубов и их зачатков от области обычного расположения. Это редчайшая аномалия, которой чаще всего подвержен боковой резец, клык, и второй премоляр, чаще односторонняя. Механизм, вызывающий миграцию зуба еще не до конца изучен, однако однозначно имеют значение следующие факторы: неправильная закладка, задержка смены или преждевременное удаление молочных зубов, врожденная патология челюстно-лицевой области, наличие сверхкомплектных зубов, воспалительные процессы и травмы челюстей. Движение мигрирующих зубов происходит по пути наименьшего сопротивления. Часто причиной смещения является сверхкомплектный зуб, одонтома, несвоевременное удаление молочного зуба или скученность зубов. Однако это может произойти без каких-либо видимых причин, либо явиться врожденной патологией.

Внутрикостные миграции зубов не могут быть обнаружены на внутриротовой рентгенограмме, поэтому важно использовать ортопантомограмму или компьютерную томограмму челюсти.

Мы наблюдали клинический случай внутрикостной миграции нижнего второго премоляра у пациента ОЧЛХ стоматологической клиники ЧГМА.

В ноябре 2015 года в стационар клиники ЧГМА поступил пациент, 1954 г.р., с жалобами на наличие слабоболезненного плотного образования на нижней челюсти справа. Анамнез: образование заметил около 2-х лет назад, оно постепенно увеличивалось, около полугода назад появились болезненные ощущения. Обратился к хирургу стоматологу по месту жительства, проведена рентгенография бокового отдела нижней челюсти справа, выявлена тень зубной плотности по краю челюсти. Пациент был обследован, консультирован онкологом, после чего направлен в ОЧЛХ клиники ЧГМА с целью хирургического лечения.

При поступлении: общее состояние пациента удовлетворительное, региональные лимфоузлы не определяются, по органам и системам без патологических изменений. Местно: конфигурация лица незначительно изменена за счет выбухания по краю бокового отдела нижней челюсти справа округлой формы, костной плотности, до 0,8 см в диаметре, слабоболезненного при пальпации. Кожа и окружающие ткани не изменены. Рот открывает в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта без патологических изменений, бледно розового цвета. Зуб 45 отсутствует, дефекта в зубной дуге не определяется.

На ОПГ и компьютерной томографии нижней челюсти в проекции 44,46, по краю челюсти видна тень зубной плотности, по форме напоминающая зуб, расположенный вертикально. Кортикальная пластинка края челюсти истончена в области образования. Вокруг образования видна полоска просветления, а за ней участок затемнения костной ткани, проходящий от альвеолярного отростка между корнями 44, 46 до края челюсти. Был выставлен предварительный диагноз: Ретенция 45. Внутрикостная миграция 45? Одонтома нижней челюсти?

10.11.2015 г. Проведена операция удаления образования. Наружным доступом было выделено и удалено образование конической формы по краю

челюсти, имелась оболочка. По форме и строению это был полноценный 2-ой премоляр нижней челюсти. Костная ткань «лунки» удаленного зуба склерозирована на всем протяжении. Рана по краю челюсти была послойно ушита. Послеоперационный период протекал без особенностей. Заключительный диагноз: Ретенция 45. Внутрикостная миграция 45.

Таким образом, редчайшей аномалей положения постоянных зубов является внутрикостная миграция. Для ее выявления, прогнозирования результатов и планирования лечения необходимо проведение современных методов диагностики (ОПГ, КТ челюстей). Методы лечения внутрикостной миграции ретинированного зуба зависят от расположения зубов, состояния окружающих их тканей и степени дискомфорта у пациента.

Список литературы:

1. Жигурт Ю.И. План и прогноз лечения при лечении ретенции зубов: Автореф.дис.канд.мед.наук / Жигурт Ю.И. – 1994. 23 с.

2. Неспрядько В.П. Патогенез, клиника и лечение непрорезовавшихся зубов: автореф.дис.доктора мед.наук / В.П. Неспрядько. Киев, –1985. 28 с.

3. Персин Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование / Л.С. Персин. – М., 2006. 32 с.

ОЦЕНКА РЕГИОНАРНОГО КРОВОТОКА И ЛОКАЛЬНОЙ ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ ПРИ КВЧ-ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Хелминская Н.М., Гончарова А.В., Кравец В.И., Вагина И.Л.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», г. Москва

Цель исследования: провести сравнительную оценку показателей регионарной гемодинамики и инфракрасной термометрии при КВЧ- и КВЧ-

лазеротерапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ГВЗ ЧЛО).

Материал и методы. Обследовано 94 пациента с ГВЗ ЧЛО. По степени тяжести: легкая степень – пациенты с фурункулами и абсцессами лицевой области без признаков интоксикации; средней тяжести – пациенты с флегмонами одного клетчаточного пространства и тяжелая – пациенты с флегмонами 2-х и более клетчаточных пространств. 34 пациента получали КВЧ-терапию, 60 пациентов – КВЧ-лазеротерапию.

Результаты. Допплерографический показатель максимальной систолической скорости кровотока (Vs) и индексы пульсации (PI) и периферического сопротивления (RI) в общей сонной и лицевой артериях в основной группе пациентов свидетельствовали о замедлении кровотока при выраженной вазодилатации, обусловленной снижением сосудистого тонуса в условиях отека мягких тканей при ГВЗ ЧЛО.

Таблица 1.

Показатели кровотока в общей сонной и лицевой артериях до начала процедур (M±m)

Показатели	Здоровые	Основная группа (n=94)	Δ%
ОСАVscм/с	25,4±0,7	11,2±3,14*	-55,9
ОСА, PI ед	1,87±0,3	0,65±0,98*	-34,8
ОСА RI ед.	0,74±0,07	0,49±0,57**	-33,78
ЛА, Vscм/с	12,4±0,15	9,85±2,84	-20,16
ЛА, PI ед.	1,42±0,21	0,67±0,73 *	-46,5
ЛА, RI ед.	0,8±0,02	0,46±0,89**	-42,5

Примечания: ОСА – общая средняя артерия; ЛА – лицевая артерия; Vs-систолическая скорость кровотока; RI – индекс периферического сопротивления кровотоку (Пурсело); PI – индекс пульсации (Гослинга); статистическая значимость:*p<,01;**p<0,001.

После проведения процедуры КВЧ-терапии в общей сонной артерии отмечено небольшое (на 8,1%), но статистически значимое (p<0,05)

повышение показателя максимальной систолической скорости кровотока (Vs) и незначительное недостоверное снижение индексов пульсации (PI) и периферического сопротивления (RI) на 3,1% и 10,2% (p>0,05) соответственно. В лицевой артерии под действием КВЧ-терапии происходило незначительное достоверное (p<0,01) снижение максимальной систолической скорости (Vs) на 3,96%, а индексы пульсации (PI) и периферического сопротивления (RI) достоверно повышались на 30,9% (p<0,001) и 22,03% (p<0,01) соответственно, стремясь к показателям контроля. Клинические симптомы изменялись в сторону уменьшения степени выраженности отека в 1,5–2 раза на следующий день после проведения процедуры КВЧ-терапии по сравнению с исходным состоянием. После КВЧ-лазерной терапии, изменение индексов пульсации и периферического сопротивления отражало тенденцию к нормализации сосудистого тонуса при неизменной скорости кровотока в общей сонной артерии и увеличенной (Vs) – в лицевой.

Таблица 2.

Показатели кровотока в общей сонной и лицевой артериях в сравнении до- и после проведенных процедур (M±m)

Показатель	До первой Процедуры (n=94)	После КВЧ-тер. (n=34)	После КВЧ+лазер (n=60)
ОСАVscм/с	11,2±3,14*	12,18±3,35**	11,11.±4,14*
ОСА, PI ед	0,65±0,98*	0,63±0,92*	0,8±0,56**
ОСА RI ед.	0,49±0,57*	0,44±0,81*	0,52±0,48*
ЛА, Vscм/с	9,85±2,84	9,46±3,23**	11,17±7,92**
ЛА, PI ед.	0,67±0,73	0,97±0,32***	0,71±0,27**
ЛА, RI ед.	0,46±0,89	0,59±0,43**	0,48±0,78**

Примечание: статистическая значимость – *p>0,05; ** p<0,05; ***p<0,01; ****p<0,001.

Таким образом, при сочетанном варианте воздействия увеличение скорости кровотока в области лица было более значительно в сравнении с моно-КВЧ-терапией. При этом восстановление тонуса сосудистой стенки и нормализация периферического сопротивления происходили медленнее. Клинически это выражалось в замедлении регресса отека при сочетанном варианте на 0,7±0,3 суток в сравнении с моно-КВЧ-терапией. Увеличение скорости кровотока при постепенном восстановлении тонуса сосудов способствует улучшению оксигенации тканей и стимулирует процессы репарации. Проведение КВЧ-терапии в сочетании с низкоинтенсивным лазерным излучением в фазе дегидратации, когда преобладают процессы анаболической направленности местного метаболизма с повышением интенсивности окислительно-восстановительных реакций, способствует активизации периферического и коллатерального кровообращения, улучшению кислородного снабжения тканей, усилению энергетических и пластических процессов в патологическом очаге.

Локальная инфракрасная термометрия до и после процедур КВЧ- и КВЧ-лазеротерапии дала следующие результаты:

Таблица 3.

Показатели инфракрасной термометрии

КВЧ (n=34)			КВЧ + Лазер (n=26)		
До процедуры	После процедуры	Разница после-до КВЧ	До процедуры	После процедуры	Разница после-до КВЧ+лазер
31,42±1,03*	32±0,803**	0,58±0,68	32,26±0,913***	32,57±0,74***	0,31±0,92

Примечание: статистическая значимость *p<0,002; **p<0,007; ***p>0,5.

Проведенные процедуры способствовали разрешению гемодинамического состояния в области патологического очага,

вызывавшего температурные колебания. Отсутствие корреляционной зависимости больше было выражено в случаях с сочетанным вариантом терапии.

Таблица 4.

Корреляционная зависимость показателей кровотока и локальной термометрии

До процедур. n=94	После КВЧ-тер. n=34	После КВЧ+Л-тер. n=60
T/Vas r =- 0,2701 p = 0,135	T/Vas r=-0,1550 p = 0,397	T/Vas r =-0,2701 p = 0,135
T/PI r =-0,2306 p = 0,204	T/PI r = 0,0871 p = 0,636	T/PI r = 0,1327 p = 0,518

Выводы. Процедуры оказывают влияние на скорость кровотока в области патологического очага через регуляцию сосудистого тонуса. Полученные результаты допплерографического исследования регионарного кровотока при ГВЗ ЧЛО позволяют дифференцировано подойти к назначению КВЧ-лазерной терапии в зависимости от стадии течения гнойно-воспалительного заболевания:

1. В стадии гидратации целесообразнее применение электромагнитного излучения крайне высокой частоты в связи с оптимизацией сосудистого тонуса в условиях сниженного кровотока.

2. В стадии дегидратации в связи с активизацией кровотока целесообразнее применение сочетанной КВЧ-лазерной терапии с целью стимуляции репарации и сокращения сроков лечения.

Список литературы:

1. Шаргородский А. Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. М.: ГЭОТАР – МЕД; 2002.

2. Походенько-Чудакова И.О., Казакова-Кремез Ю.М. Прогнозирование развития одонтогенных воспалительных процессов по

данным теста контактной термометрии в кожной проекции акупунктурных точек челюстно-лицевой области. Белорусский медицинский журнал. 2003; 2.

3. Морозов П.В. Экстракорпоральная обработка аутокрови КВЧ-излучением в лечении одонтогенной инфекции. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Самара; 2001.

4. Дурново Е.А., Марочкина М.С., Хомутинникова Н.Е., Потехина Ю.П., Янова Н.А. Возможности инфракрасной термографии в комплексной диагностике заболеваний челюстно-лицевой. Современные проблемы науки и образования. 2012; 4: 30-40.

5. Колесов С.Н., Воловик М.Г., Прилучный М.А. Медицинское теплорадиовидение: современный методологический подход. Нижний Новгород: ФГУ «ННИИТО Росмедтехнологий»; 2008.

6. Голованова М.В., Потехина Ю.П. Возможности термодиагностики в медицине.Нижний Новгород; 2011.

7. Кречина Е.К., Рахимова Э.Н. Критерии оценки нарушений гемодинамики тканевого кровотока в тканях десны в норме и при заболеваниях пародонта. Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2005; Т. 4, (1): 84-7.

8. Непобедимый Э.Г. Состояние регионарной гемодинамики при острых одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области и шеи и пути снижения гипоксии тканей. Автореф. дисс. канд.мед.наук. Воронеж; 2011.

9. Чуян Е.Н., Раваева М.Ю., Трибрат Н.С. Низкоинтенсивное электромагнитное излучение миллиметрового диапазона: влияние на процессы микроциркуляции. Физика живого. Киев; 2008; Т. 16, (10): 82-90.

10. Брехов Е.И., Буйлин В.А., Москвин С.В. Теория и практика КВЧ-лазерной терапии. Тверь; 2007.

11. Картелишев А.В., Румянцев А.Г., Евстигнеев А.Р., Гейнц А.В., Усов С.В., ред. Лазерная терапия и профилактика. М.: Практическая медицина; 2012.

12.Gutierrez-Perez J. L., Perea-Perez E.J., Romero-Ruiz MM.,Giron-Gonzalez J.A. Orofacial infections of odontogenic origin. Med Oral. 2004; Vol. 9, (4): 280-287.

ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Харитонов Д.Ю., Крайтер А.И., Харитонов Ю.М., Устин А.В.

Воронежский государственный медицинский университет

им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Актуальность. До настоящего времени проблема обезболивания в хирургической стоматологии, а также дентальной имплантологии не теряет своей актуальности [1, 2, 3, 11]. Это обусловлено несовершенством традиционных методик и средств местной анестезии [5, 6, 7, 8, 10, 12]. Возможности оптимизации местной анестезии на путях поиска определенного анестетика также пока не увенчались успехом, несмотря на высокую эффективность современных обезболивающих препаратов из амидного ряда [3, 4, 7, 9, 10].

Не изучены гомеостатические реакции пациентов при проведении внутрикостного местного обезболиванием с использованием различных автоматических устройств в клинической практике врача-хирурга. В то же время устройство QuickSleeper (производитель Dental Hi Tec, Франция), адаптированное к реализации внутрикостной анестезии с целым рядом преимуществ, не получило широкого распространения в практике врачей хирургов стоматологов. Результаты использования данного устройства при лечении 128 пациентов с кариозным поражением зубов приведены в работах Сериковой О.А. [6, 7].

Цель исследования: анализ эффективности и качества местного обезболивания на основе использования методики внутрикостной анестезии с помощью электронного устройства QuickSleeper при операциях дентальной имплантации.

Материал и методы исследования. В соответствии с целью и задачами на клинической базе (стоматологическая поликлиника ВГМУ им. Н.Н. Бурденко) кафедры челюстно-лицевой хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко в период с 2015 по 2017 год проведено обследование и имплантологическое лечение 80 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет.

В зависимости от используемых методов местной анестезии было выделено три группы пациентов. У пациентов первой группы (26 человек) использовали инфильтрационную анестезию, у пациентов второй группы (28 человек) – проводниковое обезболивание. В третьей группе (26 человека) – внутрикостную анестезию с помощью устройства QuickSleeper на высокой переменной скорости введения анестетика. Во всех случаях использовали местный анестетик артикаинового ряда Убистезин 4% с адреналином 1:200 000 фирмы ESPE (Германия).

Подавляющее большинство пациентов были в возрасте 31–60 лет – 61 человек (50,8%). Превалировали пациенты женского пола – 59 человек (74,2%). Фоновая патология была выявлена у 25 (31,3%) пациентов.

У всех пациентов, участвующих в исследовании, сопутствующие заболевания находились в стадии устойчивой компенсации на фоне стандартизированной лекарственной терапии. Каких-либо аллергических проявлений на медикаменты, включая использование современных анестетиков, установлено не было.

До проведения имплантологической операции оценивали психоэмоциональное состояния пациентов по шкале клинической стоматологической (ШКС) А.Ф. Бизяева-С.Ю. Иванова, дополнительные методы исследования включали определение состояния кардиогемодинамики (определение АД «Омелон А-1», пульсоксиметрия ПО-02-«КАРДЕКС», анализатор «Бианкор»); уровня кортизола методом РИА, глюкозы крови «Омелон А-1».

Для статистической обработки результатов исследования был использован пакет прикладных программ STATISTICA 7.0 фирмы «StatSoft

Inc.» для персонального компьютера в системе Windows, данные проанализированы средствами подпрограмм описательной статистики, включающей такие этапы проверки, как соответствие первичных данных исследования нормальному закону распределения, равенство дисперсий распределений признаков при сравнении изучаемых групп пациентов, подсчет средних значений исследуемых показателей. В качестве порогового уровня статистической значимости принимали значения 0,05; 0,01. Сравнение относительных частот (долей) внутри одной группы и между группами проводилось на основании проверки нулевой статистической гипотезы о равенстве частот в двух популяциях с помощью вероятностного калькулятора пакета STATISTICA.

Результаты и их обсуждение. Клиническая оценка состояния альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти в области предполагаемой дентальной имплантации была выполнена у 80 пациентов. Распределение анатомических объектов при проведении дентальной имплантации представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Характеристика анатомических дефектов зубных рядов при подготовке операции дентальной имплантации

Анатомические объекты челюстей Вторичная адентия	Количество больных	%
Верхняя челюсть (фронтальный отдел)	28	35,0
Нижняя челюсть (фронтальный отдел)	26	32,5
Верхняя челюсть (боковой отдел)	10	12,5
Вторичная адентия: нижняя челюсть (боковой отдел)	16	20,0
Итого:	80	100,0

Чаще всего (67,5% случаев) вторичная частичная адентия анатомически определялась у больных во фронтальном отделе челюстей, в меньшей степени (32,5%) – в боковых отделах верхней и нижней челюсти. Слизистая оболочка альвеолярных отростков челюстей была без признаков

воспаления, визуально и пальпаторно определялась умеренная плотность костной ткани.

При сборе анамнеза в ходе клинического обследования пациентов были выявлены следующие наиболее типичные жалобы вторичной частичной адентии челюстей (табл. 2).

Таблица 2.

Характеристика основных жалоб пациентов при вторичной частичной адентии с учетом анатомической локализации дефекта верхней и нижней челюстей (n=134)*

Клинические симптомы	Частота обнаружения	
	Абс.	%
Косметическая проблема	18	13,4
Дискомфорт при приеме пищи	56	41,7
Травмирование десневого края	42	31.4
Болезненные ощущения при артикуляции	18	13.5

Примечание: * – суммирование симптомов.

При обращении к стоматологу пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт при приеме пищи, в 31,4% – на травмирование десневого края при приеме жесткой пищи. У лиц женского пола превалировала косметическая проблема и болезненные ощущения при разговоре и приеме жесткой пищи.

При оценке стоматологического статуса было отмечено (табл. 3), что у 25 пациентов отмечались заболевания полости рта и твердых тканей зубов, которые находились в стадии устойчивой компенсации. Вследствие ранней утраты зубов у 6 человек определялись положительный феномен Попова-Годона и дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, которая выражалась хроническим передним подвывихом и в основном наблюдалась у лиц женского пола.

Таблица 3.

Стоматологический статус пациентов

Стоматологический статус	Количество пациентов	
	Абс.	%
Некариозные поражения	5	20,0
Хронический пародонтит в стадии ремиссии	11	44,0
Заболевания слизистой оболочки полости рта	3	12,0
Болевая дисфункция сустава	6	24,0
Всего:	25	100,0

Рентгенологическое обследование было выполнено у всех 80 пациентов (табл. 4).

Таблица 4.

Данные рентгенологического обследования верхней и нижней челюстей

Критерии оценки	Количество исследований (n=180)	
	Абс.	%
Рентгенологическая характеристика дефекта челюстей (по данным ОПТГ)	46	25,5
Рентгенологическая характеристика дефекта челюстей по данным РКТ	80	44,4
Денситометрическая оценка костной ткани верхней и нижней челюстей	54	30,1
Всего:	180	100,0

Всем больным проводилась компьютерная томография, которая позволяла оценить структуру костной ткани альвеолярного отростка челюстей, определить расположение основных костных анатомических структур (для верхней челюсти – дно гайморовой пазухи; для нижней челюсти – глубину залегания нижнечелюстного нерва). Денситометрическая оценка плотности костной ткани в дальнейшем была ориентиром для выбора местной анестезии (инфильтрационная, проводниковая и костная).

Перед проведением операции дентальной имплантации у 80 пациентов провели оценку их психоэмоциональной реакции. Данные представлены в табл. 5.

Таблица 5.

Распределение пациентов в соответствие с типом и интенсивностью психоэмоциональной реакции

Тип реакции	Интенсивность реакции				
	легкая	умеренная	выраженная	всего	
				Абс.	%
Астеническая	8	1	–	9	
Тревожная	70	1	–	71	
Всего:	78	2	–	80	100

При исследовании психоэмоциональной реакции у пациентов, которым предстояла операция дентальной имплантация, на основе шкалы ШКС было выявлено, что грубых отклонений со стороны центральной нервной системы отмечено не было. В основном у 78 человек определялся астенический и тревожный тип реакции, интенсивность реакции была легкая. У двух пациентов отмечалась интенсивность реакции как умеренная.

В дальнейшем при подготовке больных с целью премедикации использовали препараты диазепамового ряда за 30–45 минут до операции.

Важным моментом при проведении операции дентальной имплантации была оценка гемодинамики у пациентов (табл. 6), которая показала, что имело место незначительное повышение АД (систолического и диастолического), увеличивалось число сердечных сокращений, уменьшалось незначительно сатурация кислорода в крови. Указанные нарушения носили преходящий характер и не требовали медикаментозной коррекции.

Таблица 6.

Показатели артериального давления, сатурации и числа сердечных сокращений у пациентов до лечения

Показатели	Количество обследованных пациентов	Нормальные величины	Средние значения
АД – систолическое (мм рт. ст.)	80	120	131,3±3,4*

АД – диастолическое (мм рт. ст.)	80	80	85,3±2,6
Сатурация SpO_2 в %	80	95–100	94,3±2,1
Число сердечных сокращений	80	75±10,5	73,9±2,4

Примечание: * – различия статистически значимы при сравнении средних значений с нормой ($p \leq 0,05$).

Сравнительная характеристика видов обезболивания при проведении операции дентальной имплантации представлена в табл. 7, из данных которой видно, что длительность эффективной анестезии при инфильтрационной, проводниковой и внутрикостной анестезии автоматизированным устройством QuickSleeper была соответственно 89,5%, 45,2 и 97,5%.

Активность показателей стресс-реакции организма при инфильтрационной анестезии проявлялась в виде умеренной гипердинамии системы кровообращения, повышение уровня кортизола и глюкозы. При внутрикостной анестезии автоматизированным устройством QuickSleeper гипердинамия системы кровообращения была выражена незначительно, лабораторные критерии стресс-ответа проявлялись в пределах физиологических колебаний.

Таблица 7.

Сравнительная характеристика различных видов обезболивания при проведении дентальной имплантации

Критерии оценки	Инфильтрационная анестезия (1 группа)	Проводниковая анестезия (2 группа)	Внутрикостная анестезия (3 группа)
1.Болезненность при вколе иглы	84,2 %	61,4%	16,7%*#
2.Боль, распирание при введении анестетика	92,1%	28,6%	33,2%*
3.Количество иньекций	По количеству имплантов	Анестезия на половине	Одна на альвеолярный

при дентальной имплантации		челюсти	отросток челюсти
4.Эмоциональное восприятие анестезии	У 68% пациентов ощущение напряжения и тревоги	У 56,5% пациентов – напряжение тревоги	В 70%*# случаев эмоции позитивны
5. Онемение окружающих тканей	100%	100%	Отсутствует
6.Длительность онемения мягких тканей	До 4–6 часов	До 4 часов	Отсутствует
7. Длительность эффективной анестезии	До 1 часа – 89,5%,	До 1 час. – 45,2%	До 1 часа – 97,5%*
8. Общая оценка эффективности анестезии пациентом	52% положительных реакций	45%	100%*# положительных реакций

Примечание: * – различия статистически значимы при сравнении данных 3 и 2 групп ($p \leq 0,05$), # – различия статистически значимы при сравнении данных 3 и 1 групп ($p \leq 0,01$).

Таким образом, полученные данные клинико-лабораторного исследования свидетельствуют о преимуществе внутрикостного способа обезболивания с использованием автоматизированного устройства QuickSleeper на высокой переменной скорости при проведении операции дентальной имплантации.

Выводы:

1) при проведении имплантологических операций на верхней челюсти можно использовать инфильтрационную анестезию;

2) при проведении имплантологических операций на нижней челюсти целесообразно использовать внутрикостную анестезию автоматизированным устройством QuickSleeper.

3) использование аппаратных методов местной анестезии в хирургической стоматологии позволяет уменьшить риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы за счет обеспечения минимального воздействия на систему гемодинамики во время проведения процедуры обезболивания.

Проведенное исследование подтверждает, что использование устройства QuickSleeper может быть рекомендовано для повседневной клинической практики в стоматологии.

Список литературы:

1. Алексеев В.Н. Оптимизация анестезиологического обеспечения в амбулаторной стоматологической практике: автореф. дис. … д-ра мед. наук / В.Н. Алексеев. – СПб., 2002. 35 с.

2. Бабиков А.С. Клинико-физиологическое обоснование применения автоматизированного устройства «WAND» для местного обезболивания в амбулаторной стоматологической практике: дис. … канд. мед. наук / А.С. Бабиков. – М., 2002.

3. Зорян Е.В. Артикаин: новый этап на пути к эффективной и безопасной анестезии в стоматологии / Е.В. Зорян, С.А. Рабинович, Е.Н. Анисимова // Вестник стоматологии. – 1999. № 6 (73). С. 15.

4. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники / А.Ф. Бизяев [и др.]. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. 114 с.

5. Рабинович С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии / С.А. Рабинович. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. 144 с.

6. Серикова О.В. Анализ клинико-лабораторных показателей при проведении стоматологических вмешательств и использованием инфильтрационной и внутрикостной анестезии / О.В. Серикова, Б.В. Трифонов // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2011. № 16 (111). Вып. 15/1. С. 110-113.

7. Серикова О.В. Сравнительная характеристика показателей внутрикостной анестезии с использованием автоматизированного устройства QuickSleeper при разной скорости введения анестетика / О.В. Серикова, Н.Н. Полуказакова, Б.В. Трифонов // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2011. № 16 (111). Вып. 15/1. С. 150-155.

8. Andren S.S. Ambulatory anesthesia. An injury, study of patient satisfaction and therapeutic quality / S.S. Andren // Ugeskr. Laeger. – 1993. Vol. 155. № 36. P. 2803-2806.

9. Anesthetic efficacy of the intraosseous injection in maxillary and mandibulai teeth / R. Coggins [et al.] // Oral Surg. – 1996. Vol. 81. 634 p.

10. Anesthetic efficacy of the supplemental intraosseous injection of 3% mepivacaine in irreversible pulpitis / D. Reisman [et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 1997. Vol. 84. № 6. P. 672-682.

11. Bonde J. Local analgesics. Pharmacology, use and adverse effects / J. Bonde, K. Antonsen, M.B. Hansen // Ugekr. Laeger. – 1993. Vol. 155. № 38. P. 3041-3048.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ И ДУГИ И СКУЛО-ГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА В НИЖЕГОРОДСКОМ РЕГИОНЕ

Хомутинникова Н.Е., Матросов В.И., Дьяков А.В.
ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Семашко», г. Нижний Новгород

Вопросы травматологии челюстно-лицевой области продолжают оставаться одной из актуальных современных медицинских и социальных проблем.За последние десять лет произошел количественный скачок травматизма в России. Объясняется это изменением социальных условий жизни, увеличением количества транспортных средств, урбанизацией и прогрессированием техногенных аварий, нарушением техники безопасности. Вместе с ростом травматизма отмечается увеличение частоты и тяжести челюстно-лицевых повреждений (В.А. Стучилов и соавт., 2003; Ш.М. Месхиа, 2009; В.А. Клевно, Е.Н. Григорьева, 2012).

По данным Е.Н. Калашниковой (2008), на долю переломов скуловой кости приходится от 20 до 37,5% всех повреждений костей лица. При переломах скуловой кости в 39% случаев имеется повреждение нижней стенки глазницы, в 6,6% случаев переломы сочетаются с повреждением глазного яблока, в 25,5% – век и в 72,2% – мягких тканей лица (С.В. Грищенко, 2012).

Переломы костей лицевого скелета составляют от 30 до 40% от всего числа заболеваний у больных, находящихся на лечении в стоматологических отделениях и до 21% от всех пострадавших с травмами, госпитализированных в лечебные учреждения (А.А. Кулаков, Т.Г. Робустова, А.И. Неробеев, 2010).

Лечение больных с травматическими повреждениями переломами скулоглазничного комплекса проводится в специализированном стационаре. В зависимости от вида повреждения возможен консервативный способ лечения. В хирургическом лечении нуждаются лишь пострадавшие с переломами скуловой кости и дуги со смещением отломков (А.Э. Гуцан, Ю.И. Бернадский, 1990; Richard A. Pollock, 2011). Наиболее распространенным и известным методом лечения таких больных является хирургическая операция -«репозиция отломков скуловой кости и дуги с помощью крючка Лимберга». В более сложных клинических случаях (при наличии множественного, оскольчатого или «застарелого» перелома) используется операция остеосинтеза и реконструкция стенок орбиты.

Цель исследования провести анализ распространенности, диагностики и лечения переломов скуловой кости и дуги и скуло-глазничного комплекса в Нижегородской области за пять лет.

Материалы и методы. Работа основана на анализе 197 историй болезни пострадавших с переломами скуловой кости и скуловой дуги, лечившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ НО «НОКБ им. Семашко» за период с 01.01.2012 по 31.12.2016 гг.

Выявлено, что наибольший процент переломов скуловой кости приходится на молодой, трудоспособный возраст (20–40 лет) с преобладанием лиц мужского пола. Переломы скуловой кости наблюдаются редко изолированные, чаще отмечается сочетание перелома скуловой кости и стенок орбиты. Для обеспечения оптимального лечения и сокращения сроков временной нетрудоспособности больным с переломами скуловой кости и

дуги необходимо проводить специализированное хирургическое лечение в максимально короткие сроки.

Возраст пациентов составил 18–60 лет: в возрасте 18–20 лет пролечено 4,2%±0,48, от 20–40 лет – 74,1%±0,13, от 40–60 лет – 20,5%±0,40, более 60 лет – 2,7%±0,49. Из них мужчин – 171 (86,8%±0,06) человек, женщин – 26 (13,2%±0,44).

На основании полученных данных следует отметить, что повреждение скуловой кости и дуги встречается часто у мужчин трудоспособного возраста от 20–40 лет. По срокам обращения всех больных разделили на 7 групп, данные представлены на рис. 1.

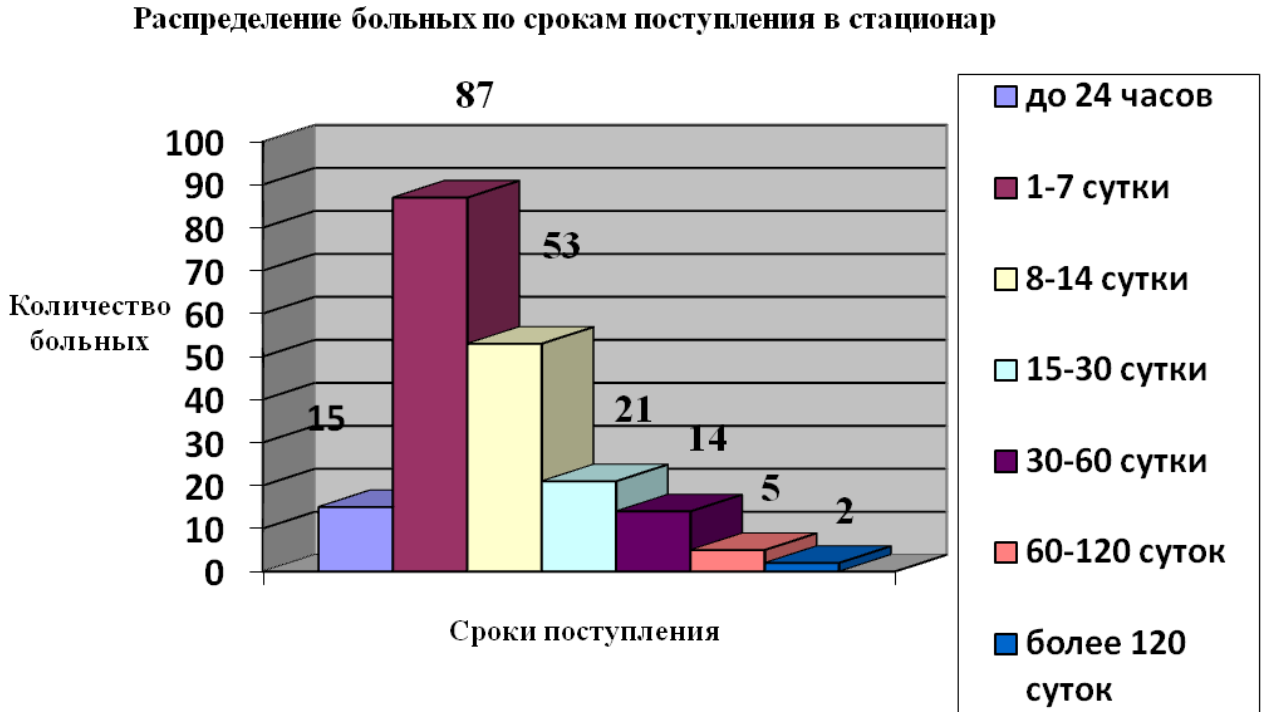


Рис. 1. Распределение больных по срокам поступления в стационар.

Причинами позднего обращения пациентов за специализированным хирургическим лечением были недостаточная диагностика в учреждениях 1-го уровня или лечение по поводу сочетанных повреждений. Отек и гематома, развившиеся сразу же после травмы, маскировалидеформацию скуловой области.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто переломы скуловой кости и дуги наблюдались у лиц трудоспособного возраста от 20–40 лет – 74,4%±0,12. Необходимо отметить, что наибольший процент пострадавших составили мужчины (86,8%±0,06). Повреждения скуловой кости в 96,3%±0,01 случаев были получены в результате бытовой травмы, в 2,4%±0,49 носили производственный характер и в 1,3%±0,50 травма получена в результате падения с высоты. Поступили в стационар в состоянии алкогольного опьянения – 42,5%±0,29 больных.

Распределение больных с травматическими повреждениями скуловой кости и дуги, а также с повреждением стенок орбиты представлено на рис. 2.

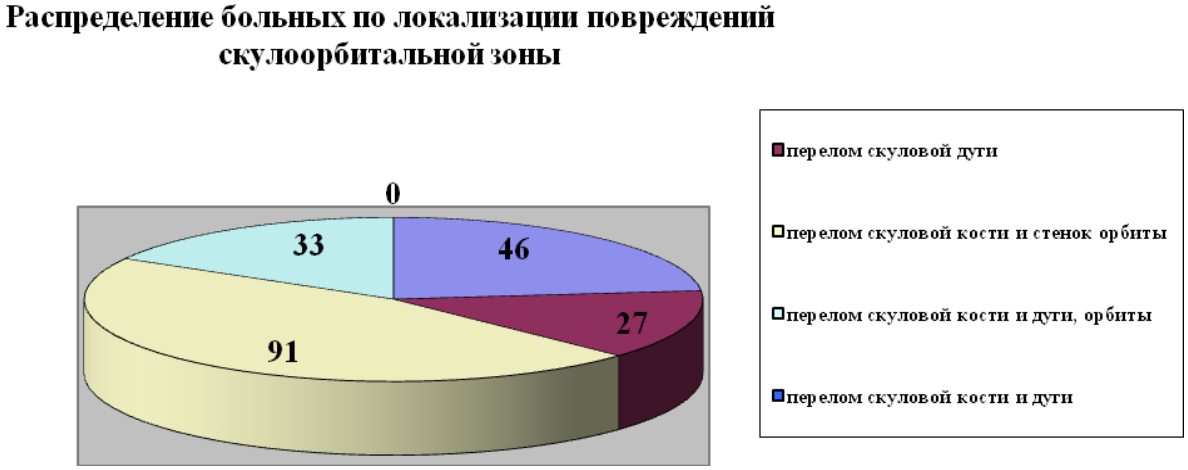


Рис. 2. Распределение больных по локализации повреждений скулоорбитальной зоны.

Анализируя локализацию повреждений нами отмечено:

- перелом скуловой дуги – 27 (13,7%±0,43) больных;
- перелом скуловой кости – 170 больных (86,3%±0,06), из них:

- с переломом скуловой кости с повреждением орбиты – 91 (46,2%±0,27) чел.;
- с переломом скуловой кости и дуги – 46 (23,4%±0,38) чел.,
- с переломом скуловой кости и дуги с повреждением орбиты 33 (16,7%±0,42) чел.

Анализ диагнозов у пациентов с переломами скулоглазничного комплекса при поступлении и при выписке показал, что у 58,3%±0,21 больных повреждение костей лицевого черепа первоначально не было отражено в полном объеме, что обусловлено спецификой диагностического обследования (отсутствие челюстно-лицевых хирургов и компьютерных томографов в ЦРБ). При поступлении в клинику больные чаще всего предъявляли жалобы на отеки и гематомы в скулоглазничной области, изменения контуров лица, боли в области перелома, ограничение открывания рта, реже – на диплопию и снижение зрения. При целенаправленном выяснении анамнеза травмы и жалоб пострадавших установлено, что потеря сознания наблюдалась у больных с сотрясением головного мозга (35,7%±0,32). Проводя анализ клинических симптомов в 39,4%±0,30 случаев были выявлены невропатия 2-й ветви тройничного нерва, в 67,5%±0,16 – ограничение открывания рта, у 33% больных отмечалась выраженная диплопия и в 18,7%±0,41 нарушение подвижности глазного яблока.

Сложности диагностики проявлялись при сочетанном повреждении скуловой кости и глазничного комплекса, когда на первый план выступали связанные с переломом стенок орбиты повреждения (гематома орбиты и век, экзо- или энофтальм, гипофтальм). При этом диагностические мероприятия были направлены только на выявление повреждений орбиты, а повреждение скуловой кости оставалось не распознанным. Лишь спустя некоторое время, после того как уменьшался отек и рассасывались гематомы, проявлялась деформацияв зоне скуловой кости и дуги, а также, в области нижнего и наружного края глазницы.

Лечение повреждениймпереломами скулоглазничного комплекса проводилось после поступления пострадавших в клинику. При тяжелой травме, сопровождающейся шоком, вмешательства проводились после противошоковой терапии. В зависимости от вида оперативного вмешательства больные были разделены на 4 группы (табл. 1).

В первую группу были включены 52 пациента (26,4%±0,37), которым для репозиции и фиксации скуловой кости был примененарепозиция отломков скуловой кости и дуги с помощью крючка Лимберга.

Во вторую группу включены 88 пациентов (44,7%±0,28), которым для репозиции и фиксации кости был применен хирургический способ лечения – остеосинтез с использованием титановых мини-пластин и винтов.

В третью группу включены 28 пациентов (14,2%±0,43), которым во время остеосинтеза скуловой кости была произведенареконструкция стенок орбиты.

В четвертую группу включены 29 пациентов (14,7%±0,43), которым проводилось консервативное лечение (противовоспалительная терапия, ФТЛ).

Средний возраст пациентов составил 26,2±0,37 года.

Таблица 1.

Распределение пациентов с переломами скуловой кости и дуги, в зависимости от способа лечения

Локализация перелома	Лечение							
	Хирургическое						Консервативное	
	Репозиция отломков скуловой кости и дуги с помощью крючка Лимберга		Остеосинтез		Остеосинтез скуловой кости и реконструкция стенок орбиты			
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Перелом скуловой дуги	4	–	13	2	–	–	4	0
Перелом скуловой кости	24	5	45	8	–	–	21	4
Перелом скуло-глазничного комплекса	18	1	17	3	25	3	–	–
ВСЕГО	52		88		28		29	

В первой группе больных (n – 52) после репозиции скуловой костикрючком Лимберга в 15 (28,8%±0,36) случаях не удалось достичь удовлетворительных результатов из-за тяжелых сочетанных повреждений средней зоны лица. От обширного хирургического вмешательства эти пострадавшие отказались. Сроки хирургического лечения пациентов были следующими: в первые сутки после травмы оперировано 6 пациентов, в 1–7-е сутки – 41, в 8–14-е сутки – 5 человек. При контрольных осмотрах (через 1 мес., 3 мес., 6 мес.) после операции жалоб пациенты не предъявляли, асимметрии лица и патологических изменений мягких тканей в зоне оперативного вмешательства не отмечалось. Объем движений нижней челюсти был полным. При изучении рентгенограмм и компьютерных томограмм отмечалась консолидация переломов.

Во второй группе (n – 88) пострадавшимс повреждениями скуловой кости, скуловой кости и дугипроводилось хирургическое лечение, путем остеосинтеза отломков кости. Для остеосинтеза использовались титановые мини-пластиныи винты различных производителей: «Синтез», «Конмет». Хирургические доступы были косметическими. Сроки хирургического лечения пациентов были следующими: в первые сутки после травмы оперировано 2 пациентов, 1–7-е сутки – 61, 8–14-е сутки – 12, 15 сут. – 1 мес. – 5, в 1–2 мес. – 7, 2–4 мес. – 1.

В 3 (3,4%±0,49) случаях не удалось достичь восстановления анатомии скуловой области из-за множественных повреждений скуловой кости. В остальных случаях получены положительные результаты. Пациенты отмечали нормализацию контуров лица, улучшение открывания рта и восстановление чувствительности в зоне подглазничного нерва. При изучении рентгенограмм и компьютерных томограмм отмечалось правильное положение отломков скуловой кости. При контрольных осмотрах (через 1 мес., 3 мес., 6 мес.) жалоб пациенты не предъявляли, асимметрии лица в зоне оперативного вмешательства не отмечалось. Объем движений нижней

челюсти был полным. Рубцы в постоперационных зонах были нормотрофическими, безболезненными.

В третьей группе пациентам (n – 28) выполнялось оперативное вмешательство, которое включало этап остеосинтеза скуловой кости и реконструкцию стенок орбиты. Сроки хирургического лечения пациентов были следующими: 2–7 сутки после травмы оперировано 8 пациентов, в 8–14-е сутки – 13 чел., 15 сут. – 1 мес. – 5 чел., в 1–2 мес. – 2. Для остеосинтеза использовались титановые мини- и микропластины, винты, орбитальные пластины различных производителей: «Синтез», «Конмет». Хирургические доступы были косметическими. В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась стандартная антибактериальная и противовоспалительная терапия, а также проводилась реабилитация совместно с офтальмологом для восстановления функции глаза.

Во всех случаях получены положительные результаты. Пациенты отмечали восстановление анатомических контуров лица, улучшение открывания рта и движения глаза, восстановление чувствительности в зоне подглазничного нерва, уменьшение диплопии.При изучении компьютерных томограмм отмечалось правильное положение отломков скуловой кости и стенок глазницы. При контрольных осмотрах после операции (через 1 мес., 3 мес., 6 мес.) жалоб пациенты не предъявляли, асимметрии лица в зоне оперативного вмешательства не отмечалось, диплопия купировалась. Рубцы в постоперационных зонах были нормотрофическими, слегка заметными.

В четвертой группе (n – 29) пострадавшим с повреждениями скуловой кости, скуловой дуги проводилось консервативное лечение, так как переломы скуловой кости или дуги были без смещения отломков. Пациентам проводилась противовоспалительная, симптоматическая терапия, ФТЛ.

Таким образом, по данным нашего исследования можно прийти к следующим **выводам:**

1. Наибольший процент переломов скуловой кости и дуги приходится на молодой, трудоспособный возраст (20–40 лет) с

преобладанием лиц мужского пола. Изолированные переломы скуловой кости наблюдаются редко, чаще отмечается переломыскуло-глазничного комплекса.

2. Сложность диагностики и лечения переломов скуловой кости определяется частым сочетанием с переломами других костей лица и наличием сочетанных тяжелых повреждений (черепно-мозговой травмы, повреждений глаза), в связи с этим возникает необходимость привлечения к диагностике и лечению специалистов смежных профилей: нейрохирургов, офтальмологов, оториноларингологов.

3. Рентгенологическое обследование у пациентов с переломами скуло-глазничного комплекса, должно обязательно включать компьютерную томографию.

Применение методики трехмерной визуализации лицевого скелета с 3D реконструкцией необходимо челюстно-лицевому хирургу для более точного планирования хирургического вмешательства.

4. Применение современных методик остеосинтеза скуловой кости и реконструкции скуло-глазничного комплекса позволяет выполнить операцию минимально травматично и способствует достижению оптимального функционального и эстетического результата.

Заключение. Анализ случаев травматических повреждений скуло-глазничного комплекса выявил, что такие пациенты требуют особенно тщательного обследования и лечения в специализированных отделениях многопрофильной больницы с применением современных технологий.

Своевременность и одноэтапность хирургического лечения переломов скуловой кости и дуги позволяет получить хороший эстетический и функциональный результат, снизить процент посттравматических и послеоперационных осложнений, улучшить качество жизни пострадавших.

Список литературы:

1. Грищенко С.В. Комплексная реабилитация пациентов с врожденными и приобретенными деформациями, дефектами век и мягких

тканей периорбитальной области: автореф. дис. …д-ра мед. наук. – М., 2012. С. 3.

2. Калашникова Е.Н. Лечение застарелых переломов, деформаций и дефектов латерального отдела средней зоны лица: автореф. дис. …канд. мед. наук. – Омск, 2008. С. 4-21.

3. Клевно В.А., Григорьева Е.Н. Судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью при переломах костей скулоорбитального комплекса. – М.: РИО ФГБУ РЦСМЭ Минздравсоцразвития России, 2012. – 114 с.: ил.

4. Месхиа Ш.М. Отдаленные результаты лечения больных с переломами костей средней зоны лица при сочетанной травме: автореф. дис. …канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2009. С. 2, 14-19.

5. Стучилов В.А., Никитин А.А., Горбуленко В.Б., Труханов Е.Ф., Замураев В.Ю., Герасименко М.Ю., Филатова Е.В., Кокорев В.Ю Диагностика, лечение иреабилитация больных с последствиями переломов глазницы // Военно-медицинский журнал. – 2003. № 1. С. 50-54.

6. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева; – М.: ГОЭОТАР-Медиа, 2010.

7. Справочник челюстно-лицевых операций / под ред. А.Э. Гуцана и Ю.И. Бернадского. – Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1990. 292 с.

8. Craniomaxillofacial buttresses: anatomy and operative repair / Richard A. Pollock. – 1 st ed. – 2011. 220 p.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ямуркова Н.Ф.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39»,

г. Нижний Новгород

Актуальность. Новообразования слюнных желез (СЖ), по данным российских и зарубежных ученых, составляют от 1 до 5% среди всех онкологических заболеваний человека и 3% среди опухолей головы и шеи [1, 2].

Причем, в группе больших слюнных желез доброкачественные опухолевые процессы зарегистрированы у 52,9% пациентов,

злокачественные – у 47,1%. На долю околоушной слюнной железы (ОУСЖ) приходится до 94% всех доброкачественных новообразований СЖ [1, 2].

Этиология опухолей СЖ неизвестна, однако, как и для других новообразований, рассматривается роль вредных факторов окружающей среды и генетических аномалий. Риск опухолевых заболеваний слюнных желез связывают в настоящее время с воспалительными заболеваниями, алиментарными факторами, гормональными и генетическими нарушениями. Имеются данные о роли эпидемического паротита, выделены факторы, подтверждающие передачу наследуемых изменений в паренхиме СЖ, а также изменения в процессе эмбриогенеза [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Основной морфологической формой является плеоморфная аденома (смешанная опухоль), которая в 86% локализуется в околоушной железе. Второе место по частоте занимает аденолимфома – 9%. На долю остальных морфологических типов аденом приходится 5% [1].

Предложенный Р. Вирховым в 1863 году, термин «смешанная опухоль» отражает мнение, которого придерживались многие патоморфологи, сторонники эпителиального и мезенхимального развития опухоли слюнной железы [1, 3, 4, 6, 7, 8, 9].

Макроскопическая картина опухоли довольно характерна: опухолевый узел в капсуле, четко отграничен от ткани СЖ, круглой или овальной формы, но может быть дольчатого вида. Капсула опухоли бывает различной толщины, может частично или полностью отсутствовать. На срезе ткань опухоли белесоватая, блестящая, плотная, иногда с хрящевыми, студенистого вида участками, при больших размерах – с кровоизлияниями и некрозом [1, 3, 4, 7, 8].

Микроскопическая картина демонстрирует морфологическое многообразие. Капсула опухоли бывает не всегда хорошо выражена, Соотношение клеточных и стромальных элементов может значительно варьировать. Эпителиальный компонент включает в себя базалоидный, кубовидный, плоскоклеточный, веретеноклеточный, плазмоцитоидный, светлоклеточный типы. Форма и соотношение структуры клетки значительно

варьируют: мелкие, с большими округлыми ядрами и более крупные, светлые, с оптической «пустой» цитоплазмой, напоминающие эпидермоидные, формирующие роговые жемчужины [1, 2, 7].

Плеоморфная аденома обладает способностью к рецидивированию и злокачественной трансформации. Рецидивы возникают в среднем в 3,5% случаев в течение 5 лет после операции и в 6,8% – спустя 10 лет.

Основным методом лечения аденом околоушной слюнной железы является субтотальная резекция [1, 3, 4, 7, 9].

Цель исследования: изучить и проанализировать результаты хирургического лечения аденом околоушной железы для повышения эффективности лечения пациентов с доброкачественными новообразованиями слюнных желез.

Материалы и методы. За 10-летний период (2008–2017 г.г.) в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39 города Нижнего Новгорода» по поводу новообразований околоушной слюнной железы прооперировано 92 пациента – 60 женщин (65,2%) и 32 мужчин (34,8%) в возрасте от 26 до 74 лет.

В догоспитальном периоде пациентам проведено обследование, в которое было включено: магнитно-резонансная томография слюнных желез, тонкоигольная аспирационная биопсия и цитологическое исследование пунктата, консультация онколога, клинические и биохимические анализы крови, коагулограмма, обследование на RW, HBsAg, HCV, ВИЧ, электрокардиограмма, флюорография, консультация терапевта, по показаниям консультации других специалистов.

Все госпитализированные пациенты имели заключение онколога о наличии у пациента доброкачественного новообразования околоушной слюнной железы, преимущественно плеоморфной аденомы.

71% пациентов имели сопутствующую патологию, среди которой основное место занимали ИБС, гипертоническая болезнь. Встречались миокардиодистрофия, ХОБЛ, язвенная болезнь желудка и 12-перстной

кишки вне обострения, хронический холецистит, хронический гастродуоденит, анемия, варикозная болезнь, единственная почка, ожирение, аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, хронический тонзиллит, хронический гепатит В, хронический гепатит С. Данные пациенты были консультированы соответствующими специалистами, операция им выполнена после корригирующего лечения.

Всем пациентам проведена операция под общим обезболиванием «Субтотальная резекция околоушной слюнной железы с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва».

В послеоперационном периоде пациенты получали антибиотикотерапию, симптоматическую терапию. На операционную рану накладывали давящую повязку. Швы с операционной раны снимали на 8–9 сутки после операции.

Результаты и обсуждение. Исследование показало, что доброкачественные новообразования околоушной железы наблюдаются в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин.

У мужчин чаще поражалась левая околоушная железа, у женщин практически одинаково как левая, так и правая железа.

Анализируя возрастной состав пациентов, следует отметить, что новообразования ОУСЖ в большинстве случаях встречаются в возрастной группе от 50 до 59 лет (45,3%).

У 75 (81,5%) пациентов новообразование располагалось в пределах границ околоушной слюнной железы, у 17 (18,5%) – распространялось на соседние области.

Гистоморфологическое исследование показало в 89,1% случаев (82 пациента) наличие плеоморфной аденомы, в 4,4% – базальноклеточной аденомы (4 пациента), в 5,4% – аденолимфомы или опухоли Уортина (5 пациентов), в 1,1% – цистаденомы (1 пациент).

Основная часть пациентов выписана на 9-е сутки после операции (68%).

В 5 случаях (5,4%) мы отметили осложнения в послеоперационном периоде: в 2 случаях отмечался легкий парез нижнечелюстной ветви лицевого нерва, в 3 случаях отмечалось истечение слюны из операционной раны. Данные осложнения потребовали проведения дополнительного медикаментозного лечения. На момент выписки явления пареза уменьшились, слюнотечение прекратилось. Образование стойкого слюнного свища мы не наблюдали.

Во всех остальных случаях осложнений не наблюдалось, отмечено заживление операционной раны первичным натяжением.

Заключение. Таким образом, проблема доброкачественных новообразований околоушной слюнной железы остается в настоящее время актуальной. Среди доброкачественных опухолей ОУСЖ превалирует плеоморфная аденома. Основным методом лечения данной патологии является субтотальная резекция околоушной слюнной железы. Сложность операции состоит в расположении в зоне оперативного вмешательства лицевого нерва, повреждение которого вызывает значительный косметический дефект. Выделение ветвей лицевого нерва требует от хирурга максимального внимания, сосредоточения и опыта.

Список литературы:

1. Пачес А.И. Опухоли слюнных желез / А.И. Пачес, Т.Д. Таболиновская. – М.: Практическая медицина, 2009. 470 с. ISBN 978-5-98811-083-5.

2. Pathology and genetics of head and neck tumours. – World Health Organization Classification of Tumours. – Lyon, France, 2005. 371 p.

3. Афанасьев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы: руководство для врачей / В.В. Афанасьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 296 с. ISBN 978-5-9704-2066-9.

4. Кулаков А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / А.А. Кулаков, Т.Г. Робустова, А.И. Неробеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 928 с. ISBN 978-5-9704-1701-0.

5. Неробеев А.И. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области / А.И. Неробеев, Н.А. Плотникова. – М.: Медицина, 1997. 288 с. ISBN 5-225-01065-2.

6. Карапетян И.С. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи / И.С. Карапетян, Е.Я. Губайдуллина, Л.Н. Цегельник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2004. 232 с. ISBN 5-89481-207-0.

7. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: Учебное пособие / А.А. Тимофеев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. 696 с. ISBN 5-89481-371-9.

8. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. – М.: Медицина, 2003. 504 с. ISBN 5-225-04748-3.

9. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица / А.Г. Шаргородский, Н.Ф. Руцкий. – Москва: ВУНМЦ, 1999. 192 с. ISBN 5-86064-044-7.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Янова Н.А., Рунова Н.Б., Галкина Е.С.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород

Актуальность. В последнее время все чаще врачи-стоматологи стали сталкиваться с дистрофическими процессами слюнных желез – так называемыми сиаладенозами и воспалительными заболеваниями – острыми и хроническими сиаладенитами. Однако более 86% случаев обращения пациентов к хирургу-стоматологу связано с достаточно распространенной патологией-ретенционными кистами малых слюнных желез [6].

Наиболее частыми причинами развития данной патологии является острое или хроническое травматическое воздействие. Более 40% связано с наличием вредных привычек (курение, намеренное неконтролируемое «прикусывание» губ – особенно часто наблюдается в возрастной группе от 12–16 лет); 25–28% – наличие временных или постоянных ортопедических или ортодонтических конструкций и стоматологических капп; более 20% –

аномалии строения зубочелюстной системы (аномалии прикуса, тортоаномалии групп или отдельных зубов); более 10% – наличие рубцовых или посттравматических изменений.

Стандартный метод хирургического лечения с использованием традиционных инструментов достаточно травматичен, нередко осложняется развитием кровотечений и воспалительного процесса, длительным послеоперационным периодом, в связи с чем в настоящее время ведется поиск новых малоинвазивных методов хирургического лечения, предполагающих более щадящее воздействие на ткани в зоне оперативного вмешательства.

Предпосылками использования радиохирургии являются особенности воздействия радиоволны на биологические ткани, в результате происходят изменения, связанные с резким возрастанием объема клетки, разрушению клеточной оболочки и образованию микровзрыва, как следствие, происходит смещение соседних клеток, образуется зона минимального термического воздействия, что защищает окружающие ткани от перегревания [8-10].

В настоящее время эффективность применения радиохирургии показана и обоснована при ряде различных патологических состояний хирургического профиля [7, 11-13].

Учитывая определенные трудности, связанные с клиническими проявлениями ретенционных кист малых слюнных желез (мест локализации на слизистой полости рта- эстетически значимых зон) и вариабельности причин развития данного заболевания, дискутабельность в вопросах выбора тактики хирургического лечения данной патологии, в настоящем исследовании была поставлена следующая цель.

Цель исследования: повысить эффективность хирургического лечения пациентов с ретенционными кистами малых слюнных желез.

Материалы и методы. За период с 2016–2018 гг. на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России (хирургическое отделение Стоматологической

поликлиники ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России) нами было обследовано и проведено лечение 30 пациентов, в возрасте от 19-35 лет с диагнозом по МКБ-10: К11.6 «Мукоцеле слюнной железы». Из них было 16 мужчин и 14 женщин. Все пациенты были разделены на две группы по способу хирургического лечения: 1-я группа (группа Контроля) – хирургическое пособие выполнялось по стандартной методике с использованием обычного скальпеля; 2-я группа – хирургическое пособие выполнялось с использованием радиохирургического прибора («Surgitron Dentosurg», фирма «Ellman», США), режим – 2, мощность – 5,5-6,0 Ед. Иссечение проводилось окаймляющими полуовальными разрезами в пределах здоровых тканей под местной инфильтрационной анестезией. Обязательным условием проведения хирургического лечения являлось проведение гистологического исследование материала. Консервативная терапия послеоперационного периода заключалась: 1. назначение ротовых ванночек 0,05–0,06% хлоргексидина биглюконата; 2. аппликационной терапии: а) «Метрогил-Дента гель», 2–3 раза в день, в течение первых 3–4 дней. б) «Солкосерил дентальная адгезивная паста», с 3-го дня и до полного заживления раны. Чистка зубов рекомендовалась пациентам с последующего дня после операции. Швы снимались на 7–9-е сутки. Нами была разработана карта-обследования пациента (ФИО, возраст пациента; где, когда и при каких обстоятельствах возникло данное состояние, локализация, форма и размер, длительность заболевания, причина развития заболевания, проводимое ранее лечение, его результаты) и таблица-опросник, состоящая из 2-х частей: 1. где отражались субъективные ощущения пациента: выраженность и длительность болевого синдрома, длительность и выраженность кровотечения в послеоперационном периоде, 2. объективные данные: а) во время оперативного вмешательства: длительность кровотечения, болезненные ощущения; б) в послеоперационном периоде: данные осмотра: наличие и степень выраженности отека в послеоперационном периоде (1, 3, 7, 10 сутки), наличие и характеристика болевого синдрома при пальпации в

области послеоперационной раны, наличие и степень выраженности гиперемии, наличие и характер экссудата, наличие налета, состоятельность швов. Для оценки лечебно-диагностических мероприятий нами была разработана бальная система. Степень выраженности того или иного признака оценивалась прямо пропорционально, от наименьшего к наибольшему. На основании полученных результатов проведен сравнительный анализ методов хирургического лечения пациентов с диагнозом «Мукоцеле слюной железы».

Результаты и обсуждение. По результатам исследования было установлено, что в 51,3% причиной обращений пациенты связывают с однократной механической травмой (прикусывание н/губы при откусывании твердой пищи); 34,7% обращений связано с наличием установленной более 5 месяцев ортодонтической аппаратуры; 14,0% – наличие аномалий положения отдельных зубов. У 2-х пациентов – отмечено повторное обращение к хирургу-стоматологу. Средний возраст пациентов составил 22,5 года. По локализации образования: 64% – н/губа (центральный отдел 35%, ближе к углу рта – 65%); 14% – область верхней губы (ближе к углу рта); 15% – граница перехода твердого неба; 7% – область щеки (все пациенты этой группы отметили, что причиной является установленное ортодонтическое оборудование). По длительности течения заболевания: 24,4% – от 2–3 недель; 35,5% – отмечают длительность заболевания от 5–6 месяцев, более 40% – 1,5–2 месяца. Размер образования варьировался от 8–15 мм в диаметре, в виде безболезненного, смещаемого полупрозрачного полушаровидного выпячивания мягко-эластический консистенции, цианотично-голубоватого оттенка. В 36,67% – были обнаружены следы рубцовых изменений (все пациенты этой группы отмечали, что длительность заболевания, более 5 месяцев, причем у 2 – повторное обращение к хирургу-стоматологу).

Во время самого оперативного вмешательства во 2-й группе радиоволновой разрез не требовал приложения усилий, был точен, формировал точные края и сопровождался одномоментной коагуляцией

сосудов в раневой поверхности, что создавало «сухое» операционное поле. Разрез обычным скальпелем сопровождался обильным кровотечением, которое затрудняло обзор раневой поверхности, что несколько увеличивало время операции. Пациентами в обеих группах никаких болевых ощущений во время оперативного вмешательства отмечено не было. На основании данных проведенного клинического обследования установлено, что в раннем послеоперационном периоде (1-е сутки) в области послеоперационной раны обращали на себя внимание умеренно выраженная отечность, незначительная гиперемия или ее отсутствие, что связано с особенностями действия радиоволны на биологические ткани. Выраженный болевой синдром отмечался в 1-й группе обследуемых, тогда как во 2-й он был умеренный или отсутствовал. Повышение интенсивности кровообращения и метаболизма в тканях приводило к быстрому видимому улучшению состояния раневой поверхности на 0,8–1,2 суток раньше, чем в группе с традиционными методами лечения.



Рис. 1. 1-я обследуемая группа.

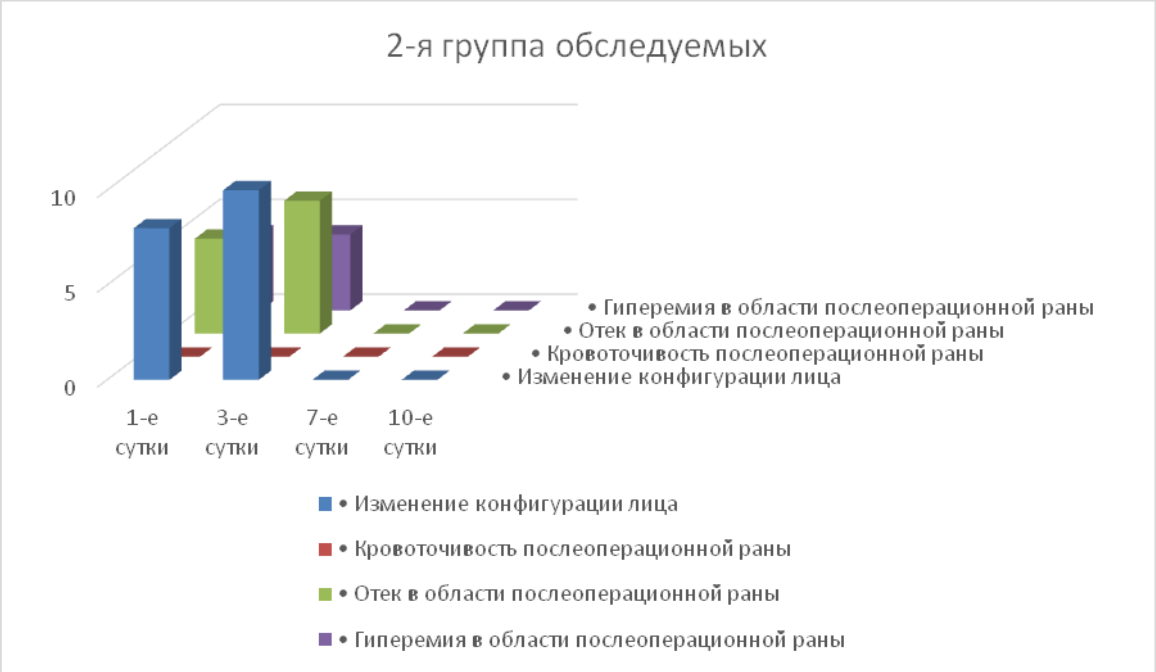


Рис. 2. 2-я обследуемая группа.

Выводы. Проведенный нами сравнительный анализ тактик хирургического лечения показал, что применение современных малоинвазивных методик хирургического лечения у пациентов с ретенционными кистами малых слюнных желез, в частности использование радиоволнового воздействия, снижает риск послеоперационных осложнений, способствует более благоприятному и более короткому послеоперационному периоду, и достижению эстетически удовлетворительного результата лечения.



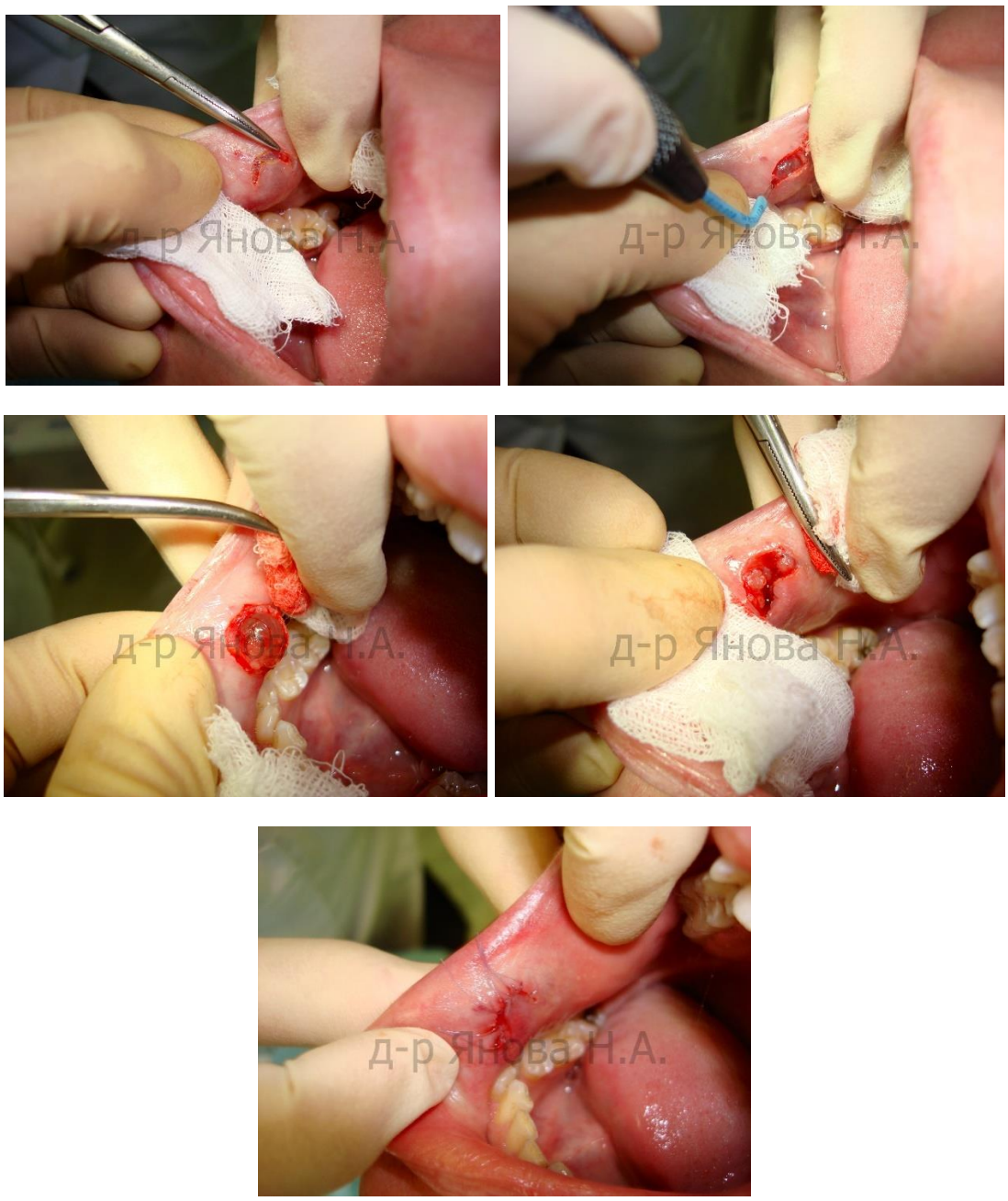


Рис. 3. Этапы хирургического лечения с использованием радиохирургического прибора («Surgitron Dentosurg», фирма «Ellman», США).

Список литературы:

1. Костина И.Н. Структура, локализация опухолевых и опухолеподобных заболеваний полости рта // Проблемы стоматологии. 2014. № 4. С. 33-39.

2. Грудянов А.И., Безрукова А.П., Ерохин А.И. Применение радиохирургического метода при хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта. Стоматология. 1996; Спец. вып; с. 51.

3. Pollack S.V. Elektrosurgery of the skin. New York; 1991.

4. Драбкин Р.Л. Аналитическое исследование температуры в ткани при моноактивной электрокоагуляции. М: Медтехника; 1973.

5. Лазутиков О.В., Сердюков Ю.П., Пруссакова Ю.Н., Кудинов Ю.А. Опыт применения радиоволнового скальпеля Surgitron DS на амбулаторном хирургическом приеме в стоматологии. В кн.: Материалы междунар. конгресса «Радиоволновая хирургия на современном этапе». М; 2004; с. 257-258.

6. Дурново Е.А., Янова Н.А., Конторщикова К.Н., Мухина И.В., Фролов А.В. Влияние радиоволнового воздействия на интенсивность местных процессов свободно-радикального окисления в тканях операционного поля полости рта в эксперименте Стоматология. – 2009. Т. 88. № 3. С. 17-20.

7. Янова Н.А., Зайцева Н.А. Анализ процессов восстановления слизистой оболочки полости рта после вестибулопластики традиционным и радиохирургическим методами. Медицинский альманах. – Спецвыпуск. – Март 2011. С. 195.

8. Дурново Е.А., Янова Н.А., Орлинская Н.Ю., Клочков А.С. Морфологическая характеристика процессов регенерации слизистой оболочки полости рта в эксперименте при использовании радиоволнового метода иссечения тканей. Современные технологии в медицине. – 2009. № 2. С. 41-45.

9. Hasar ZB, Ozmeric N, Ozdemir B, Gökmenoğlu C, Baris E, Altan G, Kahraman S. Comparison of Radiofrequency and Electrocautery With Conventional Scalpel Incisions. J Oral and maxillofacial surgery, 2016 - Nov; 74 (11):2136-2141.

10. Schoinohoriti OK, Chrysomali E, Iatrou I, Perrea D. Evaluation of lateral thermal damage and reepithelialization of incisional wounds created bCO2-laser, monopolar electrosurgery, and radiosurgery: a pilot study on porcine oral mucosa. J Oral Surgery Oral medicine Oral Pathology Oral Radiology. 2012 Jun;113(6):741-7. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.06.016.

11. Sherman JA. Oral surgery simplified with radiosurgery. Dent Today. 2008 Feb;27(2):123-4, 126.

12. Mouravas V, Sfoungaris D, Papageorgiou I, Kepertis C, Spyridakis I. Mucoceles of the lesser salivary glands in neonates demonstrate a particular clinicopathological pattern and mandate urgent management. Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery. 2018 Jun;119(3):238-241. doi: 10.1016/j.jormas.2018.02.006.

13. Feng H, Wang S, Liu Y, Liao X, Tang Y, Liang X. Microwave Ablation: A Novel Treatment for the Mucoceles of Anterior Lingual Salivary Glands.

Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American association of oral and maxillofacial surgeons. 2017 Mar;75(3):530-535. doi: 10.1016/j.joms.2016.09.020.

СПОСОБЫ ЗАКРЫТИЯ ЛУНКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДИКИ СОХРАНЕНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

К.м.н., доцент Беспалова Н.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Нижний Новгород

Введение. Известно, состояние и сохранность объема лунки после удаления зуба определяется состоянием ее стенок. Вестибулярная кость может быть разрушена вследствие воспалительного процесса, недиагносцированной трещины корня, травматичности самой процедуры удаления зуба из-за особенностей анатомического строения, гиперцементоза, анкилоза корня и т. п. Если в эстетически значимой зоне особое внимание уделяется вестибулярной стенке, то в боковых отделах нижней имеет значение целостность обеих.

Однако, даже при тщательном удалении при полном сохранении костных структур альвеолы в последующие 3–6 месяцев неизбежно наступает атрофия лунки как по ширине, так и по высоте. Процесс это носит генетически детерминированный характер и также зависит от местных факторов [3]. Поскольку кровоснабжение альвеолярной части челюсти осуществляется через сосуды периодонта изнутри лунки и надкостницы снаружи, то сразу после удаления зуба трофика осуществляется только через сосуды надкостницы, при повреждении которой большая часть лунки замещается мягкотканным рубцом. Кроме того, при потере шарпеевых

волокон на месте вестибулярного дефекта неизбежна частичная атрофия кератинизированной прикрепленной десны, а выраженность ее напрямую зависит от биотипа [1]. Доказан факт корреляционной связи между биотипом, толщиной альвеолярной кости и толщиной слизистой оболочки, в том числе и прекреплённой кератинизированной ее части (Fu J.H. et al., 2010, 2011; Zweers J. et al., 2014).

Методика сохранение объема альвеолярного гребня (так называемая консервация лунки) была предложена для сохранения, главным образом, костных структур и поддержания объема альвеолы изнутри. Она заключающаяся в заполнении лунки сразу после его удаления остеопластическим резорбирующимся материалом с закрытием устья и зоны дефекта вестибулярной части мембраной без мобилизации ее краев и отслаивания лоскутов. Эпителизация раневой поверхности поверх мембраны при этом происходит вторичным натяжением. И если объем и степень атрофии сохраненной и вновь образующейся костной ткани зависит как от биотипа, так и от используемого материала, то ширина а качество мягких тканей, а именно – ширина и толщина кератинизированной десны – во многом зависит от качества вторичной эпителизации и материала, используемого для закрытия собственно поверхности лунки.

В боковом отделе нижней челюсти может быть использовано ограниченное количество техник для сохранения и увеличения ширины кератинизированной десны.

Мембраны, используемые для закрытия лунки, являются преимущественно коллагеновыми, и являются проницаемыми для микроорганизмов, создавая риск инфицирования как самой мембраны, так и остеопластического материала. Он несколько снижается, если вместо мембраны использовать двухслойный коллагеновый матрикс, известный как «Mucograft seal». Плотный поверхностный барьерный слой и большая толщина матрикса позволяет значительно замедлить проникновение инфекции [12]. Fickl S.et all. (2018) в исследовании на лунках при заполнении

их «Bio-Oss» отмечали, что использование коллагенового матрикса приводит к формированию меньшего количества рубцовой ткани, чем при использовании СДТ [5]. Однако, стоимость такого вмешательства достаточно высока. Известны и другие способы закрытия лунок после процедуры консервации [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Из собственных тканей могут быть использованы свободные соединительнотканные и десневые полнослойные трансплантаты с неба, а также простое закрытие поверхности лунки средствами для поддержания гемостаза – колагеновой кровоостанавливающей губкой, препаратом «Альвожиль», «Тахокомб» [2], «Желпластан» и др. Требует закрытия в ряде случаев и донорская зона [4]. Выбор способа закрытия лунки не всегда однозначен. Впервые попытки использовать собственные мягкие ткани для закрытия лунок были предприняты Landsberg и Bichacho в 1994 г. [8]. Аутотрансплантаты обладают наибольшим потенциалом в отношении сохранения объема кости и наращивания объёма мягких тканей, однако для создания полноценного лоскута требуется определенная толщина донорской зоны, которая при тонком биотипе зачастую недостаточна даже для забора свободного десневого трансплантата, не говоря уже о соединительнотканном.

Мы провели клиническое сравнение использования различных способов закрытия лунки зуба после ее консервации в боковом отделе нижней челюсти.

Материал и методы исследования. Нами проведено лечение 22 пациентов – 10 мужчин и 12 женщин в возрасте от 27 до 55 лет, которым была проведена операция удаления зубов и консервация лунки в боковом отделе нижней челюсти. Первую группу – 8 человек – составили пациенты, которым после заполнения лунки поверхность закрывалась коллагеновой гемостатической губкой тонким слоем для простого поддержания гемостаза и формирования кровяного сгустка на поверхности регенерата, как при штатной процедуре удаления зуба. Во второй для изоляции остеопластического материала и закрытия поверхности лунки применялась

коллагеновая мембрана «Bio-Gide» или использовался готовый набор «Combi-Kit Collagen» – 7 человек. Мембрана в данном случае обеспечивает барьерную функцию, предотвращая врастание мягких тканей, благодаря двухслойной трехмерной волокнистой структуре и снижает риск инфицирования. В третьей группе лунка закрывалась свободным соединительнотканнм трансплантатом (ССТ), взятым с неба или из соседней ретромолярной области – 7 человек.

Всем пациентам делали одинаковые послеоперационные общие и местные назначения и рекомендации по уходу за раной, включающие назначение антибактериальных средств, антисептическую обработку раствором хлоргексидина биглюконата 0,06% и применение кератопластиков с 3-го дня – Солкосерил дентальная адгезивная паста и бальзам Асепта с прополисом для обработки раневой поверхности на небе.

Оценивались такие критерии как *инфицирование* раны, *болезненность* в период до окончания эпителизации, *степень рубцевания и сближения краев лунки* и, соответственно, *ширину сохраненной (с вестибулярной стороны гребня) и вновь образованной (ширина лунки) кератинизированной десны*, *кровоточивость* раны и другие осложнения.

Результаты исследования. В первой группе заживление протекало длительно, до 14 суток, имела место выраженная болезненность практически у всех больных в течение первых 6–8 дней после удаления, поэтому чаще, чем в других группах, применялись анальгетики. Отмечен достаточно высокий риск инфицирования остеопластического материала (у 1 пациентов (12,5%) с нарушениями рекомендаций по гигиене и курением). Имело место длительное отхождение единичных плотных гранул из лунки, что способствовало еще более замедленному заживлению раны и частичной утрате объема регенерата при почти полном сближении краев раны после окончания заживления. Уровень прикрепления сокращался при этом в среднем на 1,8–2 мм, что составило 36–40% от исходного. Вновь образованная кератинизированная десна в данной группе отсутствовала (рис. 1).

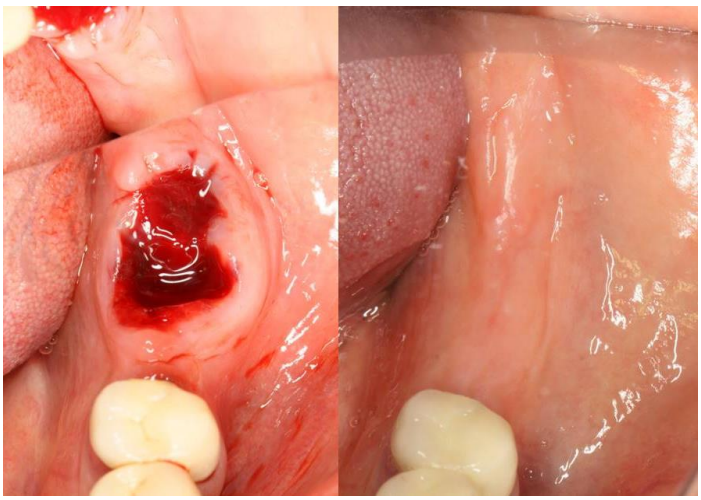


Рис. 1. Состояние лунки после удаления зуба 4.7 и через 4 мес. без закрытия поверхности.

Во 2-й группе (закрытие лунки коллагеновой мембраной «Bio-Gide») процесс заживления протекал более спокойно, был менее выражен болевой синдром. В целом в группе отхождение гранул и потеря остеопластического материала были минимальными. Однако у 1 курящего пациента (14,2%)было отмечено инфицирование и растворение мембраны в первые 5–7 суток после операции. При анализе отдаленных результатов было отмечено, что, как и в 1-й группе, имела место убыль уровня прикрепления до 1,5 мм (до30%). Таким образом, между 1 и 2-й группой не отмечено достоверных различий по показателю сохранения уровня прикрепленной десны в отдаленном периоде. При установке имплантата отмечена большая толщина слизистой в месте проведения разреза за счет увеличения толщины соединительнотканной основы лоскута. Таким образом, использование двухслойной коллагеновой мембраны позволило повысить успешность остепластической регенерации и предотвратить потерю аугментата и лучшему сохранению объема костного регенерата в целом (рис. 2).

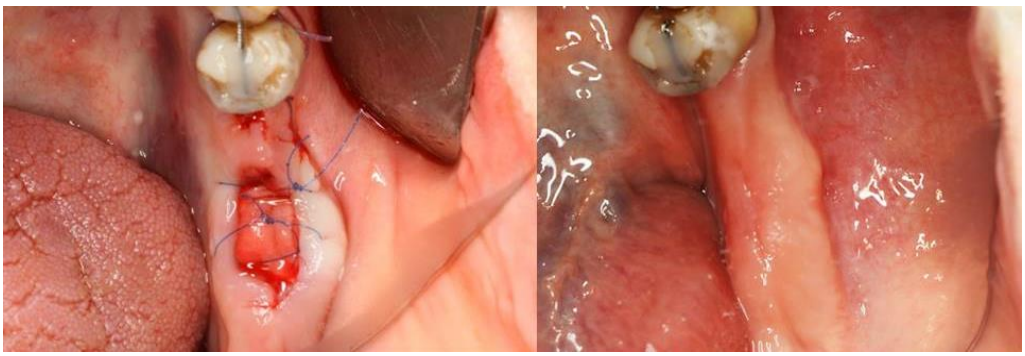


Рис. 2. Состояние лунки 3.7 после удаления с закрытием коллагеновой мембраной и через 4 мес. после удаления.

У пациентов 3-й группы (ССТ) также происходило активное увеличение ширины кератинизированной десны на поверхности лунки, в среднем до 2,5–3 мм. В целом ССТ показал весьма хорошие результаты как у пациентов с толстым, так и с тонким биотипом. У 3 пациентов с забором лоскута с неба присутствовал умеренный болевой синдром (в 42%), у 1-го из них (14,2%) отмечалась некоторая кровоточивость в течение первых 2 суток даже при адекватном ушивании раны на небе. В одном случае, на фоне плохой обработки полости рта и курения, произошел частичный некроз лоскута. Данный тип лоскута отлично себя зарекомендовал при сохраненном альвеолярном крае (рис. 3), но при значительном снижении его высоты имел достаточно выраженную тенденцию к усадке, что приводило к некоторому уменьшению глубины преддверия с вестибулярной стороны. В ряде случаев, при многоэтапных вмешательствах, это приводило к микроподвижности трансплантата с перемещением мукогингивальной линии ближе к альвеолярному краю, т.е., к вторичной потере глубины преддверия (рис. 4).



Рис. 3. Вид лунки 4.6 через 4 мес. после заживления при тонком биотипе с использованием ССТ при консервации лунки.



Рис. 4. Лунка 4.6 через 4 мес. после заживления при толстом биотипе с использованием ССТ при консервации лунки с дефектом вестибулярной стенки.

Заключение. Методика сохранения объема альвеолярного гребня при невозможности немедленной постановки имплантата после удаления зуба может применяться как при открытом, так и закрытом способах ведения раны. Однако, наилучшие результаты по сохранности и выживаемости аугментата, а также по увеличению ширины зоны кератинизированной прикрепленной десны могут быть достигнуты только при использовании закрытых методик, что особенно актуально при тонком биотипе строения пародонта и мягких тканей. Методом выбора является закрытие поверхности лунки свободным соединительнотканными аутотрансплантатом, однако, при невозможности полноценного его забора или нежелании пациента наносить дополнительную травму, закрытие лунки коллагеновыми мембранами также будет достаточно эффективным.

Список литературы:

1. Горбатова Е.А. Топографические особенности отделов десны / Е.А. Горбатова // Пародонтология. – 2003. № 4. С. 19-20.

2. Забаков Ж.С. Закрытие дефекта дна верхнечелюстной пазухи с использованием клеевой композиции тахокомб. / Дисс. …к.м.н. // Нальчик, 2016.

3. Молчалова Д.А. Экспериментально-клиническое изучение особенностей регенерации слизистой оболочки полости рта с использованием полимерной мембраны. / Дисс. … к.м.н., Н. Новгород, 2015. 148 с.

4. Fickl S., Kauffmann F., Stappert C.F., Kauffmann A., Schlagenhauf U. Scar Tissue Formation Following Alveolar Ridge Preservation: A Case Control Study. / Int J Periodontics Restorative Dent. 2018 Jan/Feb;38(1):e1-e7. doi: 10.11607/prd.3347.

5. Horváth A., Mardas N., Mezzomo L. A., et al. Alveolar ridge preservation. A systematic review. Clinical Oral Investigations. 2013;17(2):341–363. doi: 10.1007/s00784-012-0758-5. [PubMed] [Cross Ref].

6. Horowitz R., Holtzclaw D., Rosen P. S. A review on alveolar ridge preservation following tooth extraction. Journal of Evidence-Based Dental Practice. 2012;12(3):149–160. doi: 10.1016/s1532-3382(12)70029-5. [PubMed] [Cross Ref].

7. Keith J. D., Salama M. A. Ridge preservation and augmentation using regenerative materials to enhance implant predictability and esthetics. Compendium of Continuing Education in Dentistry. 2007;28(11):614–621. [PubMed].

8. Landsberg C. J. and Bichacho N. «A modified surgical/ prosthetic approach for optimal single implant supported crown. Part I—the socket seal surgery» Practical Periodontics and Aesthetic Dentistry, vol. 6, no. 2, pp. 11–19, 1994.

9. Pagni G., Pellegrini G., Giannobile W. V., et al. Postextraction alveolar ridge preservation: biological basis and treatments. International Journal of Dentistry. 2012;2012:13. doi: 10.1155/2012/151030.151030 [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].

10. Vittorini Orgeas G., Clementini M., De Risi V., et al. Surgical techniques for alveolar socket preservation: a systematic review. International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. 2013;28(4):1049–1061. doi: 10.11607/jomi.2670. [PubMed] [Cross Ref].

11. Wang R. E., Lang N. P. Ridge preservation after tooth extraction. Clinical Oral Implants Research. 2012;23(6):147–156. doi: 10.1111/j.1600-0501.2012.02560.x. [PubMed] [Cross Ref].

12. Фуад Кури и соавт. Регенеративные методы в имплантологии / Издательство «Азбука», Москва, 2013. 514 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЧАСТИЧНОЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ АДЕНТИЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕЗИАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ

К.м.н. Фурман И.В., Борисов С.А.

ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России,

г. Нижний Новгород

Цель: представить результаты лечения пациента с частичной приобретенной адентией верхней и нижней челюстей, осложненной мезиальным прикусом.

Материалы и методы. Прроведена экспертная оценка комплексного лечения пациента С., 38 лет в отделении челюстно-лицевой хирургии КБ № 3 ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России с клиническим диагнозом: Частичная приобретенная адентия верхней и нижней челюстей, мезиальный прикус, на основании клинических и инструментальных данных.

Пациент С., 38 лет, в мае 2017 г. самостоятельно обратился на консультацию в отделение челюстно-лицевой хирургии КБ №3 ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России с жалобами на невозможность адекватного пережевывания пищи и нарушение дикции. В анамнезе неоднократные попытки протезирования ортопедическими конструкциями, однако, желаемого эстетического и функционального результата достигнуто не было.

При объективном обследовании выявлено: профиль лица вогнутый, ретроположение верхней губы. Открывание рта до 4,5-5 см свободное. В полости рта отсутствуют 1.2, 1.3, 1.5, 1.7, 2.2, 2.4, 3.6, 3.7, 4.6, 4.7 зубы. Обратная резцовая окклюзия, сагиттальная щель 4 мм (рис. 1).



Рис. 1. Фото пациента до начала лечения.

При рентгенологическом исследовании (ТРГ, ОПТГ, КЛКТ) выявлено диспропорция развития и положения апикальных базисов верхней и нижней челюсти. Ретроположение верхней челюсти. Скелетная форма мезиальной окклюзии зубных рядов (рис. 2).

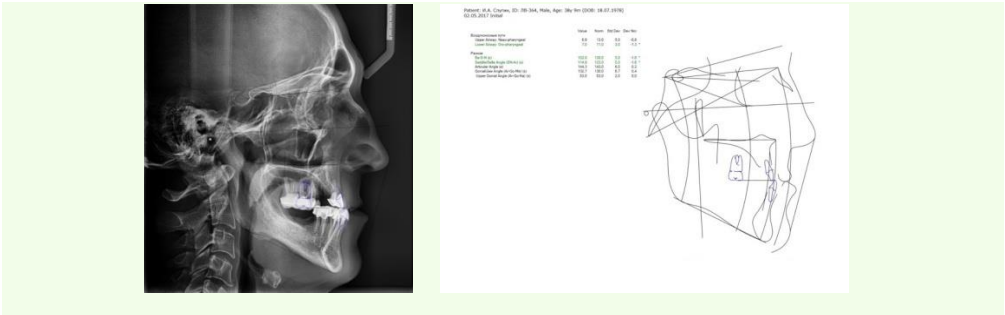


Рис. 2. Данные ТРГ до лечения.

Учитывая значительную потерю зубов верхней и нижней челюстей, стоматологом-ортодонтом было принято решение о нецелесообразности проведения этапа ортодонтической подготовки. На основании компьютерных расчетов и анализа ТРГ в отделении челюстно-лицевой хирургии Клинической больницы № 3 ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, г. Нижнего Новгорода 08.06.2018 г. проведено оперативное вмешательство в объеме – Остеотомия верхней и нижней челюстей. 12.10.2017 г. выполнен второй хирургический этап в объеме – Дентальная имплантация в области 1.2, 1.4, 1.6, 2.2, 2.4, 2.6 зубов (имплантологическая система XIVE, Германия), гениопластика (рис. 3). На период послеоперационной реабилитации, стоматологом-ортопедом была изготовлена временная ортопедическая конструкция.

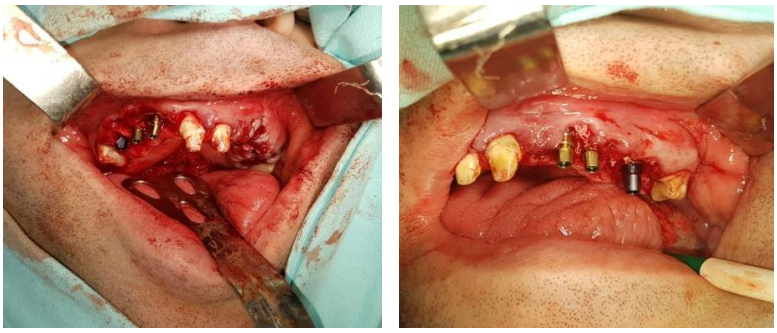


Рис. 3. Второй хирургический этап.

Результаты. В обоих случаях в послеоперационном периоде пациенту назначалось общее (антибактериальная терапия) и местное (ирригация полости рта антисептическими растворами) противовоспалительное лечение. После первого хирургического этапа межчелюстная эластическая тяга накладывалась на 1-е сутки после операции и удалялась через 4 недели.

После снятия межчелюстной эластической тяги отмечалась нормализация соотношения челюстей по I классу Энгля (рис. 4).



Рис. 5. Фото пациента после 2-ого хирургического этапа и временного протезирования.

Выводы. Таким образом, комплексный подход к лечению пациента позволил сократить сроки лечения и реабилитации за счет отсутствия подготовительного ортодонтического этапа. Более тесное взаимодействие специалистов разного профиля расширяет возможности и повышает уровень оказываемого лечения, позволяя удовлетворить функциональные и эстетические требования пациента.

Список литературы:

1. Андреищев А.Р. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008.

2. Нетцель Ф. Практическое руководство по ортодонтической диагностике. – Львов: «ГалДент», 2006.
3. Posnick Jeffrey C. Orthognathic Surgery: principles & practice. – St.Louis: Missouri, 2014.
4. Reyneke Johan P. Essentials of orthognathic surgery. Quintessence Publishing, 2010.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЯГКИХ И КОСТНОЙ ТКАНЕЙ БЕЗЗУБЫХ УЧАСТКОВ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ УДАЛЕНИЯ

Д.м.н., профессор Дурново Е.А., аспирант Дьякова М.В.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Нижний Новгород

Пациенты стоматологического профиля все чаще обращаются к специалистам с вопросом восстановления зубных рядов. Особенно актуальна данная проблема в зоне улыбки, где вопрос эстетики стоит особенно остро. На сегодняшний день популярность набирает метод дентальной имплантации, который обладает рядом преимуществ перед использованием традиционного мостовидного протеза. Однако для получения прогнозируемого и эстетичного результата при протезировании с опорой имплантаты необходимо понимание анатомо-физиологических процессов, происходящих после удаления зубов эстетической зоны.

Эстетику улыбки определяют не только красивые зубы, но также состояние костной и мягких тканей альвеолярного гребня [1, 2, 3]. Костный массив обеспечивает стабильность мягких тканей, которые в то же время являются своеобразным барьером, который защищает подлежащую кость [4].

В процессе удаления зуба запускается механизм резорбции альвеолярной кости по причине разрыва волокон периодонта [5].

Величина костной резорбции зависит от состояния и толщины вестибулярной стенки. По данным ряда исследователей, в переднем отделе толщина вестибулярной кортикальной пластинки редко достигает 1 мм и практически в 100% случаев после удаления зубов подвергается лизису. [6, 7, 8, 9].

При наличии очагов хронической инфекции в тканях периодонта, травматических повреждений ортопедическими конструкциями или при эндодонтическом лечении зубов переднего отдела (косые, поперечные и продольные переломы корня) развиваются значительные деструктивные изменения вестибулярной стенки, что усугубляет атрофические изменения альвеолярного гребня эстетической зоны (Рис.1). Литературные данные свидетельствуют о том, что уже через 6 месяцев происходит горизонтальная, а затем и вертикальная резорбция костной ткани, что, в свою очередь, приводит к уменьшению зоны кератинизированной прикрепленной десны и выраженному «синдрому натяжению» [2,3, 10].



Рис. 1. Деформация альвеолярного гребня и дефицит мягких тканей в результате частичной потери зубов верхней челюсти (отсутствие зуба 1.1 в течение 1 года).

Целью нашего исследования было изучение изменений костной и мягких тканей эстетической зоны после удаления зубов в зависимости от

сроков и причины удаления для планирования дальнейшей реабилитации пациентов.

Материалы и методы. Нами была обследован 56 человек с диагнозом «частичная потеря зубов эстетической зоны». По данным анамнеза зубы были удалены по причине хронического апикального периодонтита, а также перелома корня зуба из-за окклюзионной перегрузки. Возраст пациентов варьировал от 21 до 53 лет, мужчины составили 24 человека (42,9%), женщины 32 человека (57,1%) (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов по возрасту, чел. (%)

Возрастная категория	18 – 24 лет	25 – 44 лет	45 – 59 лет	60 – 74 лет	75 – 90 лет
Количество человек	10 (17,9%)	32 (57,1%)	14 (25%)	0 (0%)	0 (0%)

У обследованных отсутствовал зуб в переднем отделе в течении разного временного промежутка, поэтому мы разделили пациентов на 3 группы в зависимости от сроков удаления: 2–3 месяца после удаления (1 группа), 5–6 месяцев после удаления (2 группа), 1 год после удаления (3 группа) (рис. 2).

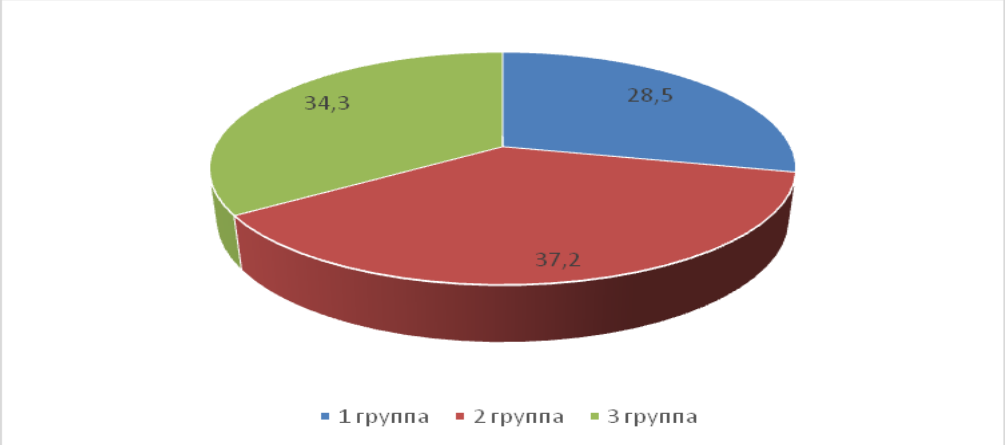


Рис. 2. Распределение пациентов по группам, %.

Нами была разработана «Эстетическая карта», в которой у каждого пациента определяли биотип десны, толщину слизистой оболочки, покрывающей вестибулярную стенку в области отсутствующего зуба, толщину альвеолярного гребня с учетом слизистой оболочки, ширину зоны кератинизированной прикрепленной десны (ШЗКПД), глубину преддверия полости рта, высоту мезиального и дистального межзубного сосочков и разницу зенитов десневого контура и сравнивали данные с одноименным интактным зубом противоположной стороны (ОЗНПС). Важнейшие эстетические параметры измеряли с помощью градуированного пародонтального зонда и микрометра (калипера) в мм.

По данным компьютерной конусно-лучевой томографии (КЛКТ) нами была измерена толщина вестибулярной стенки до удаления, а также толщина костного массива альвеолярного гребня после удаления в мм в срок наблюдения.

Результаты исследования. По результатам исследования нами была выявлена закономерность изменения параметров мягкой и костной ткани эстетической зона в зависимости от сроков удаления, а также толщины вестибулярной стенки и биотипа десны.

Через 2–3 месяца после удаления высота мезиального и дистального межзубных сосочков практически не зависела от толщины вестибулярной стенки, однако при тонком биотипе десны и толщине вестибулярной стенки менее 1 мм значения были выше. Глубина преддверия полости рта через 2–3 месяца после удаления практически не отличалась от области зуба на противоположной стороне (ОЗНПС), при этом наибольшая разница наблюдалась у пациентов с тонким биотипом десны и тонкой (менее 1 мм) вестибулярной стенкой (15,6%), а наименьшая разница (Δ) – при толстом биотипе и толщиной вестибулярной стенки ≥1 мм (5,1%). Ширина зоны КПД коррелировала с показателем глубины преддверия полости рта.

Зависимость от толщины вестибулярной стенки и биотипа десны наблюдалась через 2–3 месяца после удаления и показателя разница (Δ)

зенитов десневого контура: максимальная разница (1,21±0,9 мм) при тонкой кортикальной пластинке и тонком биотипе.

При толщине вестибулярной стенке более 1 мм зависимости в изменении толщины альвеолярного гребня с учетом слизистой оболочки и по данным КЛКТ от биотипа десны через 2–3 месяца не наблюдалось, однако при толщине менее 1 мм – максимальное снижение (Δ) показателя по отношению к ОЗНПС в подгруппе тонкого биотипа составила 15,1%, в то время, как при среднем и толстом биотипе не превышала 8,8%.

Через 5–6 месяцев после удаления зубов эстетической зоны наблюдалось значительное снижение высоты мезиального и дистального межзубных сосочков ($p \leq 0,05$) при чем при тонком биотипе и толщине вестибулярной стенки менее 1 мм разница (Δ) с ОЗНПС была максимальной (49,8% и 50,4% соответственно).

Глубина преддверия полости рта и ширина зоны кератинизированной прикрепленной десны через 5–6 месяцев после экстракции зубов значительно уменьшилась в сравнении с областью зуба противоположной стороны в среднем на 40%, при чем разница была максимальна при тонком биотипе, толщине кортикальной пластинке менее 1 мм и составляла 46,3%.

Разница (Δ) зенитов десневого контура через 5–6 месяцев после удаления также увеличилась и составила в среднем 1,77 мм при толщине вестибулярной стенки менее 1 мм и 1,54 мм при толщине более 1 мм.

Толщина альвеолярного гребня с учетом слизистой оболочки через 5–6 месяцев после удаления уменьшилась в сравнении с с областью зуба на противоположной стороне при тонком фенотипе мягких и костной ткани на 53,7% и была выше, чем при среднем и толстом биотипе.

Через 1 год после удаления высота мезиального и дистального межзубного сосочка так же максимально отличалась от ОЗНПС (Δ) в подгруппе тонкого биотипа с толщиной вестибулярной стенки менее 1 мм (52,2%).

Через 1 год уменьшение глубины преддверия полости рта в области удаленного зуба и ОЗНПС при тонком биотипе и толщине вестибулярной стенки менее 1 мм достигала 55,4%, при толщине более 1 мм – 46,3% ($p \leq 0,05$). При среднем и толстом биотипе данный параметр (Δ) не превышал 48,9% при толщине кортикальной пластинки менее 1 мм и 42,7% – при толщине более 1 мм. Ширина зоны КПД коррелировала с показателем глубины преддверия полости рта, и через 1 год после удаления при тонком биотипе и толщине вестибулярной стенки менее 1 мм разница с ОЗНПС составила 58,5% ($p \leq 0,05$).

Разница зенитов десневого контура через 1 год при тонком фенотипе достигла 1,84±0,67 мм, а при толщине вестибулярной стенки более 1 мм – 0,89±0,02 мм.

Толщина альвеолярного гребня с учетом слизистой оболочки через 1 год после удаления при толщине вестибулярной стенки менее 1 мм была на 59,3% меньше, чем ОЗНПС, при тонком биотипе и была выше, чем показатель при толщине кортикальной пластинки более 1 мм (51%).

Толщина альвеолярного гребня по данным КЛКТ коррелировала с предыдущим показателем, и максимальное снижение (Δ) показателя в области удаленного зуба в сравнении с ОЗНПС через 1 год после удаления при тонком биотипе десны и толщиной вестибулярной стенки менее 1 мм достигало 59%.

Выводы. Таким образом, уже к 6 месяцам после удаления зубов передней группы верхней челюсти развиваются значительные изменения мягких и костной ткани: снижение высоты межзубных сосочков; уменьшение зоны кератинизированной прикрепленной десны и глубины преддверия полости рта (до 50%) с развитием «синдрома натяжения»; увеличение разницы (Δ) зенитов десневого контура в сравнении с ОЗНПС, что влечет за собой нарушение симметрии мягких тканей при улыбке; уменьшение почти в 2 раза ширины и высоты альвеолярного гребня как с учетом слизистой

оболочки, так и костного массива. Все вышеперечисленные изменения увеличиваются к 1 году после удаления и наиболее выражены при тонком биотипе и толщине вестибулярной стенки менее 1 мм.

Список литературы:

1. Buser D, Martin W, Belser UC. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: Anatomic and surgical considerations. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004; 19: P. 43-61.
2. Araújo M. G., Lindhe J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. Journal of Clinical Periodontology. 2005; 32 (2): P. 212-218.
3. Tan W. L., Wong T. L. T., Wong M. C. M., Lang N. P. A systematic review of post-extractional alveolar hard and soft tissue dimensional changes in humans. Clinical Oral Implants Research. 2012; 23 (5): P. 1-21.
4. Edel A. The use of a connective tissue graft for closure over an immediate implant covered with occlusive membrane. Clinical Oral Implants Research. 1995; 6 (1): P.60-65.
5. Гемонов, В.В. Некоторые особенности гистофизиологии эпителия различных отделов полости рта человека // Морфология. – 2007. – Т. 131, № 3. – С. 63-64.
6. Qahash M., Susin C., Polimeni G., Hall J., Wikesjö U.M. Bone healing dynamics at buccal peri-implant sites. Clin Oral Implants Res. 2008 Feb; 19 (2). P. 166-172.
7. Braut V., Bornstein M.M., Belser U., Buser D. Thickness of the anterior maxillary facial bone wall- a retrospective study using cone beam computed tomography. Int J Periodontics Restorative Dent. 2011 Apr; 31 (2): P. 125-131.
8. Vera C., De Kok I.J., Reinhold D., Limpiphipatanakorn P., Yap A.K.., Tyndall D., Cooper L.F. Evaluation of buccal alveolar bone dimension of maxillary anterior and premolar teeth: a cone beam computed tomography investigation. Int J Oral Maxillofac Implants. 2012 Nov-Dec; 27 (6): P. 1514-1519.
9. Wang H.M., Shen J.W., Yu M.F., Chen X.Y., Jiang Q.H., He F.M. Analysis of facial bone wall dimensions and sagittal root position in the maxillary esthetic zone: a retrospective study using cone beam computed tomography. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014; 29: P. 1123-1129.
10. Roe P., Kan J.Y., Rungcharassaeng K., Caruso J.M., Zimmerman G., Mesquida J. Horizontal and vertical dimensional changes of peri-implant facial

bone following immediate placement and provisionalization of maxillary anterior single implants: a 1-year cone beam computed tomography study. Int J Oral Maxillofac Implants. 2012 Mar-Apr; 27 (2): P. 393-400.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДИК УСТРАНИЯ ОРОАНТРАЛЬНЫХ СООБЩЕНИЙ

Д.м.н., профессор Дурново Е.А., к.м.н. Хомутинникова Н.Е., к.м.н. Мишина Н.В., Федоричев А.О.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Нижний Новгород

Несмотря на накопленный практический опыт, тесное и продуктивное взаимодействие врачей различных профилей – челюстно-лицевых хирургов, оториноларингологов, хирургов-стоматологов в решении проблемы лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов и устранения ороантральных сообщений остается открытой.

Наличие хронического воспалительного процесса в верхнечелюстном синусе несет за собой большое количество негативных факторов, прежде всего это ухудшение качества жизни пациента за счет длительных, рецидивирующих эпизодов нарушения носового дыхания, возникновения головных болей и т. д. Вместе с тем в случаях развития острых синуситов и обострений хронических возможно развитие грозных осложнений, таких как сепсис и менингеальные проявления (менингит, тромбозы синусов), нередко приводящих к летальному исходу. По данным [Patel N.A. et al, 2012] доля одонтогенных верхнечелюстных синуситов составляет 10–40% от всех случаев воспалительных процессов верхнечелюстных пазух, а при этом доля хронических верхнечелюстных синуситов, осложненных наличием

ороантрального сообщения составляет 45,58% [Arias-Irimia O. et al, 2010] от всех случаев наблюдения.

Хронические одонтогенные верхнечелюстные синуситы, осложненные наличием ороантральных сообщений, представляют особую сложность в диагностике и лечении как для врачей оториноларинголов так и для специалистов стоматологического профиля. Наличие ороантрального сообщения нарушает архитектонику полости носа и верхнечелюстного, тем самым ухудшая и функциональный компонент, кроме того способствует постоянной контаминации данной придаточной пазухи бактериальной флорой полости рта. У хирургов нередко возникают сложности при устранении ороантральных сообщений. По определенным данным – в 10,4% от всех случаев наблюдения возникают рецидивы [Visscher S. H., et al, 2011]. В связи с этим необходима разработка новых методов комплексной терапии одонтогенных верхнечелюстных синуситов, осложненных наличием ороантральных сообщений, позволяющих сократить количество рецидивов заболевания. Результаты хирургического вмешательства при лечении ороантральных сообщений, во многом зависят от выбранной оперативной техники и не всегда являются удовлетворительными.

Наличие хронического воспалительного процесса в верхнечелюстном синусе несет за собой большое количество негативных факторов, прежде всего это ухудшение качества жизни пациента за счет длительных, рецидивирующих эпизодов нарушения носового дыхания, возникновения головных болей и т. д. Вместе с тем в случаях развития острых синуситов и обострений хронических возможно развитие грозных осложнений, таких как сепсис и менингеальные проявления (менингит, тромбозы синусов), нередко приводящих к летальному исходу [14, 26].

Результаты хирургического вмешательства при лечении ороантральных сообщений, во многом зависят от выбранной оперативной техники и не всегда являются удовлетворительными:

Наиболее части применяемой техникой оперативного вмешательства при данной патологии является мобилизованный щечный лоскут, при которой формируется трапециевидный полнослойный (слизисто-надкостничный) лоскут вершина которого обращена к ороантральному сообщению, далее производится иссечение эпителизированного свищевого хода, мобилизация лоскута разрезами в пределах надкостницы, распределение и ушивание лоскута над дефектом.

Выкраивание полнослойного небного лоскута на сосудистой ножке – классический способ восстановления герметичности полости рта при ороантральных фистулах. Хирургическая техника заключается в выкраивании «языкообразного» лоскута из слизистой оболочки неба путем проведения разреза на всю глубину до кости с дальнейшим отслаиванием мягких тканей от небной кости. Вершина лоскута обращена к фронтальному отделу верхней челюсти, а основание обращено к большому небному отверстию и мягкому небу, далее иссекается свищевой ход и в завершении – над полученным дефектом распределяется и подшивается лоскут.

Устранение ороантрального сообщения с применением методики мобилизованного жирового тела щеки. В своей сути представляет из себя «версию» мобилизованного щечного лоскута, но в отличии от последней обязательным компонентом является выделение жирового тела Биша с последующим распределением и фиксацией его над ороантральным сообщением и ушиванием.

Кроме вышесказанных методов существует метод васкуляризированного субэпителиального небного лоскута, суть которого заключается в расщеплении небного лоскута на соединительнотканный и слизистый слои-лоскуты. Слизистый лоскут выделяется и репозицинируется, а соединительнотканный после выделения перемещается и фиксируется над областью ороантрального сообщения.

Хирургическая техника	«Техническая сложность»	Риски кровотечений	Риск развития парестезий	Риск послеоперационных отеков мягких тканей лица	«Ухудшение» биотопа полости рта в послеоперационной зоне	Риск развития рубцовых деформаций полости рта
Мобилизованный щечный лоскут	+*	+	++	++	+++	+++
Полнослойный небный лоскут	++	++	+++	-**	-	+
Мобилизованный комок Биша	++	++	++	+++	++	++
Расщепленный небный лоскут	+++	+++	+	-	-	-

Примечания: - количество знаков «+» определяет выраженность того или иного свойства. Чем больше количество «+», тем более выражено свойство. * – знак «-» означает полное отсутствие свойства.

Резюмируя стоит отметить, что вопрос устранения ороантрального сообщения невозможно считать закрытым, так как данные литературы по данному вопросу противоречивы, а выбор оптимального метода устранения ороантральных сообщений продолжает оставаться темой активного изучения.

Список литературы:

1. Щербаков, Д.А. Способы восстановления стенок околоносовых пазух / Д.А. Щербаков, А.И. Каримова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. Т. 6. № 2. С. 57-68.

2. Refuat Hapeh Vehashinayim (1993). 2015 Jul;32(3):32-7, 68. [One stage combined endoscopic and per-oral buccal fat pad approach for large oro-antral-fistula closure with secondary chronic maxillary sinusitis]. [Article in Hebrew] Horowitz G, Koren I, Carmel NN, Balaban S, Abu-Ghanem S, Fliss DM, Kleinman S, Reiser V.

3. J Oral Maxillofac Surg. 2015 Sep;73(9):1668-9. doi: 10.1016/j. joms .2015.04.043. Epub 2015 May 30. Re: Double-Layered Closure of Chronic Oroantral Fistulas Using a Palatal Rotational Flap and Suturing of the Sinus Membrane Perforation: Is It a Successful Technique? Batra J1, Attresh G1, Garg B1, Porwal S2.

4. J Maxillofac Oral Surg. 2015 Sep;14(3):868-74. doi: 10.1007/s12663-014-0703-z. Epub 2014 Oct 7. Tunnel Technique for the Closure of an Oroantral Fistula with a Pedicled Palatal Mucoperiosteal Flap. Sakakibara A1, Furudoi S1, Sakakibara S2, Kaji M1, Shigeta T1, Matsui T1, Minamikawa T1, Komori T1.

5. Кулаков А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 361-379.

6. Хирургическая стоматология: учебник (Афанасьев В.В. и др.); под общ. ред. В.В. Афанасьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010

7. Байдик О.Д., Сысолятин П. Г., Логвинов С.В., Елизарова Н.Л. Морфофункциональные изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при одонтогенном грибковом синусите // Стоматология. – 2011. № 5. С. 14-16.

8. Сысолятин С.П. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: вопросы этиологии // Вопросы челюстно-лицевой, пластической хирургии, имплантологии и клинической стоматологии. – 2010. № 2-3. С. 3-6.

9. Яременко А.И., Матина В.Н., Суслов Д.Н., Лысенко А.В. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит: современное состояние проблемы (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. № 10-5. С. 834-837.

10. ВИШНЯКОВ, В.В. Оценка результатов хирургического лечения пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом / В.В. Вишняков, Н.В. Макарова // Российская ринология. – 2013. № 3. С. 20-22.

11. Современная тактика лечения больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом с ороантральным свищом / М.М. Магомедов, Н.М. Хелминская, А.В. Гончарова, А.Е. Старостина // Вестник оториноларингологии. – 2015. № 2. С. 75-80.

12. Haraji A., Zare R. The use of buccal fat pad for oroantral communication closure. Journal Mashhad Dent Sch Mashhad Univ Med Sci 2007; 31: 9–11

13. Шулаков В.В., Лузина В.В, Царев В.Н., Бирюлев А.А., Зуева А.А. Одонтогенные перфорации верхнечелюстных пазух: причины развития осложнений и принципы их предупреждения. Клин стоматол 2011; 1: 22–27.

14. Современные направления профилактики осложнений хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита при перфорациях дна верхнечелюстных пазух / В.В. Шулаков, В.В. Лузина, А.А. Бирюлев [и др.] // Клиническая стоматология. – 2015. № 2. С. 24-32.

15. Кошель И.В. Новые методы закрытия ороантрального соустья / И.В. Кошель // Научный альманах. – 2016. № 2-3 (16). С. 89-94.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

К.м.н. Марочкина М.С., Глявина И.А., Галкина Е.С.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Нижний Новгород

В хирургической стоматологии остается актуальной проблема ранней диагностики и лечения больных с радикулярными кистами челюстей. Среди опухолей и опухолеподобных образований челюстей радикулярные кисты составляют 80–85%. На их долю приходится 40,6% операций амбулаторного приема [6].

В большинстве случаев диагностировать развитие радикулярной кисты получается только при помощи рентгенологического исследования, либо в случаях развития осложнений воспалительного характера, что часто приводит к необратимым изменениям в челюстных костях и потере зубов [1, 3]. Для повышения качества ранней и своевременной диагностики радикулярных кист нами предлагается способ обследования пациентов при помощи метода инфракрасной термографии.

Физиологической основой термографии является увеличение интенсивности инфракрасного излучения над патологическими очагами (в связи с усилением в них гемодинамики и метаболических процессов) или снижением его интенсивности в областях с уменьшенным регионарным кровотоком и сопутствующими патологии изменениями в тканях и органах [10, 11, 12]. Качественная и количественная оценка данных термотопографии исследуемой области позволяет определить распределение «горячих» – «максимумов» и «холодных» – «минимумов» участков, контуры очага, его структуры и области распространения [7, 8, 9]. Наличие патологических изменений характеризуется одним из трех качественных термографических признаков: появлением аномальных зон гипер- или гипотермии, изменением

нормальной термотопографии сосудистого рисунка, а также изменением градиента температур в исследуемой зоне [2, 4, 5].

Цель исследования:изучениедиагностического значения метода инфракрасной термографии в обследовании пациентов с радикулярными кистами челюстей.

Материалы и методы. Нами были обследованы 20 пациентов с радикулярными кистами челюстей, причем, локализация процесса в области верхней челюсти наблюдалась у 16 человек, на нижней соответственно у 4. Наше исследование еще раз подтверждает, что радикулярные кисты чаще встречаются на верхней челюсти, чем на нижней.

Клиническая картина у всех обследованнх больных характеризовалась следующими критериями: больные жалоб не предъявляли, во всех случаях наличие радикулярной кисты было диагностировано при обращении пациентов к стоматологу, с целью санации полости рта. Общее состояние удовлетворительное, конфигурация лица была не изменена, подчелюстные лимфатические узлы не пальпировались, кожа и видимые слизистые были физиологической окраски, открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта (рис. 3,4-а) слизистая оболочка в проекции радикулярной кисты в цвете была не изменена у 10 (у 50%) пациентов, у 6 (30%) имела цианостичную окраску и у 4 (20%) была застойно-гиперемированная. Пальпация слизистой оболочки во всех случаях была безболезненная. У 3 (15%) пациентов определялся положительный симптом Рунге-Дюпюитрена. Причинные зубы имели разное состояние. 9 (45%) из 20 зубов были разрушены более, чем на ½, изменены в цвете, в 3 (15%) случаях находились под искусственными коронками. У 8(40%) пациентов причинные зубы были восстановлены пломбами, краевое прилегание которых было нарушено во всех случаях, цвет тканей зуба изменен. Перкуссия в 8 (40%) случаях из 20 была отрицательная, в остальных случаях определялась слабоположительная перкуссия. Все причинные зубы ранее были пролечены эндодонтически, однако качество терапевтического лечения в 100% было

неудовлетворительным. Данный факт приводил к активации механических и химических раздражителей (продуктов воспаления эпителиальной составляющей), даже при минимальных изменениях в периодонте. В следствие чего происходило образование микроскопических полостей в которых скапливалась жидкость и приводила к повышению давления в них. На этом фоне патологический очаг увеличивался в объеме.

Так как из-за анатомо-топографических особенностей челюстных костей кисты чаще растут в сторону преддверия полости рта, при отсутствии клинических проявлений наличия патологического процесса, мы проводили термографическое исследование, начиная с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка или альвеолярной части.

Результаты и обсуждение. В результате были получены термографические карты, одна из которых представленна на рис. 1-б.

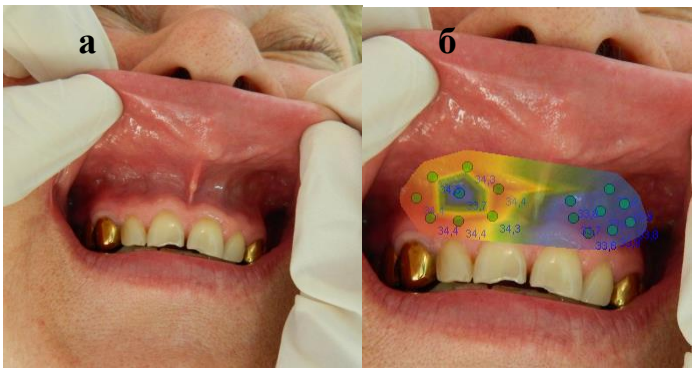


Рис. 1. Пациентка С., 62 года.

Диагноз: радикулярная киста верхней челюсти справа, в области 1.1, 1.2 зубов. а – проявления радикулярной кисты верхней челюсти справа в полости рта. б – термографическая картина радикулярной кисты в области верхней челюсти справа.

По полученным количественным показателям, разница температур в центральной точке проекции радикулярной кисты на слизистую оболочку и симметричной точкой на здоровой стороне в среднем составляет 0,2±0,1°С, причем температура в цетральной точке радикулярной кисты ниже. Между точками по периферии патологического очага и симметричными точками на

здоровой стороне 0,6±0,1°С, с преобладанием температурных показателей на стороне кисты, что является статистически достоверным $p \leq 0,05$ и иллюстрируется диаграммой, изображенной на рис. 2.

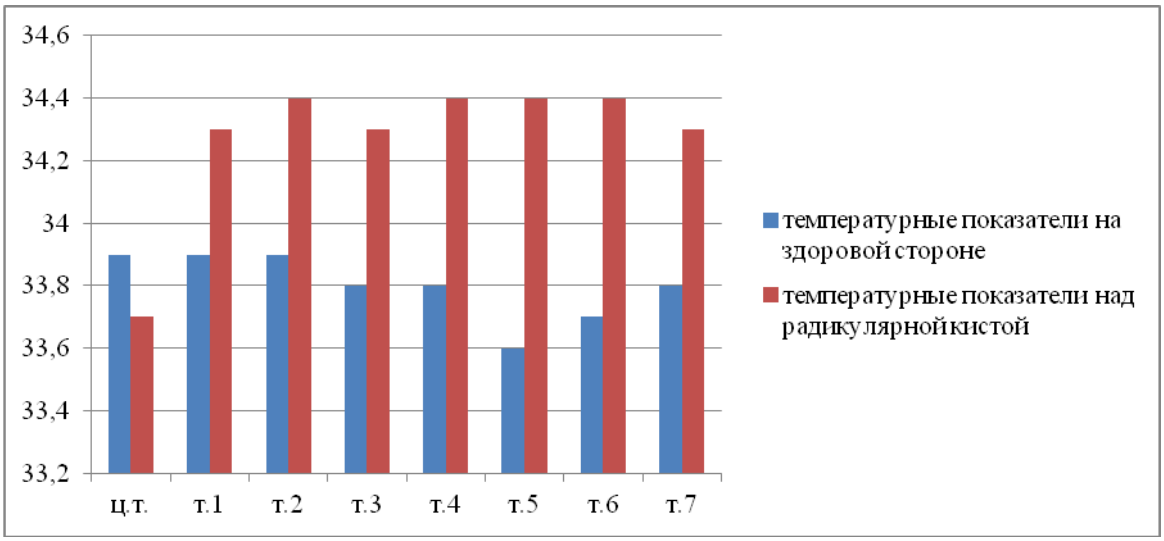


Рис. 2. Разница температурных показателей над радикулярной кистой и слизистой оболочкой симметричной здоровой стороны.

Термограмма (рис. 1-б) при радикулярных кистах характеризовалась наличием строго определенных максимумов и минимумов, которые локализовались над патологическим процессом и на здоровой стороне соответственно.

Максимум представлял собой тепловое поле округлой формы с четкими контурами. В центре него располагался очаг гипотермии с высокой интенсивностью свечения, на фоне которого определялись неоднородности в виде тусклых теней зеленого цвета. Участок синего свечения был окружен двумя линиями инфракрасного свечения зеленого и желтого цветов. Зеленая линия прилежала непосредственно к внутреннему очагу гипотермии. Желтая линия по периферии окружала зеленую. Затем, изотермия желтого свечения переходила в тепловое поле оранжево-красного цвета, которое имело неровные контуры и четкие границы и было ограничено изотермией зеленого оттенка, которая без четких границ переходила в гипотермию здоровой стороны. Так выглядела типичная термографическая картина радикулярных

кист, которая могла меняться в зависимости от размеров патологического процесса, однако цветовые фракции теплового поля, представленные на рис. 1-б всегда сохранялись в той же последовательности. Для сравнения, на рис. 3-а,б мы приводим термограммы здоровых челюстей и термограмму при радикулярной кисте. Где видно, что гипотермия в области верхней челюсти справа в центральном отделе, которая присутствует в норме, сменяется на слоистое тепловое поле, характерное для радикулярной кисты.

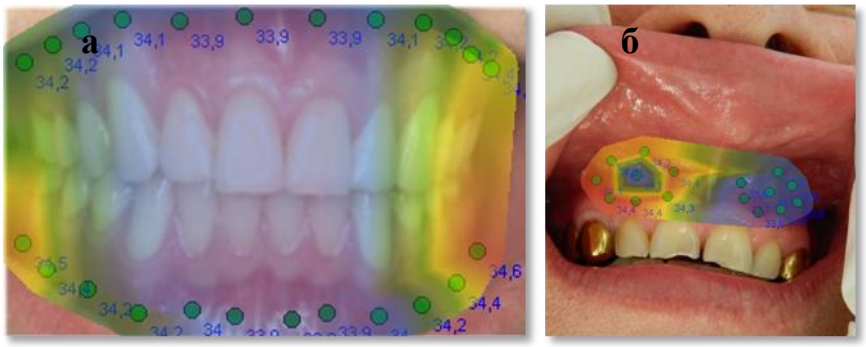


Рис. 3. а – нормальная термограмма слизистой оболочки полости рта у женщин 55-75 лет. б – термограмма радикулярной кисты в области верхней челюсти справа, в области 1.1, 1.2 зубов.

При проведении сравнительной характеристики полученных термограмм и рентгеновских снимков при наличии радикулярной кисты рис. 4-а,б, было установлено, что термографическая и рентгенологическая картины соответствовали друг другу. Однако, на рентгене определялось только наличие дефекта в костной ткани округлой формы с четкими контурами. По периферии выявлялся ободок кортикальной костной ткани, имеющий четкие контуры и небольшую толщину. В то время как термограмма кроме размеров и локализации кисты показывала нам ее патологическую анатомию. Оболочка кисты была представлена на термограмме двумя линиями свечения, которые окружали синюю область в центре патологического очага. Желтая линия фиксировалась в проекции соединительной ткани, которая непосредственно прилежала к окружающей кости, а изнутри была выстлана эпителием – зеленая линия на термограмме.

Изменение свечения этих линий можно связать с всегда имеющимися воспалительными изменениями в оболочке радикулярной кисты. Если воспалительные явления приводили к эрозии эпителия, то зеленая линия оболочки на термограмме исчезала на отдельных участках, или полностью отсутствовала на термограмме при полной гибели эпителия.

Синий цвет на термограмме в центре патологического процесса соответствовал проекции содержимого кисты – серозной жидкости с наличием холестерина, поэтому на фоне синего свечения определялись тусклые зеленые тени.

Костная ткань, окружающая радикулярную кисту вовлекалась в перифокальное воспаление, что подтверждало наличие обширной зоны красно-оранжевого свечения вокруг оболочки кисты, которая была ответом на распространение токсинов по естественным ходам гаверсовых и фолькмановских каналов альвеолярной кости, а так же вдоль пучков, проходящих в cribraalveolaria.

На рис. 4-в представлен схематичный рисунок кисты, который совпадает с слоистым характером термограммы над ней. Стрелкой А на рисунке представлена соединительно-тканная выстилка, которая ограничивает кисту. Стрелки В указывают на различные типы эпителия, которые могут выстилать радикулярную кисту. Эпителиальный слой наиболее часто состоит из многослойного плоского эпителия, без ороговения (рис. 4-в-2). В редких случаях внутренний эпителиальный слой кисты представлен мерцательным (рис. 4-в-4), цилиндрическим (рис. 4-в-1) или кубическим эпителием (рис. 4-в-3).

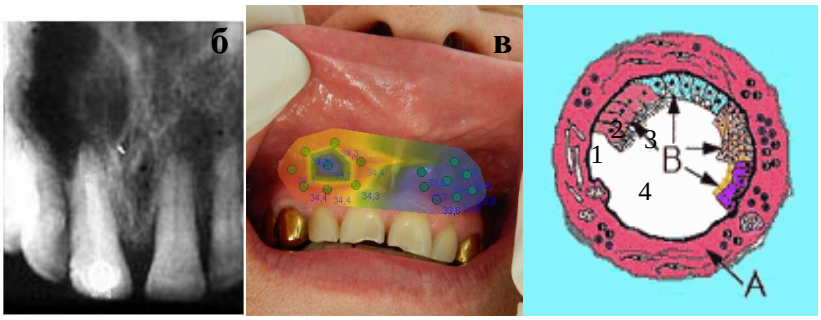


Рис. 4. а – радикулярная киста верхней челюсти справа в области 1.1, 1.2 зубов (прицельный снимок). б – термограмма патологического очага справа. в – схематичный рисунок строения кисты: в-1 – цилиндрический эпителий; в-2 – многослойный плоский эпителий; в-3 – кубический эпителий; в-4 – мерцательный эпителий.

Заключение. В результате проведенного нами исследования выявлено, что данные инфракрасной термографии, полученные при обследовании пациентов с радикулярными кистами челюстей сопоставимы с данными лучевых и функциональных методов диагностики, которые применяются только для оценки структурных особенностей обследуемых областей, в то время как термометрические и термотопографические показатели позволяют оценивать функциональные изменения в динамике, т. е. следить за изменениями при первичном обследовании и на этапах лечения. Инфракрасная термографияеще до возникновения жалоб и клинических проявлений заболевания позволяет уточнить локализацию функциональных изменений, происходящих на клеточно-тканевом уровне, определить активность процесса, его распространенность и характер изменений. Таким образом в результате нашей работы удалось определить диагностическую и прогностическую значимость термографического исследования в соответствии с клиническими проявлениями, результатами рентгенологического метода диагностики, а также доказать, что метод инфракрасной термографииявляется абсолютно достоверным, неинвазивным и безопасным.

Список литературы:

1. Аржанцев А.П. Современные аспекты рентгенологии в стоматологии // Медицинский алфавит / А.П. Аржанцев // Стоматология. – 2010. № 4. С. 3-6.

2. Голованова М.В. Возможности термодиагностики в медицине / М.В. Голованова, Ю.П. Потехина. – Н. Новгород, 2011. 164 с.

3. Дурново, Е.А. Возможности инфракрасной термографии в комплексной диагностике заболеваний челюстно-лицевой области / Е.А. Дурново, Ю.П. Потехина Н.Е. Хомутинникова Н.А. Янова // Современные проблемы науки и образования. – 2012. № 4. http://www.science-education.ru/104-6657.

4. Заяц Г.А. Медицинское тепловидение – современный метод функциональной диагностики / Г.А. Заяц, В.Т. Коваль // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2010. Т. 43. № 3. С. 27-33.

5. Инфракрасная дистанционная термография как вспомогательный метод в диагностике и лечении вертеброгенных болей у спортсменов / Ю.П. Дехтярев, В.И. Нечипорук, С.А. Мироненко [и др.] // Электроника и связь. Электроника и нанотехнологии: тем.выпуск. – 2010. № 3. С. 122-125.

6. Мубаракова Л.Н. Алгоритм диагностики поражения костной ткани челюстей при гнойных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области / Л.Н. Мубаракова // Стоматология. – 2008. Т. 87. № 3. С. 52-54.

7. Место и роль дистанционной инфракрасной термографии среди современных диагностических методов / Ю.П. Дехтярев, В.И. Нечипорук, С.А. Мироненко [и др.] // Электроника и связь. Электроника и нанотехнологии: тем.выпуск. – 2010. № 2. С. 192-196.

8. Паршикова С.А. Прогнозирование послеоперационных осложнений при лечении обширных укушенных ран лица у детей с помощью инфракрасной термографии / С.А. Паршикова, В.В. Паршиков, Ю.П. Потехина // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. Т. 5. № 2. С. 340-346.

9. Перцов О.Л. Медико-технические аспекты развития современных тепловизорных методов в теоретической и практической медицине / О.Л. Перцов, В.М. Самков // Материалы IX Международной конференции «Прикладная оптика – 2010». – СПб., 2010. С. 18-21.

10. Цифровые методики лучевого исследования при определении качества обтурации корневых каналов зубов / А.П. Аржанцев,

О.Ю. Халилова, Ю.А. Винниченко [и др.] // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2011. № 1. С. 2-7.

11. A computer tool for the fusion and visualization of thermal and magnetic resonance images / G.L. Bichinho, M.A. Gariba, I.J. Sanches [et al.] // J. Digit. Imaging. – 2009. Vol. 22. № 5. P. 527-534.

12. Cutaneous infrared thermometry for detecting febrile patients / P. Hausfater, Y. Zhao, S. Defrenne [et al.] // Emerg Infect Dis. – 2008. Vol. 14 (8). P. 1255-1258.

О ПРОБЛЕМАХ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАРОТИТА

Губин М.А., д.м.н., профессор Харитонов Ю.М., Киков Р.Н.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Актуальность. Паротитам, как острым, так и хроническим, посвящено достаточно много исследований [1, 4, 5]. Однако ряд вопросов этиологии, патогенеза и диагностики вторичного деструктивного паротита до настоящего времени недостаточно изучен, что объясняется большой сложностью изучаемой проблемы, характером патологоанатомических проявлений заболевания, многообразным влиянием функций слюнных желез на состояние организма и др. [4, 5].

Особо следует отметить вовлечение в процесс околоушной слюнной железы, связанный с хирургическими заболеваниями брюшной полости [2, 3]. Данная патология по результатам исследований некоторых авторов трудно прогнозируема, приводит к наиболее тяжёлым исходам заболевания, вплоть до летальных исходов. Ранняя диагностика и профилактика острой патологии околоушной слюнной железы является основой снижения развития вторичного деструктивного паротита.

Целью исследования явилось совершенствование диагностики вторичного деструктивного паротита за счет разработки программы раннего выявления острой патологии околоушной слюнной железы.

Материал и методы исследования. Основой данной работы явились результаты обследования и лечение 287 больных в возрасте от 28–86 лет с различными формами деструктивного паротита, находившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии № 1 Воронежской областной клинической больнице в период с 1995 по 2016 год. Из общего количества больных в 75% случаев определялась сопутствующая патология.

Наряду со стандартным клиническим исследованием (анализ жалоб, данных анамнеза, оценка общего состояния и местных проявлений заболевания), осуществлялся комплекс специальных лабораторных исследований по оценке состояния системы гомеостаза (метаболизма, иммунного статуса и клеточного состава крови.

У пациентов с фоновой патологией выполнялись дополнительные исследования в соответствие с порядком оказания помощи ургентным больным – рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография, ультразвуковая индикация печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, почек и др.

Экспресс-исследования (шкала ApacheII) выполняли при поступлении больных в стационар, на следующие сутки после первой и второй операции, в период стабилизации клинических проявлений заболевания и перед выпиской из стационара после завершения лечения.

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления деструктивного паротита выявили большое количество и разнообразие сочетаний местных и общих признаков заболевания в зависимости от формы паротита.

У 103 больных острым деструктивным паротитом (ОДП) заболевание протекало в виде моноабсцесса и с формированием множественных

мелкоочаговых абсцессов. Это одна из благоприятных форм заболевания, которая характеризуется локализованной формой инфекции.

При поступлении для моноабсцессов была характерна асимметрия лица за счёт наличия воспалительного отека и инфильтрата в околоушно-жевательной области. Симптомы синдрома эндогенной интоксикации уже отчетливо идентифицировались, но в целом были выражены умеренно. Результаты исследования показателей клеточного состава крови у больных с абсцедирующей формой ОДП отмечали лейкоцитоз, определялся клеточный полиморфизм, СОЭ увеличивалась до 45–50 мм в один час. Прослеживалось снижение числа эритроцитов увеличение палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов и моноцитов.

Результаты исследования состояния обменных процессов у больных с абсцедирующей формой острого деструктивного паротита показали снижение содержания общего белка сыворотки крови, увеличение уровня глюкозы и трансаминаз. Тем не менее, показатели обменных процессов в целом не выходили за пределы возможных физиологических колебаний.

При исследовании системы иммунитета сохранялось содержание лимфоцитов на приемлемом уровне, на фоне снижения содержания Т-лимфоцитов увеличивался уровень В-лимфоцитов. Изменения показателей системы гемокоагуляции показали достоверное увеличение показателей гематокрита и содержания фибриногена.

Состояние гомеостаза у больных с флегмонозной формой деструктивного паротита. Клинико-лабораторные проявления были изучены у 62 больных с флегмонозной формой острого деструктивного паротита. При этом необходимо отметить, что у 5 больных ОДП сочетался с панкреонекрозом и проявлялся клиническими признаками на 10–12 сутки от момента проведения операции на поджелудочной железе. У 40 человек воспалительный процесс локализовался в пределах околоушно-жевательной области, и у 22 больных выходил за ее границы, распространяясь на соседние клетчаточные пространства.

Общее состояние больных флегмонозной формой острого деструктивного паротита при поступлении расценивалось как средней тяжести или тяжёлое.

Данные по исследованиям показателей клеточного состава крови у больных с флегмонозной формой острого деструктивного паротита (ОДП) указывали на значительный сдвиг большинства показателей клеточного состава крови.

Результаты исследования состояния обменных процессов характеризовались существенным снижением общего белка сыворотки крови (на 8%), при сочетании ОДП с патологией со стороны поджелудочной железы уровень амилазы увеличивался в среднем в три, четыре раза. Остальные показатели оставались в пределах возможных физиологических колебаний. Определялось снижение иммунологической активности организма. Отмечалось снижение концентрации Т- и В-лимфоцитов на 23%, увеличение уровня ЦИК на 67%, а фагоцитоз был ниже контрольного уровня на 13%, также отмечалось увеличение числа Райта.

При исследовании системы гемокоагуляции была характерна гиперкоагуляция, без клинических признаков ДВС-синдрома, увеличение гематокрита, протромбинового индекса и содержания фибриногена. Показатели гемокоагуляции были персонифицированы для больных с хирургической патологией со стороны желудочно-кишечного тракта.

В целом отклонения показателей гомеостаза указывали на субкомпенсированное состояние систем жизнеобеспечения.

Клинико-лабораторная характеристика гнилостно-некротической формы деструктивного паротита, осложненного сепсисом. Из 122 больных с ОДП у 14% заболевание характеризовалось преобладанием процессов альтерации в местной воспалительной реакции и развитием общих осложнений. Жалобы местного характера были в основном идентичными с таковыми при гнойной форме.

Из данных исследования следовало, что у больных сепсис протекал в тяжелой форме. У 5 больных на фоне сепсиса развился вторичный тромбоз кавернозного синуса с формированием флегмоны орбиты, и у четверых больных контактного переднего медиастинита.

Для гнилостно-некротической формы ОДП было характерно снижение содержания эритроцитов, лимфоцитов и гемоглобина на фоне увеличения количества лейкоцитов, нейтрофилов. СОЭ также было увеличено почти в 5 раз в сравнении с физиологической нормой.

Увеличивался дефицит общего количества белка сыворотки крови, уровень глюкозы увеличивался на 14% в сравнении с нормальными показателями, а также нарастал уровень мочевины и трансаминаз.

Результаты исследования иммунитета свидетельствовали о развитии у больных иммунодефицитного состояния за счет снижения абсолютного количества лимфоцитов на 42,1%, концентрации Т-лимфоцитов снижена на 8,7%, а В-лимфоцитов – на 46,2%. Исследования системы гемостаза показали, что при гнилостно-деструктивной форме паротита, помимо выраженной гиперкоагуляции, отмечалась тенденция к развитию ДВС-синдрома.

Систематизация и анализ показателей гомеостаза позволили выделить два основных состояния систем жизнеобеспечения и прогнозировать их развитие: неустойчивая компенсация (субкомпенсация) и декомпенсация. Состояние субкомпенсации характеризовалось наличием отчетливых признаков снижения функционирования одной из систем жизнеобеспечения, при максимальном напряжении других. Для состояния декомпенсации было типичным развитие синдрома гипоциркуляции, обусловленного сочетанием волемических, гемодинамических, метаболических и иммунологических расстройств.

У 8 больных (все старше 60 лет) с наличием фоновой патологии трех и более жизненно важных органов и систем, несмотря на интенсивную

терапию, в результате генерализации воспалительного процесса, наступил летальный исход.

В целом, клиника деструктивной формы паротита проявлялась выраженными местными изменениями, интоксикацией, позволяющей оценивать состояние как субкомпенсацию и декомпенсацию, что соответствует картине выраженных изменений показателей общего гомеостаза. В этой связи можно выделить три персонифицированных варианта изменений в системе гомеостаза:

- неспецифические изменения при бактериальном поражении макроорганизма и воспалительной реакции в случае неосложнённых форм;
- неспецифические изменения, сопровождающиеся предельным напряжением защитно-приспособительных механизмов, с отчетливой тенденцией истощения одной из систем (кровообращения, метаболизма или иммунитета);
- тяжёлая картина сочетания синдромов гипоциркуляции, иммунодефицита, грубые метаболические и иммунологические расстройства в случае септического осложнения.

Авторами разработана программа раннего выявления и дифференциальной диагностики форм вторичного деструктивного паротита.

На первом этапе, в условиях поликлиники, проводилось изучение жалоб, сбор анамнеза, клиническое обследование, включая инструментальное. По клинической картине, характеру отделяемого из протока ОКСЖ и оценке общего состояния больного можно было установить наличие серозной или деструктивной формы ОНП.

На втором, стационарном, этапе всем больным проводились первичные лабораторные исследования, рентгеноскопия грудной клетки, ЭКГ.

Дополнительные исследования, с привлечением специалистов соответствующего профиля (неврологи, эндокринологи, аллергологи, кардиологи, терапевты и др.) проводились при наличии установленной сопутствующей патологии по показаниям. Благодаря полученным данным,

определялась нозологическая форма заболевания, план хирургического и медикаментозного лечения.

Для каждой из форм ОДП были характерны вполне определенные клинические и лабораторные показатели с высокой достоверностью обеспечивающие раннее выявление и диагностику форм заболевания. Внедрение в практику разработанного алгоритма позволило существенно повысить эффективность диагностики и обеспечить раннее выявление заболевания и его форм в течение 1–2 суток после госпитализации.

Реализация разработанного диагностического алгоритма носит профилактический характер, что позволило не только устанавливать нозологическую форму заболевания, но и определить характер воспалительной реакции, наличие общих и местных осложнений, разработать показания к хирургическому лечению и варьировать его объем и обосновывать проведение медикаментозной терапии.

Выводы:

1) Обследование больных следует проводить по регламентированной программе, включающей анализ клинических, рентгенологических и морфологических исследований; объективирующих диагностику и оценку системной гомеостатической реакции организма.

2) Клинико-лабораторные проявления вторичного деструктивного паротита диктуют целесообразность выделения основных форм течения заболевания, для которых характерны определенные клинические и лабораторные данные.

3) Реальная угроза распространения острого воспалительного процесса, развития местных и общих осложнений лечение вторичного деструктивного паротита требует проведения лечения только в условиях специализированного челюстно-лицевого стационара.

Список литературы:

1. Дехнич Н.Н. Антисекреторная терапия в гастроэнтерологии: руководство / Н.Н. Дехнич, С.Н. Козлов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 128 с.

2. Маев И.В. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 736 с.

3. Светухин А.Н. Хирургические инфекции (практическое руководство) / А.Н. Светухин, А.А. Никонов. – М.: Литетерра, 2006. 187 с.

4. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – 2007. 156 с.

5. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи / А.Г. Шаргородский. – М.: ГОУ ВУНМЦМЗ РФ, 2007. 271 с.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ

Хомутинникова Н.Е.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава РФ, г. Нижний Новгород

Вопросы диагностики и лечения переломов костей лица, а также профилактика осложнений актуальны и сегодня. При повреждениях челюстно-лицевой области второе место занимают переломы средней зоны лица, в 20–25% случаев приходится на переломы скуловой кости и дуги [5]. Изолированные переломы глазницы встречаются в 35–40% случаев, причем до 70% орбитальных переломов сочетаются с различными повреждениями глазного яблока и тканей его окружающих [1, 5, 7]. До настоящего времени не разработан клинический протокол лечения пациентов с изолированными переломами стенок глазницы. Применяются различные оперативные доступы и имплантаты для реконструкции нижней стенки орбиты [1, 2, 4, 6]. Основными материалами, предназначенными для восстановления стенок глазницы, по-прежнему, являются аутокость, металлические и полимерные эндопротезы [4, 5, 6, 7, 9].

В последние несколько лет в клиническую практику челюстно-лицевых хирургов внедряются современные технологии: производство индивидуальных имплантатов лицевого скелета с использованием

стереолитографических моделей и 3D печати, использование компьютерной навигации во время операции, однако они по-прежнему являются малодоступными в регионах России [4]. Оперируя данную зону, когда основными целями являются восстановление анатомии орбиты и устранение функциональных нарушений органов глазницы, невозможно не помнить о сложностях, которые появляются у различных специалистов при планировании лечения, во время и после хирургического вмешательства. В литературе имеются единичные источники о осложнениях при лечении переломов, дефектов и деформаций стенок глазницы [2, 3, 7].

К тяжелым послеоперационные осложнениям относятся: абсцессы и флегмоны орбиты, повреждение зрительного нерва, ранение мягкотканных структур глазницы, отторжение и смещение имплантата, выраженные рубцовые деформации орбитальной клетчатки и экстраокулярных мышц, отслойка сетчатки и др.

Цель исследования – проведение анализа осложнений, полученных в результате лечения пациентов с переломами нижней стенки глазницы.

Материал и методы. Нами обобщен опыт хирургического лечения 215 пострадавших с переломами скулоглазничного комплекса, находившихся на лечении на клинических базах кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава РФ в отделениях челюстно-лицевой хирургии Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко и клинической больницы № 3 Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России – в 2011–2017 гг.

Средний возраст пациентов 37,4 года (от 20 до 60 лет), распределение по полу: 172 (82,7%) мужчины и 43 (17,3%) женщин. Переломы стенок глазницы, при которых требовалось реконструктивно-восстановительное лечение, диагностированы у 78 (36,3%) больных. Наши данные не противоречат литературным данным, что не всем пациентам с переломом скулоглазничного комплекса необходимо хирургическое лечение переломов стенок глазницы, для этого есть определенные показания [1, 7, 10].

Количество пациентов со свежими переломами нижней стенки глазницы составило 50 (64,1%), с застарелыми переломами – 15 (19,2%), с дефектами и деформациями – 13 (16,7%). В 5 (6,4%) случаях имелись повреждения верхней стенки орбиты и травма головного мозга, лечение этих пациентов проводилось совместно с нейрохирургом. У 18 (23,1%) больных наблюдали повреждения латеральной, медиальной и нижней стенок орбиты, сопровождающиеся выраженной деформацией орбиты, дислокацией жировой клетчатки и глазодвигательных мышц в линии перелома. Изолированные повреждения нижней стенки глазницы (blow-out) выявлены в 14 (17,9%) наблюдениях, в 41 (52,6%) случае переломы дна глазницы сочетались с переломами скулоглазничного комплекса. У всех пациентов в предоперационном периоде имелась деформация орбиты, гипофтальм и диплопия различного характера. Ограничение подвижности глазных яблок выявлено у 43 (55,1%) больных. Аксиальная дистопия в виде энофтальма различной степени отмечена у 28 (35,9%) пациентов, так как у них имелось обширное разрушение стенок глазницы.

Сроки хирургического лечения были следующими: в 1-е сутки после травмы прооперированы 3 (3,85%) пациентов, с 7-х по 14-е сутки – 43 (55,1%), с 15-х по 30 сутки – 10 (12, 8%), через 1–2 мес. – 9 (11,5%), спустя 4 мес. – 9 (11,5%), через 6 мес. – 4 (5,12%) больных.

При поступлении всем пациентам выполнялись стандартное комплексное обследование, включая диагностику у смежных специалистов (нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога и др.), выполнялась спиральная компьютерная томография с 3D-реконструкцией в 3 проекциях, магнитно-резонансная томография орбит (по показаниям). Тщательное обследование позволило: уточнить точную локализацию перелома и характер смещения отломков; обнаружить пролапс орбитальной клетчатки и уточнить размер дефекта стенки орбиты, что особенно важно для выбора имплантата и планирования оперативного вмешательства. Всем пациентам проводилось офтальмологическое обследование: визометрия, офтальмоскопия,

экзофтальмометрия, биомикроскопия. Оценка состояния глазного дна и функции глазодвигательных мышц являются обязательными, по нашему мнению, при планировании хирургического лечения на орбите. Иногда повреждения глаза и посттравматические изменения (отслойка сетчатки и др.) являются противопоказанием к лечению костных травм орбиты, так как любые манипуляции с глазным яблоком могут усугубить его повреждение и привести к потере зрения [3].

Пациентам, под общим обезболиванием, выполнялась реконструкция нижней стенки орбиты после остеосинтеза скуловой кости. Объем хирургического лечения и выбор имплантанта при переломе дна орбиты определялся зоной повреждения (передней, средней или задней части нижней стенки глазницы, характером смещений отломков и мягко-тканных структур орбиты, степенью гипо- и энофтальма Нами использовались полимерные имплантаты «Реперен» [8] и металлические имплантанты различных фирм «Конмет» или «Синтез». Для хирургического лечения нижней стенки глазницы в 64 (87,9%) случаях выполнялся трансконъюнктивальный доступ с латеральной кантотомией, в 9 (12,1%) случаях проводился субциллиарный разрез. В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась стандартная противовоспалительная терапия, а также проводилась реабилитация, совместно с офтальмологом.

Результаты и обсуждение. На основании проведенного анализа результатов хирургического лечения 215 пациентов с переломами скулоглазничного комплекса нами выделена группа больных (55 человек) которым было показано хирургическое лечение перелома нижней стенки глазницы. Нами отмечено оптимальное восстановление анатомии и функциональных нарушений в орбите у 48 (87,3%) больных. В 7 (12,7%) случаев отмечены различные осложнения, которые можно разделить на осложнения раннего послеоперационного периода (до 1–2 мес. после операции) у 4 (7,27%) больных и поздние – отдаленные осложнения (через 4–6 мес. после операции) у 3 (5,45%) пациентов. Нами выявлено у

2 пациентов несколько ранних транзиторных осложнений. Отдаленные результаты прослежены у пациентов в сроки от 3 мес. до 5 лет после оперативного вмешательства. Осложнения раннего послеоперационного периода представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Осложнения раннего и ближайшего послеоперационного периода

Осложнения	Количество пациентов	
	абс.	%
Хемоз	2	3,63
Абсцесс, флегмона	0	0
Нарушение подвижности глазного яблока	4	7,27
Транзиторный экзофтальм	3	5,45
Усиление диплопии	4	7,27
Потеря зрения	0	0
Транзиторное снижение остроты зрения	4	7,27

Нами не отмечено осложнений после использования трансконъюнктивального доступа с латеральной кантотомией, а именно: лимфостаз нижнего века, отставание нижнего века от глазного яблока и слезотечения [2]. Вышеперечисленные осложнения отмечались при субциллиарном доступе. У 2 (3,63%) пациентов сохранялся хемоз в течение 2–3 недель, что было обусловлено длительностью операции, в связи с наличием обширного повреждения нижней стенки орбиты и хронического полипозного верхнечелюстного синусита (рис. 1, 2, 3).



Рис. 1. Пациент В. Сохраняется выраженный хемоз после реконструкции нижней стенки правой глазницы (10 сутки).

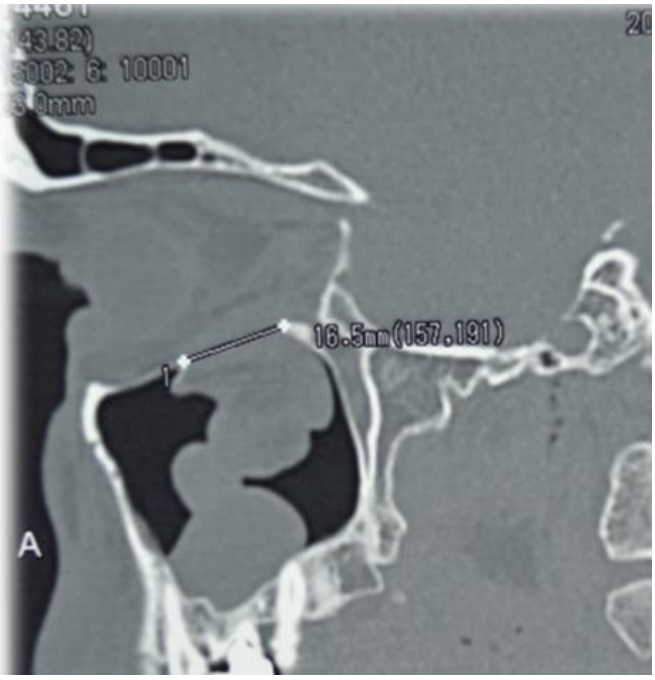


Рис. 2. Пациент В. КТ (сагитальный срез). Перелом нижней стенки правой орбиты, хронический верхнечелюстной синусит (до операции).

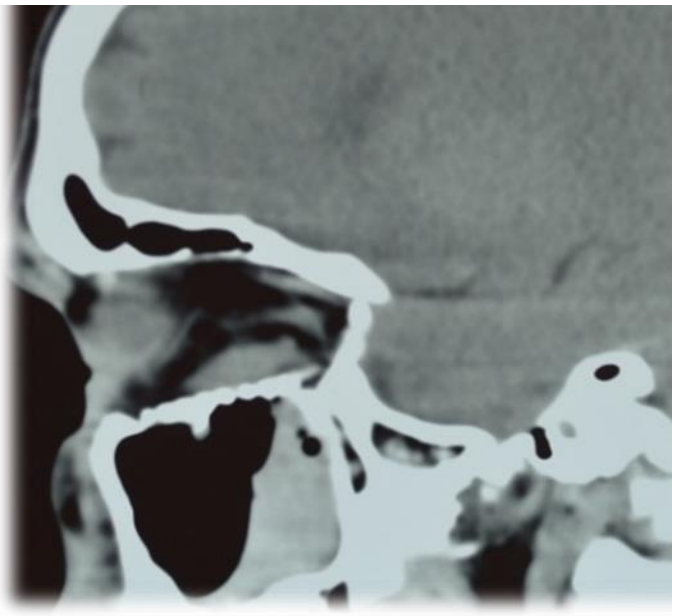


Рис. 3. Пациент В. КТ (сагитальный срез). Состояние после реконструкции нижней стенки правой орбиты титановой мини-пластиной и санации верхнечелюстного синуса.

Благодаря отработанной технике операции по реконструкции нижней стенки орбиты и современной адекватной послеоперационной медикаментозной терапии у наших пациентов не наблюдалось наиболее

грозное осложнение первых часов и суток после операции – ретробульбарная гематома, приводящее к сдавлению зрительного нерва и потере зрения.

Через 1 месяц после операции диплопия сохранялась у 4 (7,27%) пациентов. Восстановление бинокулярного зрения у них длилось до 2–3 мес., что было связано с характером травмы глазного яблока и сроками хирургического лечения, что не противоречит литературным данным [3, 9]. Снижение остроты зрения у 4 (7,27%) пациентов сохранялось до 4 месяцев, что обусловлено характером травмы глаза, возрастом и наличием офтальмологического заболевания. Восстановление подвижности глазного яблока проходило в более длительные сроки от 2–6 мес. Назначение комплекса ЛФК для глазодвигательных мышц способствовало восстановлению функции мышц. Все ранние осложнения были транзиторными и купировались в течение 1–3 месяцев после операции.

Отдаленные осложнения представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Отдаленные осложнения

Осложнения	Количество пациентов	
	абс.	%
Смещение имплантата	2	3,64
Гиперкоррекция по вертикали	1	1,82
Энофтальм	2	3,64
Потеря зрения	0	0

При анализе отдаленных результатов лечения нами не отмечено воспалительных изменений вокруг имплантатов, а также потери зрения. Гиперофтальм был отмечен у 1 (1,82% случаев), причем у пациента с посттравматической деформацией орбиты оперированного спустя 4 мес. после травмы. Во время операции у этого больного проводилась умеренная гиперкоррекция по вертикали с целью стабилизации положения глазного яблока в отдаленном периоде. Нормализация положения глаза по вертикали у этого пациента произошла через 2,5–3 мес. [3, 7].

Смещение имплантата в полость верхнечелюстного синуса нами отмечено в 1 (1,82%) случае. Пациент был оперирован в 2012 году по поводу перелома скулоорбитального комплекса и нижней стенки глазницы через 3 недели после травмы. Нами выявлено смещение полимерного имплантата «Реперен» спустя 6 мес. после операции. Данное осложнение было обусловлено наличием обширного мелкооскольчатого перелома нижней стенки орбиты, рубцовыми изменениями орбитальной клетчатки и нижней прямой мышцы, смещением имплантата вследствие рубцевания в верхнечелюстную пазуху. Пациенту потребовалось повторное хирургическое вмешательство в связи с развитием прогрессирующей диплопии и энофтальма (рис. 4, 5, 6).



Рис. 4. Пациент Л. Деформация левой орбиты. Состояние через 6 мес. после реконструкции нижней стенки левой орбиты. Выраженный гипо- и энофтальм.

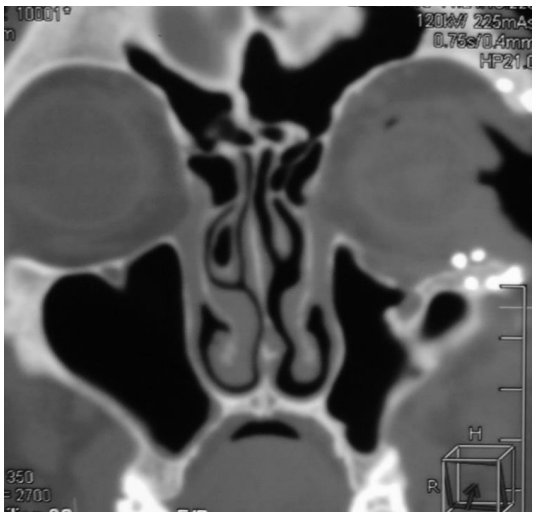


Рис. 5. Пациент Л. КТ (фронтальный срез). Состояние через 6 мес. после реконструкции нижней стенки левой орбиты полимерным имплантатом «Реперен».



Рис. 6. Пациент Л. КТ (сагитальный срез). Состояние через 6 мес. после реконструкции нижней стенки левой орбиты полимерным имплантатом «Реперен».

Повторная операция, выполненная с применением титанового анатомического эндопротеза «Синтез», позволила получить хороший эстетический и функциональный результат (рис. 7, 8).



Рис. 7. Пациент Л. После повторной операции. Устранен гипо- и энофтальм.



Рис. 8. Пациент Л. КТ (сагитальный срез) после повторной реконструкции нижней стенки правой орбиты.

Анализируя вышеуказанное осложнение, мы обнаружили погрешности в планировании операции: не рассчитан размер дефекта нижней стенки глазницы, а также, выбран полимерный имплантант «Реперен», который не может обеспечить достаточную жесткость опоры в дистальной зоне.

В 1 (1,82%) случаях, отмечен энофтальм (1,5–2 мм) в отдаленном периоде, что не причиняло пациенту дискомфорта и данная аксиальная дистопия глаза не является показанием к повторной хирургическому вмешательству [3, 4, 6, 7].

Смещения имплантатов в сторону нижнеглазничного края и нижнего века нами не отмечено, так как все используемые нами (полимерные и металлические конструкции) фиксировались микровинтами к подлежащей кости.

Нами выявлено у 1 пациента смещение дистального пелота металлической пластины «Синтез» и повреждение нижней прямой мышцы глаза. Данное осложнение диагностировано после операции, спустя 2 мес. В связи с отсутствием полноценного восстановления движений глазного яблока, сохраняющегося гиперофтальма до 1,5 мм по вертикали и периодических болей при движении глаза в ретробульбарной области. При офтальмологическом обследовании снижения остроты зрения не отмечено, но выявлена бледность диска зрительного нерва. Для уточнения причины этого состояния выполнена КТ орбит, где и обнаружено атипичное положение дистального пелота титановой пластины с ущемлением нижней прямой мышцы и близким контактом края пластины с оболочкой зрительного нерва в ретробульбарной зоне. Вышеизложенный случай смещения орбитального имплантанта единственный в нашей практике за 7 лет хирургического лечения пациентов с травмой орбиты. Анализируя полученный результат нами отмечены некоторые дефекты планирования хирургического лечения и выполнения операции. До операции пациентке было выполнено КТ в трех проекциях с расчетами параметров травмированной и здоровой орбиты, отмечена не типичная глубина орбиты (3,14–3,26 см), пролапс орбитальной клетчатки в верхнечелюстную пазуху составил – 6,31 мм, энофтальм – 2,65 мм (рис. 9, 10).

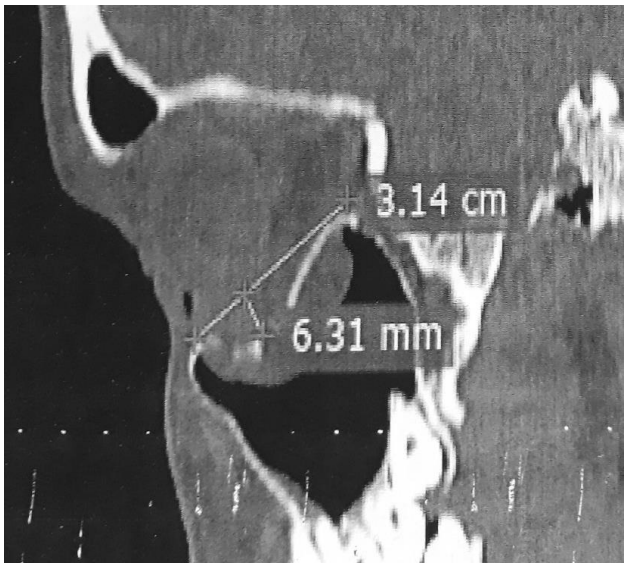


Рис. 9. Пациентка О. КТ (сагитальный срез) до операции.

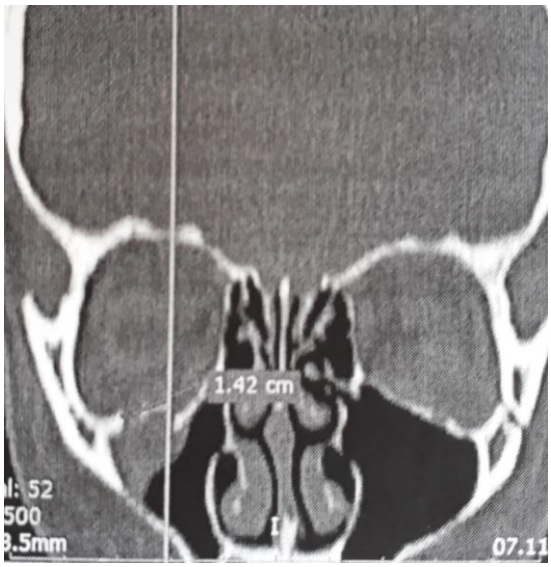


Рис. 10. Пациентка О. КТ (фронтальный срез) до операции.

Планируя операцию, мы выбрали титановую пластину «Синтез», так как имелось обширное повреждение всех отделов нижней стенки орбиты. В связи с индивидуально «малой глубиной» орбиты (3,14 см), в отличии от нормы 4,0–4,5 см нам пришлось уменьшить и укоротить титановый имплантат в дистальном отделе [7]. Для устранения энофтальма путем создания выпуклости задней части дна орбиты и хорошего упора на орбитальном возвышении дополнительно пелот имплантата был не значительно изогнут. Тщательная фиксация титановыми микровинтами металлической пластины по нижнеглазничному краю дополнительно привела к смещению дистального пелота. Данное обстоятельство и привело к смещению нижней прямой мышцы между пелотами имплантата и близкому прилеганию эндопротеза к зрительному нерву (рис. 11, 12). Следовательно, планируя операции на «малых» орбитах необходимо тщательно подбирать имплантаты и материал для реконструкции нижней стенки, по нашему мнению, индивидуальные эндопротезы дна орбиты являются методом выбора у таких пациентов.

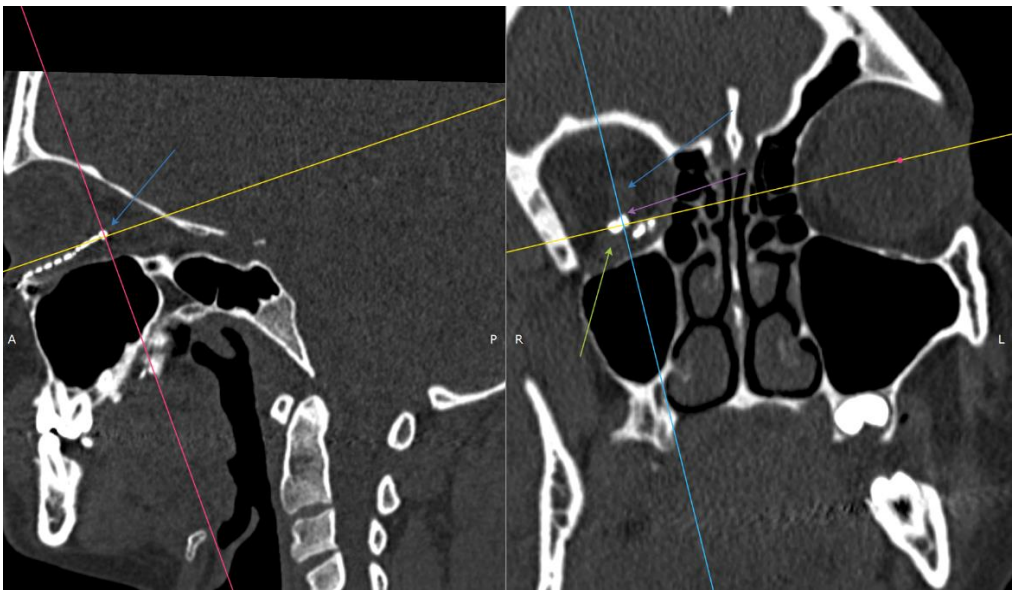


Рис. 11. Пациентка О. КТ (сагитальный и фронтальный срезы) через 2 мес. операции.

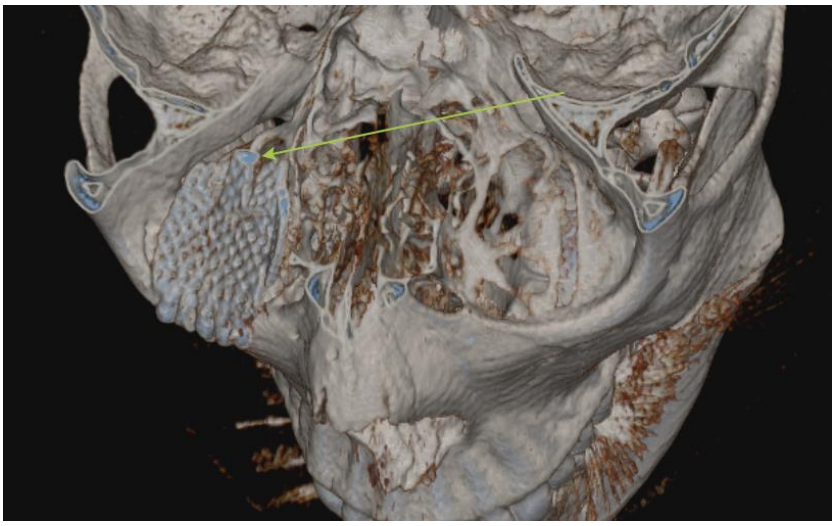


Рис.12. Пациентка О. КТ (трехмерная реконструкция) через 2 мес. операции.

При анализе результатов хирургического лечения 55 пациентов с переломом нижней стенки глазницы и отдаленных осложнений (смещения имплантата и энофтальм) мы пришли к выводу, что использование полимерных имплантатов «Реперен» возможно только при наличии перелома нижней стенки глазницы в передней и средней части. В случаях обширных разрушений дна глазницы и переломах ее среднего и дистального отдела целесообразно применение титановых металлоконструкций.

Заключение. Таким образом, проводя анализ хирургического лечения пациентов с переломом нижней стенки орбиты нами отмечено, что ранние осложнения послеоперационного периода у всех пациентов были транзиторными, после соответствующего лечения и реабилитации (спустя 3 месяца) купировались. Послеоперационный энофтальм и смещение имплантата являются самыми не желательными осложнениями отдаленного периода и требуют повторной операции.

Наш опыт позволяет утверждать, что избежать тяжелых ранних и поздних осложнений при лечении перелома нижней стенки глазницы можно даже если в больнице нет компьютерных технологий для операционной навигации и изготовления индивидуальных эндопротезов дна орбиты. Только при условии хорошей подготовки врача и тщательного планирования операции, а именно, детальной оценки КТ орбит совместно с рентгенологом (расчет анатомо-топометрических показателей глазницы) и правильного выбора методики операции и имплантата можно получить хороший эстетический и функциональный результат.

Список литературы:

1. Бакушев А.П. Сиволапов К.А. Хирургическое лечение пациентов с изолированными переломами стенок глазницы. Офтальмология. 2015; 12 (3): 48–52.
2. Бельченко В.А., Рыбальченко Г.Н., Баранюк И.С. Клинико-анатомическое обоснование использования трансантрального оперативного доступа при переломах нижней стенки глазницы. Часть I. Стоматология. 2014; 2: 27-30.
3. Груша О.В., Груша Я.О. 500 пластик орбиты: анализ осложнений. Вестник офтальмологии. 2006; 1: 22-24.
4. Еолчиян С.А., Катаев М.Г., Карнаухова А.В. Устранение функциональных и эстетических нарушений при хирургическом лечении посттравматических дефектов и деформаций орбиты и периорбитальной области. Эстетическая медицина. 2012; Т. 11; 4: 3-14.
5. Медведев Ю.А., Петрук П.С., Шаманаева Л.С., Волкова В.А., Давидов А.Р. Применение катетера Фолея при проведении реконструктивно-восстановительных операций на средней зоне лицевого черепа. Стоматология. 2016;3:31-37.

6. Митрошенков П.Н. Сравнительная оценка эффективности пластики тотальных и субтотальных дефектов верхней и средней зон лица с использованием перфорированных экранов из титана и костных аутотрансплантатов. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2007; 4: 32-45.

7. Николаенко В.П., Астахов Ю.С Орбитальные переломы. Руководство для врачей. СПб.: Эко-вектор: 2012. 436 с.

8. Патент на изобретение № 2476161 от 27.02.2013 г. Дурново Е.А., Хомутинникова Н.Е., Цыбусов С.Н., Мишина Н.В., Высельцева Ю.В., Бореков С.А. Способ лечения переломов скулоорбитального комплекса и дна орбиты. Ссылка активна на 10.05.2018 patent-2476161.pdf.

9. Clauser L., Galie M., Pagliaro F., Tieghi R. Posttraumatic enophthalmos: etiology, principles of reconstruction, and correction. J. Craniofac. Surg. 2008; 19 (2):351‑359.

10. Scolozzi, P. Reconstruction of severe medial orbital wall fractures using titanium mesh plates placed using transcaruncular-transconjunctival approach: A successful combination of 2 techniques. J. Oral Maxillofac. Surg. 2011; Vol. 69; 5: 1415-1420.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ

Хомутинникова Н.Е., Алимова З.А., Матросов В.И., Ведяшов А.М.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород

Количество пострадавших с повреждениями скулоорбитальной области в последние годы увеличилось и составляет от 20% до 37,5% от всех повреждений костей лица по данным разных авторов [2, 7, 12]. При переломах скуловой кости в 39% случаев имеется повреждение нижней стенки орбиты, в 6,6% случаев переломы сочетаются с повреждением глазного яблока, вспомогательного аппарата глаза (в 25,5%) и мягких тканей лица в 72,2% [1, 5, 7, 13]. Травматические повреждения скуло-орбитального комплекса и стенок глазницы характеризуются смещением костных

фрагментов, формированием мелкооскольчатых переломов нижней стенки орбиты, приводящих к деформации глазницы, пролапсу её содержимого, включая глазное яблоко, в верхнечелюстную пазуху, приводящее к ущемлению нижней прямой и нижней косой мышц глаза и развитию ограничения подвижности глаза, диплопии, развитию гипо- и энофтальма [2, 4, 5].

В настоящее время имеется ряд спорных вопросов по лечению пациентов, связанных с отсутствием единого подхода к лечению травматических переломов нижней стенки глазницы и к применению того или иного способа пластики дна орбиты. Существует множество различных современных ауто- и аллогенных трансплантатов и имплантантов для реконструкции глазницы. Каждый из них имеет преимущества и недостатки, которые описаны в литературе [3, 4, 6, 9, 10, 12]. Отсутствие единого алгоритма лечения и реабилитации больных с травматическими переломами нижней стенки глазницы, который отвечал бы оптимальным условиям функционирования глазного яблока, привело нас к разработке нового способа лечения и новых полимерных имплантантов.

Целью работы являлась разработка и внедрение нового способа хирургической реабилитации пациентов с переломами нижней стенки глазницы.

Материал и методы. Нами проведено обследование и хирургическое лечение 65 пострадавших с переломами скулоорбитального комплекса, находившихся на лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии Нижнего Новгорода (ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко и КБ № 3 ПОМЦ ФМБА России) за период с 2013–2017 г. Средний возраст пациентов составил 34,6 года (от 20 до 60 лет), из них – 52 мужчины (80%) и 13 женщин (20%). Причинами травмы средней зоны лица в 37 (56,9%) случаях было ДТП, в 28 (43,1%) случаях – бытовая травма. Переломы стенок глазницы, которые требовали реконструктивно-восстановительного лечения, были диагностированы у 28 (43,1%) больных, из них изолированные повреждения

нижней стенки орбиты (blow-out) отмечены у 3 (10,7%) пациентов. У всех пациентов в предоперационном периоде выявлено: деформация орбиты, гипофтальм, глазодвигательные расстройства в виде ограничения подвижности глазных яблок у 43 (66,1%) пациентов и диплопии различного характера.

При поступлении всем больным выполнялось классическое комплексное обследование, включая офтальмологический осмотр, обязательно выполнялась спиральная компьютерная томография в трех проекциях (фронтальной, сагитальной и аксиальной) (рис. 1, 2, 3).

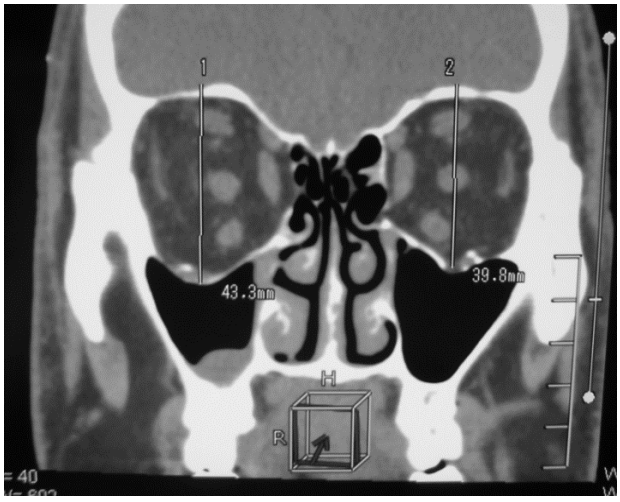


Рис. 1. КТ пациента К. до операции (фронтальная проекция).



Рис. 2. КТ пациента К. до операции (аксиальная проекция).

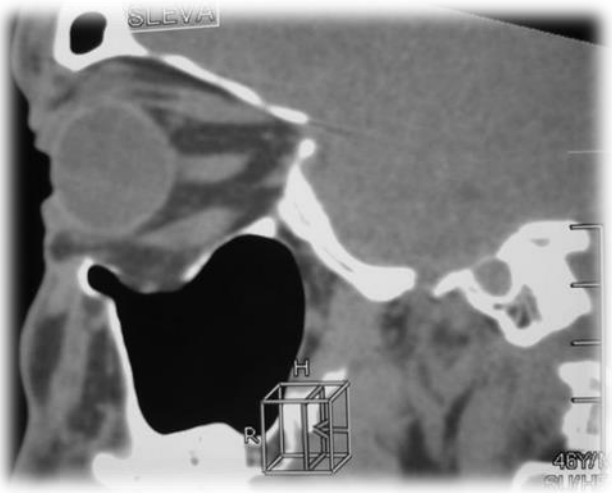


Рис. 3. КТ пациента К. до операции (сагитальная проекция).

Проведенное обследование позволило: уточнить локализацию повреждения, оценить состояние глазодвигательных мышц и зрительного нерва, положение глазного яблока, обнаружить пролапс орбитальной клетчатки и уточнить размер дефекта нижней стенки орбиты, что является особенно важным для выбора эндопротеза орбиты и планирования оперативного вмешательства. Фотодокументирование являлось обязательным до и после хирургического лечения, для оценки состояния деформации и характера движения глазного яблока (рис. 4, 5).

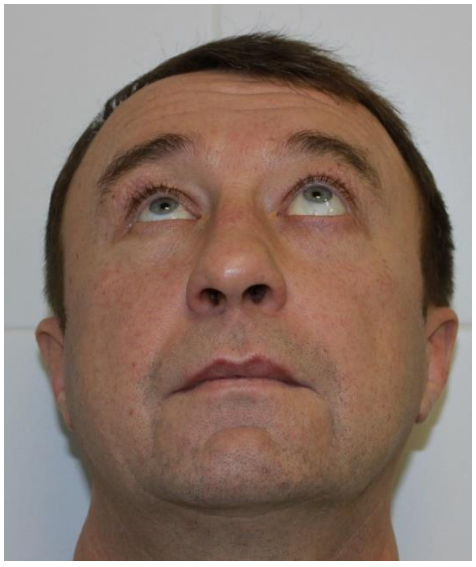


Рис. 4. Больной К. до операции. Гипо- и энофтальм правого глаза.



Рис. 5. Больной К. после операции (7-е сутки).

Всем пациентам выполнялось оперативное вмешательство под общим обезболиванием, выполнялся остеосинтез скуловой кости и пластика нижней стенки орбиты по разработанной нами методике [8]. Проводился классический остеосинтез по линиям перелома скуловой кости. Для репозиции и фиксации перелома по нижнему краю глазницы нами выполнялся трансконъюнктивальный разрез с латеральной кантотомией, обнажалась линия перелома. Следующим наиболее важным этапом операции являлось осторожное поднятие глазного яблока и ревизия нижней стенки глазницы в сторону ее вершины, освобождение нижней прямой мышцы и устранение пролапса орбитальной клетчатки путем закрытия дефекта кости

эндопротезом, изготовленным НПП «Репер НН» г. Нижний Новгород [10]. Синтетический имплантант «Реперен» укладывался на костные отломки нижней стенки орбиты (рис. 6, 7). Перед использованием имплантат нагревали до необходимой температуры (60–80°С) для его моделирования. Благодаря своему строению имплантат оптимально изменял объем орбиты, перекрывал дефект кости и изолировал от верхнечелюстной пазухи, надежно удерживал глаз в правильном положении, легко фиксировался к кости микровинтами. Послойное ушивание раны завершало операцию.

В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась стандартная системная терапия (антибиотики, кортикостероиды, ангиопротекторы) и местное лечение в виде инстилляций глазных капель (тобрекс 0,3% 4 раза в день 2 недели, дексаметазон 0,1% 4 раза в день 2 недели).

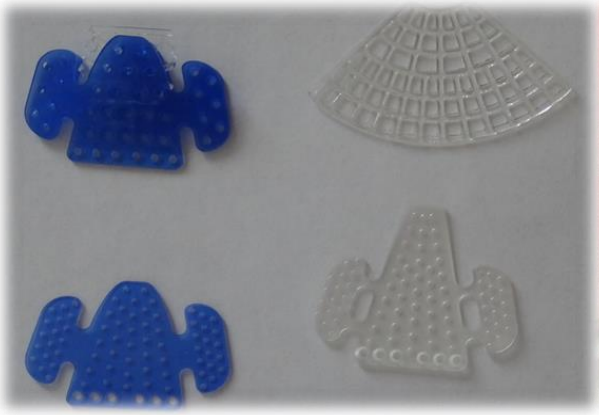


Рис. 6. Полимерные имплантанты «Реперен».

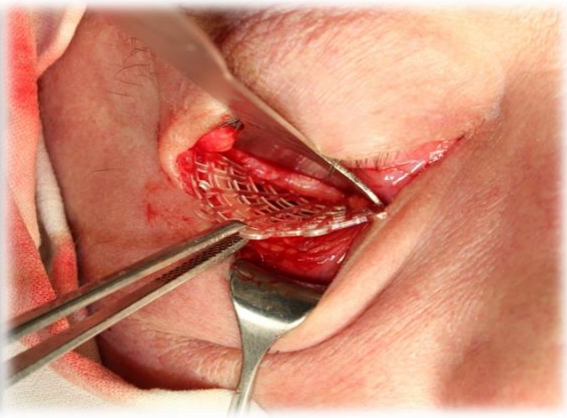


Рис. 7. Этап лечения больного К. с переломом нижней стенки глазницы.

Результаты и обсуждение. Проведенные ранее клинико-экспериментальные исследования позволили нам разработать способ лечения переломов скулоорбитального комплекса и нижней стенки орбиты. Первым этапом исследования совместно с НПП «Репер НН» Нижний Новгород была разработка различных типов и видов имплантантов для эндопротезирования нижней стенки орбиты. Имплантат «Реперен» выполнен из пространственно-сшитого полимера. Затем вторым этапом проведена экспериментальная

работа на животных. Разрабатывалась методика операции, и оценивалось влияние полимерного имплантата на окружающие ткани. Исследования в эксперименте позволили еще раз доказать биостабильность и биосовместимость эндопротезов «Реперен», хорошее прорастание соединительной тканью, без создания капсулы, отсутствие воспалительных реакций на имплантант [10]. В связи с этим, способ пластики нижней стенки орбиты с применением имплантантов «Реперен» представляет конкурентное направление в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. Преимуществами предложенного метода являются: косметический доступ, одноэтапность и высокотехнологичность метода. Сетчатая структура пластины позволяет не мешать регенерации тканей, имплантант хорошо прорастает соединительной тканью и способствует профилактике вторичного энофтальма.

Разработанный нами способ лечения обусловил отсутствие послеоперационных осложнений, связанных с инфицированием и нагноением имплантата, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде. Наблюдение больных проводилось в сроки 1–3, 6 месяцев (ближайший срок наблюдения) и отдаленный срок наблюдения от 6 месяцев до 2 лет. Через 14 дней после операции у 3 (10,7%) пациентов сохранялась диплопия при крайних отведениях взора, которая исчезла через 2–3 месяца на фоне комплексной терапии и не являлась «клинически значимой». Относительно длительное восстановление бинокулярного зрения у данной группы больных было связано с характером травмы глазницы. Одному пациенту спустя 6 месяцев после операции требовалась повторная операция в связи развитием прогрессирующей диплопии и энофтальма. Данное осложнение было обусловлено наличием обширного мелкооскольчатого перелома нижней стенки орбиты и выраженными рубцовыми изменениями орбитальной клетчатки и нижней прямой мышцы. Выполнение повторной операции, направленной на восстановление контуров нижней стенки глазницы и ее

объема позволило получить хороший эстетический и функциональный результат.

Заключение. Разработка способа хирургического лечения пациентов с переломами нижней стенки глазницы с применением полимерных имплантантов «Реперен» позволили достичь хорошего эстетического и функционального результата, снизить процент послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы:

9. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Кашников В.В. Травмы глаза – М.: ГЕОТАР-Медиа, – 2009. с. 560.
10. Дроздова Е.А., Бухарина Е.С., Сироткина И.А. Эпидемиология, классификация, клиника и диагностика переломов орбиты при тупой травме глаза (обзор литературы) // Практическая медицина. – 2012. Т. 2. № 4 (59). С. 162-167.
11. Калашникова Е.Н. Лечение застарелых переломов, деформаций и дефектов латерального отдела средней зоны лица: автореф. дис. …канд. мед. наук. – Омск, 2008. С. 4-21.
12. Караян А.С., Кудинова Е.С. Одномоментная коррекция нососкулоглазничного комплекса с использованием свободных костных и хрящевых аутотрансплантантов // Третий Междунар. Конгресс по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. М., – 2002. С. 63-64.
13. Катаев М.Г., Еолчиян С.А., Тишкова А.П. Диагностика и тактика лечения при переломах орбиты // Вестник офтальмологии. – 2006. № 1. С. 26-32.
14. Медведев Ю.А., Гюнтер В.Е., Шаманаева Л.С. Реконструкция стенок глазницы при травмах и деформациях. Материалы национального конгресса ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ. – М.: ООО «Бионика Медиа», – 2012. С. 138.
15. Николаенко В.П., Астахов Ю.С. Орбитальные переломы (руководство для врачей). – СПб.: Эко-Вектор, – 2012. – 436 с.
16. Патент на изобретение № 2476161 от 27.02.2013 г. Дурново Е.А., Хомутинникова Н.Е., Цыбусов С.Н., Мишина Н.В., Высельцева Ю.В., Бореков С.А. Способ лечения переломов скулоорбитального комплекса и дна орбиты. Ссылка активна на 10.05.2018 patent-2476161.pdf.

17. Сандоваль Х.М., Гунько В.И. Оптимизация алгоритма медицинской реабилитации больных с переломами скуло-орбитального комплекса // Вопросы челюстно-лицевой, пластической хирургии, имплантологии и клинической стоматологии. М., – 2011. № 1-2. С. 35-42.

18. Треушников В.М. Принципы управления химическими процессами в биологических системах // Визит к офтальмологу. – Нижний Новгород, 2008. № 11. С. 21-74.

19. Guillon M., Maissa C., Ho C. Evaluation of the effects on conjunctival tissues of Optive eyedrops over one month usage // Contact Lens @ Anterior Eye. – 2010. № 33. P. 93-99.

20. Josef J.M., Glavas I.P. Orbital fractures: a review // Clinical ophthalmology. – 2011. V. 5. P. 95-100.

21. Nagase D.Y., Courtemanche D.J., Peters D.A. Facial fractures – association with ocular injuries: 13-year review of one practice in a tertiary care centre // Can. J. Plast. Surgery. – 2006. V. 14. № 3. P. 167-171.

РАЗДЕЛ IV. ОРТОПЕДИЯ И ОРТОДОНТИЯ

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ НЕСРАЩЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В ГОРОДЕ КИРОВЕ И КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.м.н., профессор Гажва С.И., к.м.н. Волкоморова Т.В., Румянцева А.А.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, кафедра стоматологии ФДПО,
г. Нижний Новгород

Наиболее часто среди врожденных пороков развития человека встречается врожденная патология челюстно-лицевой области, а именно врожденная расщелина верхней губы и неба, сосудистые новообразования, врожденные синдромы развития.

В Кирове и Кировской области частота врожденной расщелины верхней губы и неба составляет 0,92 случая на 1000 новорожденных с тенденцией к увеличению.

В этиологическом аспекте врожденный порок развития лица относится к группе мультифакториальной патологии, в которой имеют значение эндогенные, экзогенные, а также генетически обусловленные факторы.

Сложные анатомические и функциональные нарушения деятельности органов и систем ребенка приводят к социальной дезадаптации и инвалидности. Правильная организация этапов раннего комплексного лечения обеспечивает полноценную медико-социальную реабилитацию детей с врожденной патологией лица.

Кировский областной центр диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области был организован на базе отделения челюстно-лицевой хирургии Кировской областной больницы в 1972 г. В центре предусмотрено поэтапное консультирование, лечение,

диспансеризация и реабилитация детей с пороками развития лица и челюстей до 18 лет.

Цель работы центра врожденной патологии: снижение инвалидизации детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области путем своевременной медицинской коррекции и реабилитации.

В составе центра работают челюстно-лицевые хирурги, педиатры, ортодонты, логопеды, ЛОР-врачи, анестезиологи, психоневрологи, логопеды, медицинские генетики, стоматологи терапевты, зубные техники.

Основными базами являются: КОГБУЗ ККСП Детская стоматологическая поликлиника (комплексный консультативный прием) и КОГБУЗ Кировская областная клиническая больница, отделение челюстно-лицевой хирургии (стационар на 10 коек).

В отделении челюстно-лицевой хирургии областной больницы в полном объеме выполняются первичные и реконструктивные операции по коррекции врожденных аномалий развития лица и челюстей. Ежегодно выполняется 120–150 операций пациентам с данной патологией.

Основным принципом работы является ранняя обращаемость ребенка и раннее активное начало всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Каждому ребенку составляется индивидуальный план комплексного лечения с учетом возраста, тяжести врожденной и сопутствующей патологии.

При первом обращении ребенка в центр врожденной патологии оформляется первичная медицинская документация. Данные обследования заносятся в информационно-компьютерную базу данных для мониторинга качества реабилитации детей с врожденной патологией.

В центре врожденной патологии челюстно-лицевой области проводится:

– раннее выявление патологии челюстно-лицевой области;

– выработка алгоритмов комплексного лечения;

– совершенствование методов хирургического лечения, внедрение новых видов оперативных вмешательств;

– изменение подходов к возрастным срокам лечения, приоритет раннего хирургического лечения, внедрение системы ранней реабилитации, стационара «одного дня»;

– совершенствование ортопедической, ортодонтической, логопедической помощи детям, повышение уровня их социальной адаптации;

– разработка и внедрение новых видов ортодонтических аппаратов на максимально ранних сроках лечения;

– диагностика и лечение сопутствующей патологии;

– диспансерный учет пациентов с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области;

– проведение эпидемиологического анализа.

Таблица 1.

Структура организационно-консультативных и лечебных мероприятий, проводимых в условиях Кировского областного центра диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области

Возраст	Характер организационных мероприятий	Характер консультативной и лечебной помощи
Новорожденные (0 – 1 месяц).	Первичный осмотр и постановка на учет в областной центр диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области.	1. Раннее ортодонтическое лечение. 2.Консультация и лечение у педиатра-неонатолога и других специалистов. 3.Социально-гигиеническое исследование качества жизни новорожденного в семье. 4.Направление на медико-генетическую консультацию. 5. Психологическая

		поддержка семьи. 6.Заключение специалистов центра для оформления инвалидности.
Грудные (до 1 года).	Первичный осмотр и постановка на учет в областной центр диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области.	1.Ортодонтиическое лечение. 2.Первичная хейло- или хейлоринопластика (с 2 месяцев). 3. Велопластика (с 4 месяцев или одновременно с хейлопластикой). 4. Психологическая поддержка семьи, работа с психоневрологом. 5.Заключение специалистов центра для оформления инвалидности.
Дошкольники (3 – 6 лет).	Консультация в областном центре диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области.	1.Уранопластика по показаниям. 2.Ортодонтическое лечение. 3.Консультация у логопеда, логопедическое обучение. 4.Реконструктивная хейлоринопластика или коррекция верхней челюсти.
Школьники (6 – 14 лет).	Консультация в областном центре диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области.	1.Ринохейлопластика. 2. Пластика дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти, пластика носоглотки. 3.Ортодонтическое и ортопедическое лечение. 4.Комплексная помощь специалистов центра. 5.Логопедическое

		обучение. 6.Заключение специалистов центра для оформления инвалидности.
Школьники и учащиеся (15–17 лет).	Консультация в областном центре диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Снятие с учета.	1.Ринохейлопластика. 2.Ортодонтическое и ортопедическое лечение. 3. Консультация с хирургом-гнатологом, хирургическая реконструкция прикуса. 3.Комплексная помощь специалистов центра.

Врачебная тактика, принятая в Кировском областном центре диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области предусматривает раннюю медико-социальную реабилитацию больных и завершение лечения до поступления детей в школу.

План ортодонтической помощи пациентам центра врожденной патологии челюстно-лицевой области

С целью предотвратить процесс увеличения размеров врожденного дефекта, прогрессирования вторичных деформаций челюстных костей, нормализации условий вскармливания, социальной адаптации, создания необходимого оптимума для пластики губы и неба в первые 2–3 дня жизни ребенка организована ортодонтическая помощь по принципу неотложной.

Таблица 2.

Поэтапное ортодонтическое лечение детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба

1 этап Родильный дом	2 этап Детская стома-тологическая поликлиника, ортодонтическое отделение	3 этап Стационар	4 этап Постгоспиталь ный период

Изготовление и наложение ортодонтического аппарата (обтураторы, функционально формирующие съемные ортодонтические пластиночные аппараты)	Получение слепков и изготовление индивидуального ортодонтического съемного пластиночного аппарата до операции по мере роста ребенка.	Изготовление защитных пластиночных ортодонтических аппаратов с целью формирования свода неба после уранопластики (по показаниям).	Лечение съемной и несъемной ортодонтической аппаратурой, профилактика зубочелюстных деформаций. Ортогнатическая хирургия (по оказаниям)

Основной принцип хирургического лечения – раннее восстановление анатомической формы и создание условий для нормального приема пищи, дыхания и речи. Вместо традиционных сроков хирургического лечения (уранопластика – не ранеее 6 лет) в последние годы благодаря успехам ортодонтического лечения и развитию анестезиологической службы стало возможным проведение операций в более ранние сроки. Так, при частичной расщелине неба оперативное вмешательство в 1–3 года показало хорошие результаты. При сквозной расщелине верхней губы и неба – эффективно 2-х этапное лечение: велопластика – с 4 месяцев, уранопластика – 2–5 лет.

Раннее хирургическое лечение способствует раннему восстановлению речи, улучшению состояния ЛОР-органов в плане их раннего оздоровления.

Благодаря работе педиатров центра выявлен целый ряд сопутствующей патологии. Ими проводится отработка тактики кормления, сбалансированности питания и подготовка ребенка к хирургическому этапу лечения.

Психоневролог осматривает детей с расщелиной губы и неба для своевременного определения сопутствующих врожденных пороков развития ЦНС и следит за степенью умственного развития ребенка.

Особенностью работы логопеда является обязательное обучение логопедическим навыкам и речи, проводимое до операции и в ранней

возрастной группе. Предварительное обучение значительно облегчает и ускоряет восстановление нормальной речи после операции.

Недуг ребенка становится для семьи первоочередной проблемой, которую самостоятельно ни одна семья решить не может.

Проведенные исследования показывают, что в течение 6 месяцев после рождения ребенка с пороком – 78% семей находятся в состоянии депрессии, 12% – в состоянии психо-эмоционального стресса.

Приоритетна роль семьи в лечении и реабилитации ребенка, но семья нуждается в помощи и со стороны врачей, и со стороны государства и общества.

Раннее обращение в специализированный центр помогает решить многие проблемы, способствует лучшему результату лечения.

В настоящее время появились семьи, в которых диагноз врожденный порок развития челюстно-лицевой области у их будущих детей был поставлен внутриутробно. Диагностика порока возможна на 20–24 неделе эмбрионального развития по данным УЗИ. В таком случае проводят консультации по телефону и при встрече с родителями. Ранее обращение и своевременно начатое лечение позволяет повысить качество медико-социальной реабилитации детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области.

Список литературы:

1. Лалетин А.А., Лалетин А.И., Куковякин С.А., Никольский В.Ю. Клинико-эпидемиологическая характеристика врожденных расщелин верхней губы и неба у новорожденных на территории Кировской области в 2002–2012 гг., КГМА, 2015.

2. Андрианова Ю.В., Чуйкин С.В. Факторы риска в возникновении расщелин неба. Всероссийский форум. Тезисы докладов. Уфа, 2005.

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА НА РАННЕМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Д.м.н., профессор Данилова М.А., Александрова Л.И.

ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России,

г. Пермь

Введение. Основываясь на том, что врожденные расщелины губы и нёба (ВРГН) в антенатальной патологии по частоте стоят на втором месте среди других врождённых пороков человека и оказывают большое влияние на формирование зубочелюстной системы ребёнка, а также на качество жизни детей и их семей, вопросы терапии детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области (ЧЛО) актуальны на сегодняшний день и требуют всестороннего изучения [1].

Цели исследования. Проанализировать структуру врожденной патологии ЧЛО в городе Перми, основные этапы и сроки предоперационного лечения детей с врождённой расщелиной губы и нёба.

Задачи исследования.

1) представить структуру ВРГН у пациентов, находящихся на лечении в специализированном реабилитационно-стоматологическом центре врожденной и приобретенной патологии ЧЛО у детей им. Т.В. Шаровой.

2) провести анализ этапов и сроков лечения детей с врождённой патологией ЧЛО в городе Перми.

Материалы и методы. Нами был проведён анализ 737 историй болезни детей, находящихся на лечении в специализированном реабилитационно-стоматологическом центре врожденной и приобретенной патологии ЧЛО у детей им. Т.В. Шаровой. Статистическая обработка клинического материала проводились с использованием прикладных программ Microsoft Excel 2010 и SPSS Statistics 17.0. Проведён анализ

распределения детей с врожденной расщелиной губы и неба по полу и видам патологии, изучены сроки предоперационных этапов лечения данной категории детей.

Результаты исследования. В 1964 году в городе Перми под руководством врача стоматологической клиники В.Д. Долгих был основан центр по лечению детей с врожденной патологией ЧЛО. Позднее, в период с 1976 по 1985 гг., на кафедре детской стоматологии ПГМА профессором Е.Ю. Симановской и доцентом Т.В. Шаровой был разработан метод ранней предоперационной ортопедической терапии детей с ВРГН, защищенный 5 авторскими свидетельствами на изобретения. Метод включает преемственную работу врача ортодонта и хирурга, которые обеспечивают последовательно проводимое лечение, начинающееся в родильном доме и комплексно обеспечивающее реконструкцию верхнечелюстных костей. Таким образом, раннее предоперационное ортопедическое лечение преследует следующие цели: нормализовать процесс выхаживания и вскармливания детей, предупредить возникновение вторичных деформаций [4].

При рождении ребенка с ВРГН из родильного дома в центр врожденной и приобретенной патологии ЧЛО им. Т.В. Шаровой поступает информация о рождении такого ребенка, откуда в родильный дом выезжает специализированная бригада с набором преформированных стандартизированных ортопедических аппаратов, включающих 6 классов аппаратов. Врачи выбирают соответствующий виду расщелины и физиологическим данным ребенка аппарат, а также готовится эластическая давящая повязка в области верхней губы и головная шапочка. Таким образом, на первом этапе лечения решаются следующие задачи: нормализация вскармливания, уменьшение размера расщелины, замыкание альвеолярной дуги и предупреждение вторичных деформаций [5].

Второй этап лечения подразумевает проведение в условиях специализированного хирургического отделения стационара одномоментной хейлоринопластики. Решаются следующие задачи: формирование дна

носового хода, создание правильной анатомической формы верхней губы, перемещение крыльев носа в правильное положение.

Третий этап продолжает ортодонтическое лечение с использованием аппаратов для уменьшения ширины расщелины, создания свода твердого неба и совершенствования работы мышц мягкого неба. Кроме этого, продолжаются занятия по ЛФК, логопедии, производится массаж в области крыльев носа, верхней губы и мышц мягкого неба. Этот этап направлен на реконструкцию верхнечелюстных костей, он подготавливает условия для проведения уранопластики.

На четвертом этапе проводится уранофарингопластика, а также продолжается развитие неба, восстанавливается психическое и физиологическое развития ребенка, совершенствуются функции дыхания, речи.

Заключительный пятый этап подразумевает проведение общеукрепляющего лечения, улучшение речи, жевания, дыхания, глотания, нормализация функций мимических мышц и проведение необходимых корригирующих операций [2].

Нами было изучено 737 историй болезней детей, находящихся на лечении в центре врожденной и приобретенной патологии ЧЛО им. Т.В. Шаровой. Как видно из таблицы 1, наиболее часто встречающимися видами расщелин ЧЛО являются врожденные расщелины неба (ВРН) одно- и двусторонние (43,4%), врожденные расщелины верхней губы и альвеолярного отростка (ВРГ) односторонние (18,5%), врожденные расщелины верхней губы и нёба (ВРГН) односторонние (18,5%), ВРГН двусторонние (12,2%). Немного чаще врожденная патология ЧЛО встречается у мальчиков (53,1%), чем у девочек (46,9%). Количество мальчиков с ВРГ односторонней, ВРГН односторонней и двусторонней преобладает над количеством девочек с аналогичными диагнозами. Однако среди девочек чаще, чем среди мальчиков, встречается врожденная расщелина нёба одно- и двусторонняя.

Таблица 1.
Распределение больных с врожденной патологией ЧЛО по полу и видам патологии

Виды расщелин ЧЛО	Количество больных			
	мальчики	девочки	абс.ч.	в %
Врожденная расщелина верхней губы и альвеолярного отростка односторонняя (Q36.9)	76	61	137	18,5
Врожденная расщелина верхней губы и альвеолярного отростка двусторонняя (Q36.0)	7	6	13	1,8
Врожденная расщелина верхней губы и нёба односторонняя (Q37.5)	89	47	136	18,5
Врожденная расщелина верхней губы и нёба двусторонняя (Q37.4)	56	34	90	12,2
Врожденная расщелина нёба (Q 35.0)	142	178	320	43,4
С-м Пьера-Робена	15	16	31	4,2
Поперечная расщелина лица	6	4	10	1,4
Итого:	391 (53,1%)	346 (46,9%)	737	100

Продолжительность 1 этапа составляет в среднем 8-9 месяцев и зависит от вида расщелины и тяжести общесоматического состояния ребенка. Так, при наличии тяжелых сопутствующих пороков длительность этого этапа увеличивается до 24 месяцев. Третий этап завершает операция уранопластика, которая проводится к 2–4 годам жизни ребенка, но может проводится к 5 годам из-за тяжести общесоматического состояния детей.

Выводы. От качества и результатов лечения детей с врождённой патологией ЧЛО во многом зависит качество их жизни: обучение, выбор профессии, участие в трудовой и общественной деятельности. Методика ранней предоперационной ортопедической терапии детей с врожденной патологией ЧЛО успешно применяется уже в течение 40 лет и позволяет в дошкольном возрасте проводить реабилитацию детей с врожденной патологией ЧЛО, что сокращает сроки лечения и адаптации данных пациентов, приводит к существенной экономии средств, позволяет достигать положительные функциональные и эстетические результаты лечения, что улучшает качество жизни детей [3].

Список литературы:

1. Данилова М.А. Врождённые пороки развития лица и челюстей: Учебное пособие / М.А. Данилова, Г.М. Малинникова. – Пермь: ГОУ ВПО ПГМА Росздрава, 2006. 110 с.
2. Данилова М.А., Поздеева О.В., Александрова Л.И. Сорокалетний опыт комплексного лечения и реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в стоматологической поликлинике ПГМУ // Актуальные вопросы педиатрии. Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Пермь, 2017. С. 55-58.
3. Шарова Т.В. Ранняя ортопедическая терапия детей с врождённой расщелиной губы и нёба: Дис.д-ра мед. наук /Т.В.Шарова; Пермский гос.мед.институт. – Пермь, 1984. 439 с.
4. Шарова Т.В., Рогожников Г.И. Ортопедическая стоматология детского возраста: М.: Медицина, 1991. 288 с.
5. Шарова Т.В., Симановская Е.Ю. Ортопедический способ устранения врожденного дефекта твердого и мягкого неба у детей с одно- и двусторонней расщелиной: Метод, рекомендации. – Пермь, 1983. С. 4-5.

ТИПЫ ПРОФИЛЯ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

К.м.н., доцент Демиденко А.В., Конькова А.М.

ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России,

г. Пермь

Введение. Известно, что гнатические формы зубочелюстных аномалий привносят негативные изменения в архитектонику лицевой композиции. Однако и зубоальвеолярные формы в ряде случаев также могут нарушать эстетику лица [4].

Успешное ортодонтическое лечение подразумевает не только достижение врачебных целей ортодонтической коррекции аномалии в виде

морфофункциональной нормы на уровне зубных рядов и лицевой композиции, но также и удовлетворенность пациентом результатом лечения.

Дистальная окклюзия зубных рядов занимает первое по распространенности место в структурном представительстве аномалий прикуса в популяции [1, 6]. У лиц с завершенным ростом костей лицевого скелета реализуется симптоматический метод лечения дистальной окклюзии зубных рядов. Метод лечения диктуется степенью диспропорции размеров, положения челюстных костей, дистального соотношения зубных дуг, величиной сагиттального несоответствия зубных рядов во фронтальном отделе и наличием сопутствующей стоматологической патологии [2, 5, 6]. Протокол ортодонтической коррекции аномалии помимо таких пунктов как основная механика лечения, продолжительность активного и ретенционного периодов лечения должен содержать данные об изменениях архитектоники лицевой композиции.

Цель исследования. Изучить виды профиля лица и назолабиального комплекса у лиц с дистальной окклюзией зубных рядов, сочетающейся с протрузией резцов верхней челюсти.

Материалы и методы. Проведено открытое клиническое исследование. Обследовано 48 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст 22,5±1,58 лет).

Критерии включения пациентов в исследование: дистальная окклюзия зубных рядов (II класс 1 подкласс по Энглю) I–III степени выраженности при значении угла ANB от 2° до 8° [1, 2], зубные ряды без нарушения непрерывности.

Критерии исключения: скелетная форма дистальной окклюзии зубных рядов (II класс 1 подкласс по Энглю) III степени выраженности при значении угла ANB более 8°, II класс 2 подкласс по Энглю, первичная адентия или вторичное отсутствие зубов, вторичные деформации зубных рядов, морфофункциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава.

Тип профиля оценивали по углу gl-sn-pg, профиль назолабиального комплекса и положение губ – относительно линий pg-sn (по Burston), EN-DT (по Ricketts) на фотографиях лица пациентов в строгий профиль (женщин – 29, мужчин – 19) [3]. Пациенты были разделены на три группы:

– 1-я группа – пациенты с зубоальвеолярной формой дистальной окклюзией зубных рядов (n=18);

– 2-я группа – пациенты с гнатической формой дистальной окклюзии зубных рядов, обусловленной антепозицией верхней челюсти (n=16);

– 3-я группа – пациенты с гнатической формой дистальной окклюзии зубных рядов, обусловленной ретропозицией нижней челюсти (n=14).

Статистический анализ данных проводится с использованием пакета Stata/MP v.13.0 for Windows (StataCorp LP, USA).

Полученные результаты и обсуждение. Результаты исследования представлены в таблице. У лиц с зубоальвеолярными формами дистальной окклюзии зубных рядов в 16 случаях (88,9%) определен прямой тип профиля лица, у 2 пациентов (11,1%) – выпуклый. Назолабиальный комплекс характеризовался нерезко выраженной антепозицией верхней губы относительно линий Burston и Ricketts, а также тенденцией к протрузии нижней губы относительно плоскости sn-pg.

У пациентов с гнатическими формами дистальной окклюзии зубных рядов вне зависимости от патогенетической заинтересованности верхней или нижней челюсти (2-я и 3-я группы наблюдения) во всех случаях диагностировали выпуклый профиль лицевой композиции. Во 2-й и 3-й группе наблюдения положение верхней и нижней губ определено как переднее относительной линий sn-pg и EN-DT. Однако необходимо отметить, что при ретропозиции нижней челюсти наиболее выступающая точка красной каймы нижней губы располагается более мезиально относительно эстетической плоскости Ricketts.

Таблица 1.

Вид профиля и положение губ у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов

Показатель	1-я группа (n=18)	2-я группа (n=16)	3-я группа (n=14)
gl-sn-pg, °	168±3	163±5	157±4
ls–B-line, мм	5,4±0,8	5,8±0,2	6,0±0,5
ll–B-line, мм	4,6±0,5	3,0±0,2	3,3±0,3
UL–E-line, мм	-1,4±0,3	2,5±0,4	2,3±0,1
LL–E-line, мм	-0,8±0,2	2,0±0,3	4,0±0,3

Заключение и выводы. Таким образом у лиц молодого возраста с дистальной окклюзией зубных рядов, сочетающейся с протрузией резцов верхней челюсти, тип профиля лица и положение губ зависит от ведущего механизма патогенеза аномалии. Так при зубоальвеолярных формах определяется гармоничное развитие профиля лиц и нерезко выраженная протрузия верхней губы. При гнатических формах – тип профиля лица выпуклый с выраженной антепозицией обеих губ.

Список литературы:

1. Данилова М.А. Применение геометрических моделей верхней и нижней челюстей, височно-нижнечелюстного сустава для описания изменений челюстного комплекса в норме и при дистальной окклюзии зубных рядов / М.А. Данилова, П.В. Ишмурзин, С.В. Захаров // Ортодонтия. – 2012. №1 (57). С. 15-19.

2. Данилова М.А. Теоретическое обоснование миофункциональной коррекции сагиттальных аномалий окклюзии и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / М.А. Данилова, П.В. Ишмурзин, С.В. Захаров // Стоматология. – 2012. Т. 91. № 3. С. 65-69.

3. Данилова М.А. Диагностика морфологических и функциональных нарушений при зубочелюстно-лицевых аномалиях: учебное пособие / М.А. Данилова, П.В. Ишмурзин. – Пермь, 2014. 140 с.

4. Ишмурзин П.В. Изменение эстетических параметров лица у пациентов с трансверзальными аномалиями окклюзии: автореф. дис. ... канд.

мед. наук: 14.00.21 – стоматология / Ишмурзин Павел Валерьевич. – Пермь, 2005. 19 с.

5. Ишмурзин П.В. Лечение дистальной окклюзии зубных рядов, сочетанной с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / П.В. Ишмурзин, М.А. Данилова // Проблемы стоматологии. – 2012. № 1. С. 70-74.

6. Польма, Л.В. Вероятность изменения параметров мягких тканей лица при лечении дистальной окклюзии с удалением премоляров / Л.В. Польма // Ортодонтия. – 2008. № 1. С. 11-16.

ОЦЕНКА ПАРОДОНТОПАТОГЕННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА ПРИ ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Д.м.н., профессор Жулев Е.Н., к.м.н., доцент Кочубейник А.В., к.м.н., доцент Круглова Н.В., к.м.н., доцент Сергеева А.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Введение. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, около 95% взрослого населения планеты и 80% детей имеют те или иные признаки заболевания тканей пародонта. Впоследствии, это приводит к частичной потере зубов, развитию хронических заболеваний рта, которые значительно ухудшают состояние здоровья и качество жизни человека. Для прогнозирования и планирования комплексного лечения заболеваний пародонта, прежде всего, необходимо выявить этиологические факторы, предрасполагающие к развитию воспалительных изменений пародонтальных тканей. У многих лиц с активным образованием бляшек, зубного камня и развитием гингивита никогда не развивается деструктивных болезней пародонта. У лиц с пародонтитом сильно пораженные участки могут соседствовать с практически неповрежденными. Эти наблюдения противоречат концепции об одинаковом патогенном потенциале бактерий

бляшки. В конце XX века был достигнут значительный прогресс в области культивирования и изучения бактерий зубной бляшки, изменилась их таксономия, были охарактеризованы новые разновидности этих бактерий. Выявленные различия строения бляшек в норме и при патологии послужили основой для поиска специфических причин пародонтита. В соответствии с так называемой «специфической бляшечной гипотезой», которая была сформулирована в середине 1970-х гг., патогенность бляшки зависит от присутствия или относительного преобладания в ней специфических микробов, а деструктивный пародонтит является следствием инициированного ими процесса. Принятию специфической гипотезы способствовало то, что в качестве основного возбудителя локализованного агрессивного пародонтита были названы A. actinomycetemcomitans.

В развитии заболеваний пародонта важную роль играют такие этиологические факторы, как перенесенные и сопутствующие заболевания, наследственность, вредные привычки (курение), дефицит витаминов, социальные факторы (стресс).

Преимущественное влияние эти факторы оказывают на иммунную систему. Нарушается тонкое равновесие между повреждающими силами (т. е. бактериями) и защитными силами организма. Можно сделать вывод, что пародонтит будет иметь наиболее быстрое, выраженное и агрессивное течение, если бактериальная флора особенно вирулентна, а реакции организма ослаблены (иммунодефицитное состояние). Биопленка защищает бактерии от неблагоприятных воздействий внешней среды, поэтому само существование в ней можно отнести к вирулентным свойствам. В исследованиях *in vitro* показана межродовая коагрегация *P. gingivatis* со многими «ранними» бактериями бляшки – *S. sanguis, S.gordonii, S.mitis, S. oralis, S.cristatus* и *Actinomyces naeslundii.* Они прикрепляются также к промежуточным и поздним бактериям, колонизирующим бляшку (соответственно фузобактериями, *T. denticola* и *T.forsythia).* На поверхности некоторых *A. actinomycetemcomitans* имеется внеклеточный аморфный

материал, который в виде матрикса окутывает смежные клетки. Установлено, что он имеет белковую природу, обладает адгезивными свойствами и костно-резорбтивной активностью.

В настоящее время к этиологическим факторам развития заболеваний пародонта относят также травматическую окклюзию. Ее появлению способствуют такие факторы, как сокращение числа пар зубов-антагонистов, деформации зубных рядов, аномалии отдельных зубов, зубных рядов и прикуса, протезирование мостовидными протезами и использование кламмерных систем съемных протезов. По данным ВОЗ, высокий уровень заболеваний пародонта отмечается в возрасте 35–44 лет – 65–98%. Примечательно, что именно в этой возрастной категории пациентов появляются факторы, предрасполагающие к возникновению рецедивирующей окклюзионной травме, что в свою очередь провоцирует развитие заболеваний пародонта.

Поскольку основными этиологическим фактором развития заболеваний пародонта является микрофлора полости рта и травматическая окклюзия, анализ клинической картины и данных рентгенологического обследования позволяют провести дифференциальную диагностику между формами травматической окклюзии, обосновать комплексное лечение и дать рекомендации пациенту по уходу за полостью рта после ортопедического лечения.

На гладкой поверхности (твердые ткани зуба, реставрационные материалы, имплантаты, протезы) бактерии могут существовать только в виде биопленки. В норме существует равновесие между механизмами формирования биопленки, с одной стороны, и абразивными силами, препятствующими этим процессам, с другой стороны. К последним относятся механизмы самоочищения щек и языка, правильное питание и гигиенические процедуры.

Фиксация и стабилизация бактерий внутри налета влияют не только на развитие пародонтита, но и на эффективность системных и местных

лекарственных препаратов. Бактерии, «погруженные» в матрикс, состоящий из внеклеточных полисахаридов, в 1000 раз менее чувствительны к антибиотикам, чем так называемые планктонные бактерии, находящиеся в свободном движении.

Первые бактерии, которые накапливаются на поверхности зуба над десной, в основном грамположительные – стрептококки, актиномицеты. Далее начинается колонизация грамотрицательных кокков и первых нитевидных бактерий. Метаболические продукты бактерий воздействуют на ткани, вызывая экссудацию и миграцию полиморфно-ядерных лейкоцитов в десневую борозду, вызывая начальное разрыхление соединительного эпителия. Пространство между зубом и эпителием становится доступным для бактерий. Развивается гингивит, формируется десневой карман. В отсутствие гигиенических мероприятий зубной налет накапливается и вызывает первичную защитную реакцию макроорганизма.

Наддесневой зубной налет, или биопленка, постепенно распространяется под десну, в десневую борозду или карман. По мере увеличения глубины кармана увеличивается число анаэробных грамотрицательных бактерий.

Биопленка обызвествляется, образуется темный, жесткий, трудный для удаления «сывороточный» зубной камень. Во время обострений число пародонтопатогенных бактерий может резко возрастать.

При ослабленном иммунном ответе, когда пародонтит развивается быстро и агрессивно, патогенные бактерии могут проникать в эпителий кармана и подлежащую соединительную ткань и сохранять жизнеспособность в течение различного периода времени.

При этом пародонтопатогенные бактерии вырабатывают факторы вирулентности (лейкотоксины Actinobacillus actinomycetemcomitans, липополисахариды и энзимы), которые угнетают местные иммунные реакции.

В настоящее время выделено около 530 видов микроорганизмов, обитающих в наддесневом и поддесневом налете.

К пародонтопатогенным сегодня относят чуть более десяти видов. Большинство из них – грамотрицательные. К облигатным анаэробам относятся: Porphyromonas endodontalis, Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola, Fusobacterium nucleatum, Prevotella intermedia, Tannerella forsythia. Представителем факультативных анаэробов является Aggregatibacter actinomycetemcomitans.

Основную роль в возникновении заболеваний пародонта играют микроорганизмы, входящие в «красный комплекс» BANA+: Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola, Tannerella forsythia. При одновременном выявлении данных видов можно судить о высоком риске развития заболеваний пародонта. (BANA – это тест на выявление данных видов бактерий. Эти виды содержат трепсиноподобную пептидазу, которая гидролизует синтетический пептид N-a-Benzoil-DL-arginin-2-naphthylamid (BANA)).

В тканях пародонта при частичной потере зубов во время функции жевания возникает функциональное напряжение, превышающее физиологическое, которое в известных пределах будет компенсироваться соответствующими тканевыми и сосудистыми реакциями пародонта. Это так называемая компенсированная функциональная перегрузка.

Позднее при постоянно существующей или возрастающей функциональной перегрузке возможности сосудистой системы, поддерживающей необходимые уровень обмена веществ в тканях, исчерпываются и возникает нарушение кровообращения. В результате данных явлений появляется застой крови и, впоследствии, ацидоз.

При функциональной перегрузке возникает чрезмерное растяжение волокон периодонта, которое приводит к резорбции костной ткани и нарушению положению зуба.

При травматической окклюзии идет повреждение клеток и выход лизосомальных ферментов, химических медиаторов, активаторов коллагеназы. Медиаторы увеличивают проницаемость сосудов, ферменты повреждают эндотелий сосудов, вызывая экссудацию и отек тканей, коллагеназа разрушает волокна.

Если травматическая окклюзия устраняется, фагоциты поглощают остатки разрушенных тканей, фибробласты снова синтезируют гликопротеиды и коллагеновые волокна – идет заживление тканей

На кафедре ортопедической стоматологии ПИМУ было проведено клиническое обследование группы пациентов из 32 женщин и 10 мужчин в возрастной категории от 38 до 66 лет.

Сбор анамнеза проводился при помощи опроса и заполнения специальной анкеты-опросника. Внешний осмотр и осмотр полости рта позволил установить клинические условия и анатомические особенности, способствующие развитию заболеваний пародонта. А именно: вид прикуса, наличие травматической окклюзии.

Инструментальное исследование позволило нам выявить наличие зубного налета, определить степень патологической подвижности зубов, степень кровоточивости десен, глубину пародонтальных карманов.

Рентгенологическое исследование. Проанализировано 42 ортопантомограммы с целью определения уровня деструкции костной ткани в области всех групп зубов.

Микробиологическое исследование. Стерильными бумажными штифтами фирмы «RECIPROC» был осуществлен забор содержимого в области наиболее глубоких пародонтальных карманов в 4 сегментах челюстей. Штифты помещались в эппендорф с транспортной средой.

В микробиологической лаборатории методом ПЦР-диагностики была проведена идентификация пародонтопатогенных микроорганизмов, и было измерено их количество для каждого пациента.

Тест-системы наборов «Дентоскрин» позволяют выявить семь наиболее важных микроорганизмов, ассоциированных с развитием различных заболеваний пародонта в клинически значимой концентрации. Уровень риска возникновения заболеваний пародонта оценивался по шкале производителя.

Таблица 1.

Уровень риска возникновения заболеваний пародонта по шкале производителя

Патоген	Порог	Риск развития заболеваний пародонта	Клиническое значение
Aggregatibacter actinomycetemcomitans	10^4	Высокий	Возможно поражение тканей кости, патогенен при относительно низкой концентрации. Ассоциирован с агрессивными формами гингивита и пародонтита.
Porphyromonas gingivalis	10^5	Высокий	Продуцирует протеазы, адгезины, эндотоксины и цитокины, повреждающие целостность десневых и костных тканей.
Tannerella forsythia	10^5	Высокий	Продуцирует протеазы и липополисахариды, которые приводят к ингибированию иммунного ответа и переходу заболевания в хроническую форму.
Porphyromonas endodontalis	10^5	Высокий	Выделяет активные ферменты и метаболиты, способен ингибировать фагоцитоз. Нарушая работу местного иммунитета.
Fusobacterium nucleatum	10^6	Умеренный	Способствует адгезии других патогенов. Наиболее часто выявляется в начале быстро прогрессирующего заболевания.
Prevotella intermedia	10^6	Умеренный	Наиболее характерен при остром течении заболеваний пародонта, особенно гингивита.

Treponema denticola	10^6	умеренный	Принимает участие в образовании «каркаса» биопленки, способствуя адгезии более патогенных бактерий. При высоких концентрациях проявляет патогенные свойства.

После клинического обследования с помощью рентгенологических данных пациенты были поделены на три группы относительно степени тяжести заболевания пародонта. В первую группу вошло 9 пациентов с легкой степенью тяжести заболевания пародонта. Во вторую группу отнесены 6 пациентов со средней степенью тяжести. В третьей группе 5 пациентов с тяжелой степенью тяжести заболевания пародонта.

Во время клинического обследования мы рассчитали частоту встречаемости разного рода дефектов зубных рядов у пациентов с той или иной степенью тяжести заболевания пародонта.

У пациентов с легкой степенью пародонтита включенные, концевые и комбинированные дефекты зубных рядов встречаются примерно с одинаковой частотой.

У пациентов со средней степенью тяжести пародонтита чаще встречаются комбинированные дефекты, а включенные и концевые дефекты в 33% и 17% процентов случаев соответственно.

У пациентов с тяжелой степенью тяжести заболеваний пародонта в 80% случаев наблюдались комбинированные дефекты зубных рядов, и у 20% пациентов – включенные дефекты.

После анализа результатов ПЦР-исследования была установлена прямая корреляционная связь между степенью тяжести заболевания пародонта и количеством представителей пародонтопатогенной микрофлоры.

При клинически установленной легкой степени тяжести пародонтита у 67% пациентов выявлено до 3 представителей патогенных микроорганизмов, у 33% пациентов – больше 4 представителей.

В группе со средней степенью тяжести пародонтита у 50% пациентов выявлено до 5 микроорганизмов, и у 50% – 6 представителей пародонтопатогенной микрофлоры.

В группе с тяжелой степенью пародонтита у 60% пациентов выявлено до 4 микроорганизмов, у 40% – больше 6 представителей.

Более того, установлена следующая закономерность: чем больше представителей красного комплекса BANA+ выявлено у пациента, тем тяжелее у него степень пародонтита.

В группе пациентов с легкой степенью тяжести заболевания пародонта в 89% случаев встречаются 1–2 представителя данного комплекса, и только в 11% случаев – 3 представителя.

В группе со средней степенью пародонтита – у 67% пациентов имеются 1–2 представителя, и у 33% – 3 представителя.

В группе с тяжелой степенью пародонтита – у 40% пациентов выявлено 2 представителя, и у 60% – 3 представителя красного комплекса BANA+.

В результате проведённых клинических и лабораторных исследований, установлена закономерность между тяжестью проявлений заболеваний пародонта и пародонтальной микрофлорой – чем тяжелее степень пародонтита, тем большее количество агрессивных форм пародонтопатогенных видов микроорганизмов присутствует в полости рта.

Оценка микробиологического статуса пациентов с заболеваниями пародонта необходима при планировании ортопедического лечения. Она дает возможность планировать более рациональные конструкции шинирующих протезов и позволяет более эффективно прогнозировать течение заболевания пародонта.

Список литературы:

1. Микробиология и иммунология для стоматологов. Под ред. Дж. Ламонт, перевод с англ. под ред. В.К. Леонтьева. – М.: практическая медицина, 2010. 504с.

2. Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. – М.: МИА, 2012. 840 с.

3. Жулев Е.Н. Особенности ортопедического лечения хронического генерализованного пародонтита // Е.Н. Жулев, Е.Е. Щепетнова, М.Ю. Саакян, С.Ю. Габышева-Хлустикова, Д.Н. Демин. – Маэстро стоматологии. – 2012. № 46. С. 48-51

4. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. 336 с.

5. Орехова Л.Ю., Чибисова М.Ю., Серова Н.В. Клинико-лучевая характеристика хронического генерализованного пародонтита // Пародонтология. – 2013. № 3. С. 3-9.

6. Мустакимова Р.Ф., Салеева Г.Т. Роль функциональных методов исследования в комплексной диагностике заболеваниях пародонта // Практическая медицина. – 2013. № 4. С. 75-77.

7. Гасанова Л.Р., Лукина Г.И., Базикян Э.А., Чунихин А.А. Микробиологический статус полости рта пацмиентов с хронической обструктивной болезнью легких // Dental Forum / – 2016. № 1. С. 28-31.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ИМЕЮЩИХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ

Д.м.н., профессор Данилова М.А., д.м.н., профессор Бронников В.А., к.м.н., доцент Залазаева Е.А.

ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

Важной современной медико-социальной проблемой является детская инвалидность, так как она представляет собой одну из важнейших характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны, а также служит индикатором состояния здоровья детского населения и качества оказания медицинской помощи детям и их матерям.

Специфика детской инвалидности состоит в том, что ограничения жизнедеятельности возникают в период активного формирования высших

психических функций, усвоения знаний и умений, в период становления личности.

Так, детские церебральные параличи (ДЦП) проявляются двигательными, нейропсихологическими, речевыми, соматическими и другими нарушениями, в том числе и со стороны челюстно-лицевой области (ЧЛО), и сопровождаются разными социальными дезадаптациями в зависимости от степени тяжести основного заболевания [4].

Современным международным инструментом, определяющим принципы прогнозирования исходов реабилитации, оценки реабилитационного потенциала и построения реабилитационных программ у детей и подростков является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП), которая охватывает изменения в детском организме, происходящие в течение двух первых десятилетий жизни, описывая их в терминах доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем.

Согласно МКФ-ДП состояние индивида рассматривается с позиции трех категорий здоровья: структуры и функции (B-Body), активности организма (A-Activity) и социального участия пациента (P-Participation).

При ДЦП повреждаются следующие анатомические структуры: корковые, подкорковые, стволовые структуры головного мозга. Нарушаются функции организма: функции мышц, движений, приема пищи и т. д., влияние которых на формирование зубочелюстных аномалий (ЗЧА) общеизвестно, как и сочетание морфологических нарушений развития зубочелюстной системы (ЗЧС) с миофункциональными нарушениями, которые делают зубочелюстно-лицевой комплекс неустойчивым к физиологическим нагрузкам [1]. При этом, у детей с ДЦП задержано и нарушены формирование двигательных функций и координация тонких, дифференцированных движений, что доказывает сложность ухода за полостью рта такими детьми [2].

Ограничиваются следующие виды активности: мобильность (перемена и сохранение положения тела, пользование предметами, перемещение и их передвижение, выполнение точных движений кистью, ходьба и передвижение); самообслуживание (мытье, уход за частями тела, прием пищи, питье, забота о своем здоровье); бытовая жизнь.

Ограничивается участие в межличностных взаимодействиях и общении – отношения с родителями и посторонними людьми в главных сферах жизни.

Из факторов контекста влияние оказывают личностные факторы: психологические особенности; уровень эмоционально-волевого и когнитивного дефицита; уровни тревоги и мотивации. Из средовых факторов влияют: ближайшее окружение; учреждения; культурная среда; климат и т. д.

При этом наибольшие трудности возникают при оценке функционирования и ограничения жизнедеятельности детей от 0 до 6 лет, так как это наиболее сложный и многогранный период развития, что требует специальной подготовки и знаний о его особенностях. Использование МКФ-ДП позволяет преодолеть данные трудности, так как содержит перечень кодов, с помощью которых можно описать показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем ребенка любого возраста. Всегда следует учитывать, что определенные способности формируются у ребенка в зависимости от его возраста. Поэтому некоторые из них можно оценивать буквально с первых месяцев жизни ребенка (например, использование слуха), а некоторые только с определенного возраста (например, повторение, речь и т. п.).

Применительно для детей с ДЦП, имеющих ЗЧА, можно выделить следующий перечень доменов, подлежащих буквенно-числовому кодированию, позволяющий получиться представления о реабилитационном прогнозе и реабилитационном потенциале пациентов [3] (табл. 1).

Таблица 1.

Используемые категории МКФ

Функции организма	Структуры организма	Активность и участие
b 320 – функции артикуляции	s 320 – структура рта	d 330 - речь
b 510 – функции приема нутриентов	s 730 – структура верхней конечности	d 445 – использование кисти и руки
b 710 – функции подвижности суставов		d 520 – уход за частями тела
b 720 – функции подвижности костного аппарата		d 570 – забота о своем здоровье

Для определения степени нарушения функций и ограничения активности применяется определитель выраженности ограничения. Каждому домену присваивается цифровой определитель в зависимости от степени выраженности ограничения: 0–5% – нет нарушений (0), 5–25% – легкие нарушения (1), 26–50% – умеренные нарушения (2), 50–95% – выраженные нарушения (3), 96–100% – абсолютные нарушения (4). Для определения процента выраженности нарушения используются полученные результаты международных стандартизированных оценочных и реабилитационных шкал, каждой шкале подбирается соответствующий код МКФ.

Исходя из этого, программа реабилитации детей с ДЦП, имеющих ЗЧА, должна включать мероприятия, учитывающие все компоненты МКФ-ДП, и реализовываться в организационном аспекте на принципах раннего начала реабилитационных мероприятий, а также комплексности, этапности, индивидуальности, междисциплинарного подхода.

Список литературы:

1. Бронников В.А., Данилова М.А., Залазаева Е.А. Эффективность применения комплекса лечебно-профилактических ортодонтических и реабилитационных мероприятий у детей со спастическими формами церебрального паралича // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2016. Вып. 2 (116). С. 68-75.
2. Данилова М.А., Мачулина Н.А., Залазаева Е.А. Опыт совместной работы кафедры детской стоматологии и ортодонтии Пермской ГМА и

КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов» // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. № 1 (44). С. 70-72.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков. Москва, 2016. 241 с.
4. Пинчук Д.Ю., Детский церебральный паралич: о дезинтегративных механизмах постнатального дизнейроонтогенеза и возможностях реабилитации / Д.Ю. Пинчук, В.А. Бронников, Ю.И. Кравцов – СПб.: Человек, 2014. 420 с.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ШКОЛЬНИКОВ В ПЕРИОД РАННЕГО СМЕННОГО ПРИКУСА

Д.м.н., профессор Чуйкин С.В., к.м.н. Гунаева С.А., к.м.н., доцент Снеткова Т.В., к.м.н., доцент Акатьева Г.Г., к.м.н. Макушева Н.В., Снеткова Э.З.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

Распространенность и структура зубочелюстных аномалий (ЗЧА) является показателем характеризующим состоянием зубочелюстной системы ребенка. Их анализ в конкретном регионе и в разные возрастные периоды формирования зубочелюстной системы позволяет оценить потребность в профилактических и лечебных мероприятиях [5, 6]. Средний показатель нуждаемости в ортодонтическом лечении по России по данным различных источников составляет 42%, в период временного прикуса – 32,7% [2]. Частота зубочелюстных аномалий у детей, по данным отечественной литературы, колеблется от 31,9 до 86,1% [1, 3]. В городе Рязане распространенность зубочелюстных аномалий у детей 7 лет – 80,8%, 8 лет –83,6%, 9 лет – 97,0% [4].

Целью исследования явилось изучение распространенности и структуры ЗЧА в период сменного прикуса у детей г. Уфы.

Материалы и методы. Проведено эпидемиологическое обследование 669 школьников 7–9 лет г. Уфы. Стоматологический осмотр проводился в

стоматологических кабинетах школ, в которых предварительно было получено информированное согласие администрации и родителей детей.

Результаты исследования. Зубочелюстные аномалии выявлены у 490 детей города Уфы в период раннего сменного прикуса, распространенность составляет 73,24±1,71%. У 54,24% обследованных школьников выявлены факторы риска развития зубочелюстных аномалий (наличие не стёршихся бугров временных зубов, аномалии мягких тканей, раннее удаление временных зубов, нарушенные функции глотания и дыхания, отсутствие трем между временными зубами).

При изучении структуры зубочелюстных аномалий в раннем сменном прикусе установлено, что наиболее частой патологией являются сочетанные аномалии отдельных зубов – 34,37±1,84%, аномалии окклюзии – 12,11±1,35%, аномалии зубных рядов у 14,2±1,35%, аномалии отдельных зубов выявлены у 12,56±1,28% обследованных.

В структуре аномалий отдельных зубов преобладают аномалии положения зубов (66,19%) и аномалии структуры твердых тканей зуба (28,5%), аномалии размера зубов выявлены у 2,86% обследованных, аномалии количества зубов у 1,72% младших школьников.

Среди аномалий зубных рядов наибольший удельный вес приходится на нарушение контактов между смежными зубами: диастемы и тремы на верхней и нижней челюсти, скученность зубов во фронтальном отделе на верхней и нижней челюсти, доля этих изменений составляет 73,82%, нарушение размера и формы челюстей – 26,18%.

В структуре аномалий окклюзии преобладают дистальная окклюзия (48,82) и глубокая резцовая окклюзия (18,58), глубокая резцовая дизокклюзия выявлена у 10,02% школьников.

Таким образом, результаты изучения распространенности и структуры зубочелюстных аномалий в период раннего сменного прикуса свидетельствуют о необходимости проведения мероприятий по профилактике и раннему ортодонтическому лечению.

Список литературы:

1. Алимский А.В. Возрастная динамика роста и распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы у школьников. / Стоматология. – 2002. № 5. С. 67-71.
2. Данилова М.А., Царькова О.А., Пономарева М.Л. Структурный анализ факторов риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей дошкольного возраста / Стоматология детского возраста и профилактика, – 2014. Т. 13. № 2. С. 15-17.
3. Свириденкова Е.С., Бойкова Е.И. Распространенность зубочелюстных аномалий и патологии мягких тканей у детей младшего школьного возраста. /Медицинские науки. Евразийский Союз Ученых (ЕСУ). Смоленск. – 2015. № 11 (20). С. 110-113.
4. Тихонов В.Э., Митина Н.Е., Гришин М.М. Сравнение распространённости аномалий зубочелюстной системы среди школьников, проживающих в условиях крупного промышленного города и сельской местности. / Проблемы стоматологии, – 2017. Т. 13. № 4. С. 70-73.
5. Чуйкин С.В. Особенности ортодонтического лечения детей с некариозными поражениями твердых тканей зубов. / Чуйкин С.В., Снеткова Т.В., Акатьева Г.Г., [и др.] // Стоматология детского возраста и профилактика, – 2014. Т. 13. № 2. С. 65-67.
6. Эпидемиология зубочелюстных аномалий у детей. / С.В. Чуйкин, С.В. Аверьянов, Г.Г. Акатьева, [и др.] – Уфа, 2006. 125 с.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИРАМИСТИНА И ЛИКОПИДА

К.м.н., доцент Гусенов С.Г., к.м.н., доцент Абакаров Т.А., к.м.н. Булгакова Д.М., Аталаев М.М.

Дагестанский государственный медицинский университет,

кафедра ортопедической стоматологии

Заболевания пародонта продолжают оставаться одной из основных проблем современной стоматологии. По данным различных авторов уровень

заболеваний пародонта в различных регионах земного шара очень высок, достигая в ряде случаев 98–100% [1].

В Дагестане, заболевания пародонта встречаются у 94,7% взрослого населения [3].

Большинство исследователей считает, что ведущая роль в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта принадлежит колониям бактерий, располагающихся в области маргинального пародонта, вызывающих воспалительный процесс в тканях пародонта, как правило, на фоне нарушения как иммунных, так и неспецифических факторов защиты одновременно [4, 5, 8].

В свете накопленных научных и практических фактов вполне естественно, что патогенетическое лечение хронического генерализованного пародонтита должно быть направлено на снижение колонизационной способности пародонтопатогенных микробов, создание условий, тормозящих их прогрессирующей рост путем местного воздействия, а также усиливая механизмы резистентности тканей полости рта. К настоящему времени накоплено значительное число терапевтических средств для местного и общего действия, таких как антисептики, антибиотики, ферментные препараты, витамины, гипосенсибилизирующие средства, гормоны, иммуномодуляторы. Однако до настоящего времени не было предложено врачам – пародонтологам препаратов, позволяющих нормализовать микробиоценоз полости рта и купировать воспалительный процесс в тканях пародонта.

Это обстоятельство послужило основанием для проведения исследования, **целью** которого явилось повышение эффективности лечения генерализованного пародонтита путем включения в комплекс лечебных мероприятий препаратов нового поколения – антисептика мирамистина и иммуномодулятора ликопида [2, 6].

Для достижения этой цели нами были поставлены следующие **задачи:**

1. Оценка иммунологических показателей крови и ротовой жидкости у больных хроническим генерализованным пародонтитом.

2. Изучение динамики иммунных показателей крови и ротовой жидкости в процессе лечения генерализованного пародонтита традиционными методами.

3. Клинико-иммунологическая оценка эффективности использования мирамистина и ликопида в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита.

4. Разработка методики использования мирамистина стабилизированного в форме пасты.

5. Обоснование использования мирамистина и ликопида в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита.

Исследование проведено на кафедрах ортопедической стоматологии и патофизиологии Дагестанской Государственной Медицинской Академии, в пародонтологическом кабинете Республиканской стоматологической поликлиники, научно-исследовательском институте «Экологической медицины» при медицинской академии Республики Дагестан».

Материалы и методы. Для решения поставленных задач нами было проведено обследование и лечение 180 пациентов обоего пола в возрасте от 16 до 60 лет и старше, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом. Кроме того, обследовано 36 практически здоровых человек, с интактным пародонтом. Лица с заболеваниями пародонта были распределены на 2 группы.

I группа – 120 человек – в том числе 82 человека со средней степенью тяжести и 38 человек с тяжелой степенью пародонтита получала комплексное лечение общепринятыми в клинике методами, что представлено в слайде

II группа – 60 человек – в том числе 42 со средней степенью тяжести и 18 с тяжелой степенью пародонтита – получала комплексное лечение, с включением мирамистина и ликопида. Пациенты обеих групп были также обследованы через 2 недели и спустя 6 месяцев после проведенного курса лечения**.**

Стоматологический статус обследовался общеклиническими методами. У каждого пациента вычислялись: индекс Рассела (PI); индекс Грин-Вермилиона (OHI-S); индекс Рамфьерда (IR).

Для выяснения состояния механизмов резистентности обследуемого контингента использованы следующие методики: тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест); цитоморфология отпечатков десен и ротовой жидкости; определение фагоцитарной активности нейтрофилов крови и ротовой жидкости; определение субпопуляций лимфоцитов крови методом иммунофлуоресценции с помощью моноклональных антител; содержание иммуноглобулинов основных классов в крови и в ротовой жидкости.

В контрольной группе в качестве местного противоспалительного лечебного средства использовались традиционные препараты: 3% раствор перекиси водорода, 0,02 % раствор фурацилина, 0,2% раствор хлоргексидина, настойка календулы, ромазулан и др. в виде аппликаций, полосканий**.**

Для лечения второй (основной группы) в качестве противоспалительного, препарата нами был использован 0,01% водный раствор мирамистина. Общепринятую методику аппликации растворов антисептиков, в виде валиков, пропитанных антисептическим препаратом, укладываемых в пришеечную часть десны на 10–15 минут, мы сочли нерациональной, так как антисептик разводится ротовой жидкостью, что снижает бактерицидную активность препарата. Кроме того антисептик может подавлять и стабилизирующую микрофлору полости рта**.**

В этой связи нами разработана лечебная экстемпоральная бактерицидная повязка (получено удостоверение на рац. предл.), представляющая собой композицию из 0,01% раствора мирамистина и стоматологического кальцийсодержащего цемента для временной фиксации «Ортофикс-Аква». Проведенные нами микробиологические исследования показали, что связывание мирамистина цементом для временной фиксации не снижает его антибактериальной активности.

Для фиксации повязки мы разработали лечебно-профилактическую зубодесневую шину (получено удостоверение на рац. предл.). Шина представляет собой две пластмассовые дуги, расположенные на вестибулярной и оральной поверхностях зубного ряда. В них имеется выемка для размещения и фиксации лечебной повязки. Оральную и вестибулярную части шины фиксируют между собой проволочные перемычки, расположенные на межзубных промежутках и не мешающие смыканию зубов. Нами получен патент на изготовление такой шины. Показания к изготовлению зубодесневой шины определены экспертным путем.

Всего было изготовлено 30 лечебно-профилактических зубодесневых шин 26 пациентам, в том числе 21 шина – на зубные ряды нижней челюсти и 9 – на верхнюю челюсть**.** Всем больным основной группы одновременно назначали иммуномодулятор ликопид в дозах от 1 до 5 мг. сублингвально ежедневно в течение 10 дней.

В комплексном лечении пародонтита мы придавали большое значение ортопедическим методам, в частности проведению временного и постоянного шинирования [7]**.** В этой связи были предложены модификации ряда шин. Получены 3 удостоверения на рацпредложения.

Анализ данных обследований пациентов, страдающих пародонтитом, показал, что у них имеются существенные отклонения клинических, цитоморфологических и показателей резистентности по сравнению с таковыми у лиц с интактным пародонтом.

Сравнение результатов клинико-лабораторных исследований, проведенных у практически здоровых лиц и у больных пародонтитом различной степени тяжести, через 2 недели после лечения и спустя 6 месяцев, показал положительную динамику у больных как I, так и II групп. Однако степень нормализации лабораторных клинико-иммунологических показателей была выше во II группе, в которой для лечения пациентов применялись мирамистин и ликопид**.**

Индексная оценка состояния пародонта в динамике лечения пародонтита показала следующее. Как в первой, так и во второй группах, в ходе лечения пародонтита средней и тяжелой степени тяжести, показатели индексов существенно снизились. Однако, снижение индексных показателей во второй группе было выражено в большей степени, чем в первой группе в большинстве случаев. Показатели оставались стабильными в течение 6 месяцев.

Изучение показателей НСТ-теста после проведения курса лечения показало, что имеет место изменение функциональной активности лейкоцитов в лучшую сторону. Снизился процент НСТ-положительных клеток. Причем больше и достовернее во второй группе.

Изучение динамики цитограмм ротовой жидкости и отпечатков со слизистой оболочки десен свидетельствует о заметном положительном сдвиге клеточного состава отпечатков в результате проведенного курса лечения. После проведенного комплексного лечения ХГП средней степени тяжести имело место снижение количества нейтрофилов (НФ), увеличение количества эпителиоцитов (Эп), эпителиоцитов с адгезивной активностью (Эп с АА), что является свидетельством восстановления первичных защитных барьеров. Более активно эти процессы проходили у пациентов второй группы.

Фагоцитарная активность нейтрофилов крови и ротовой жидкости после проведенного курса лечения нормализовалась и приближалась к норме. Фагоцитарный индекс и фагоцитарное число снижались, возрастало число нейтрофилов с адгезивной активностью, индекс деградации, а также индекс завершенности фагоцитоза. При этом во второй группе эти показатели нормализовались в большей степени, чем в первой.

Наши исследования показали, что при хроническом генерализовнном пародонтите снижается относительное количество СД3+ и СД4+ Т-лимфоцитов, повышается число СД8+ клеток, а также происходит

уменьшение коэффициента СД4+/СД8+, что свидетельствует о дисбалансе функционального состояния клеточного иммунитета.

В процессе комплексного лечения пародонтита как в первой, так и во второй группах происходила нормализация относительного количества Т-лимфоцитов крови (СДЗ+клеток) и регуляторных субпопуляций СД4+клеток, снизилось число Т-супрессоров (СД8+клеток). Однако, у лиц основной группы после проведенного курса лечения пародонтита как средней тяжести, так и тяжелой степени было достоверное увеличение относительного количества СДЗ+ Т-лимфоцитов, СД4+ Т-лимфоцитов, участвующих в распознавании антигена. На фоне небольшого снижения СД8+ Т-клеток, эти изменения привели к достоверному увеличению коэффициента СД4+/СД8+ .

Полученные данные свидетельствуют о повышении функциональной активности Т-клеточного звена иммунитета у пациентов основной группы. Одновременно с нормализацией показателей клеточного звена иммунитета происходило значительное и стойкое клиническое улучшение состояния больных хроническим генерализованным пародонтитом.

Что касается реакции гуморального иммунитета при хроническом генерализованном пародонтите, то она характеризовалась увеличением концентраций иммуноглобулинов основных классов, как в сыворотке крови, так и в ротовой жидкости.

Однако эти показатели при пародонтите тяжелой степени ниже таковых при средней тяжести. Несмотря на то, что в общей циркуляции крови относительное количество В-лимфоцитов (СД20+ клеток) не менялось, их активность при пародонтите средней тяжести повышалась, на что указывает увеличение количества иммуноглобулинов классов А, G, и М. Эти изменения, возможно, носят компенсаторный характер. Следует обратить внимание на то, что выравнивание показателей гуморального иммунитета у пациентов основной группы идет более динамично, и показатели приближаются к норме.

Применение в комплексной терапии пародонтита мирамистина и ликопида показало, что возникает стойкая клиническая ремиссия и позитивные сдвиги в системе резистентности. При этом отмечено, что мирамистин помимо антисептического эффекта способствует активизации местных механизмов защиты**,** а ликопид влияет положительно на общую иммунологическую реактивность.

Высокая клиническая эффективность мирамистина и ликопида подтверждалась не только субъективными критериями, но и объективными данными: результатами индексной оценки состояния пародонта, исследований механизмов резистентности. Клинический эффект достоверно коррелировал, как с нормализацией показателей индексной оценки, так и с результатами исследований механизмов резистентности.

Таким образом, результаты клинико-лабораторного исследования проведенного с целью повышения эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита свидетельствует о целесообразности включения в комплексную терапию пародонтита средств и методов, которые устраняют патогенное воздействие микрофлоры полости рта и одновременно нормализируют защитные механизмы тканей полости рта: антисептик мирамистин и иммуномодулятор ликопид.

Список литературы:

1. Вишнягова Н.А. Молекулярно-генетические аспекты хронического генерализованного пародонтита (вопросы патогенеза, диагностики, лечения, профилактики): диссертация кандидата медицинских наук: Омск, 2011. 180 с.: ил.

2. Доценко Э.А., Рождественский Д.А., Юпатов Г.И. Иммунодефициты и некоторые иммуномодулирующие средства / Вестник ВГМУ. 2014. № 3. С. 103-120.

3. Капланова З.А. Особенности профилактики и комплексного лечения пародонтита у женщин с климактерическим синдромом и эндемическим зобом: автореферат дис. кандидата медицинских наук: Москва, 2010. 25 с.: ил.

4. Макеева И.М., Кудрявцева Т.В., Ерохин А.И., Акулович А.В. Издательство: МЕДпресс-информ, 2009. 96 с.

5. Меджидов М.Н. Экспериментальное обоснование и клиническое применение препаратов системы фибрин-фибронектина и тромбоцитарного фактора роста в комлексном лечении заболеваний пародонта: диссертация доктора медицинских наук: Москва, 2007. 281 с.: ил.

6. Мирамистин. Результаты клинических исследований в стоматологии. – Москва, ООО «Лига-Принт», 2013. 71 с.

7. Мустакимова Р.Ф. Салеева Г.Т. Исследование динамической окклюзии у пациентов с заболеваниями пародонта // Вестник современной клинической медицины. – 2014. Т. 7. Вып. 2. С. 24-26.

8. Силантьева Е.Н, Березина Н.В., Кривонос С.М., Противовоспалительная и противомикробная терапия в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта. Стоматология для всех, – 2015. № 1. С. 17-21.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ДОЗЫ ИЗЛУЧЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫХ ДИОДНЫХ ЛАЗЕРНЫХ СИСТЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ (IN VITRO) И В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (IN VIVO)

Д.м.н., профессор Жулев Е.Н.[1], Ростов А.В.[2], Ростов А.А.[1]

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии, г. Нижний Новгород;

[2]Центр Лазерной стоматологии (ООО «ЦМПК «Рубикон»), г. Нижний Новгород

Актуальность. Прошло более 60 лет с момента изобретения лазера в 1955 г. российскими физиками А.М. Прохоровым и Н.Г. Басовым (Бутусов Д., 2012). С тех пор положительные свойства лазерного излучения на человеческий организм как биологическую систему были достаточно хорошо изучены, что позволило использовать его в медицине. Однако, применение лазеров в стоматологии не нашло широкого применения из-за

объективных и субъективных причин. В частности, до сих пор нет доступного описания и обоснования методик лазерного лечения, применяемых в стоматологии.

Необходимо также отметить, что в настоящее время нет чётких данных о мощности лазерного излучения, проходящего через альвеолярный отросток челюстей и не поглощенного его тканями. Эти вопросы легли в основу проведенного нами экспериментального исследования на базе лазерной лаборатории ФАНО РОССИИ в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Федеральном исследовательском центре института прикладной физики Российской Академии наук» (ИПФ РАН) под руководством Н.Ф. Андреева и в Центре лазерной стоматологии (ООО «ЦМПК «Рубикон») г. Нижнего Новгорода.

Цель исследования. Определить эффективность проникновения лазерного излучения с различными длинами волн, проходящего через биологический материал в эксперименте и клинике.

Материалы и методы. В качестве биоматериала использовали альвеолярный отросток нижней челюсти свиньи толщиной 1,3 см (правая сторона) и альвеолярный отросток человека в области зуба 4.4 толщиной 1,3 см. Для измерений применяли итальянские диодные лазерные системы фирмы «Doctor Smile» с длинами волн 810 (D5 с максимальной выходной мощностью 5 Вт) и 980 Нм (SIMLER с максимальной выходной мощностью 8 Вт). Для измерения мощности лазерного излучения использовали аппарат израильского производства фирмы OPHIR (Laser Measurement Group) PULSAR 4 с круглым фотодиодным сенсором (PD300R-UV filter off.) и программным обеспечением – StarLab – (pulsar sensor 3 photodiode PD300R-UV (s/n 782471) FU 1.27 (s/n 746231).

В данных исследованиях была применена бесконтактная, стабильная методика облучения лазерным излучением биоматериала в эксперименте (in vitro) и в клинической практике (in vivo) с одинаковыми параметрами для лазерных систем с длиной волны 810 Нм и 980 Нм: мощность 1 Вт,

постоянный режим (CW), подрезаемое оптоволокно с диаметром 320 микрон, малая зонная насадка с диаметром выходного отверстия 1 $см^2$. Данная методика позволила изучить зависимость плотности энергии (дозы) лазерного излучения при прохождении через альвеолярный отросток свиньи толщиной 1,3 см и альвеолярный отросток человека в области зуба 4.4. толщиной 1,3 см.

Результаты исследования. В результате экспериментов были получены данные, который представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1.

Результаты измерения плотности энергии лазерного излучения с длиной волны 810 Нм и 980 Нм, прошедшего через биологический материал (альвеолярный отросток свиньи) толщиной в 1,3 см

Лазерное излучение с длиной волны в Нм	Расстояние до биоматериала в мм	Плотность энергии в μВт
980	1	285
810	1	460

Второе исследование заключалось в изучении зависимости плотности энергии (дозы) лазерного излучения при прохождении через альвеолярный отросток челюсти человека в области зуба 4.4 и толщиной 1,3 см. Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Доза лазерного излучения после прохождения через альвеолярный отросток челюсти человека толщиной 1,3 см и корень зуба 4.4

Лазерное излучение с длиной волны в Нм	Расстояние до биоматериала в мм	Плотность энергии в мВт
980	1	4,55
810	1	5,4

Обсуждение полученных результатов. Лазерное излучение с длиной волны 810 Нм и 980 Нм проникает сквозь биологический материал как в эксперименте, так и в клинике. Доза лазерного излучения, проходящего через биологический материал, зависит от длины волны. Так доза илучения с длиной волны 810 Нм проникает больше и глубже в биологический материал как в эксперименте, так и в клинике, чем лазерное излучение с длинной волны 980 Нм. Разница проникновения лазерного излучения 810 Нм и 980 Нм в лабораторных исследованиях оказалась больше, чем в клинических. Это связано прежде всего с различной плотностью тканей биологического материала, а так же с различным содержанием тканей мишеней (хромофоров) в исследуемом материале.

На основании полученных результатов были сделаны следующие **выводы:**

1. Лазерная энергия не полностью поглощается хромофорами биологического материала и проходит их насквозь как в эксперименте, так и в клинике.

2. Лазерное излучение с длиной волны 980 Нм, прошедшее сквозь биоматериал в эксперименте в 16 раз меньше, чем у пациента. Лазерное излучение с длиной волны 810 Нм, прошедшее сквозь биоматериал в эксперименте в 11,7 раза меньше, чем в клинике.

3. Поглощение лазерного излучения с длиной волны 980 Нм хромофорами биоматериала в эксперименте в 1,6 раза больше, чем лазерного излучения с длиной волны 810 Нм. Поглощение лазерного излучения с длиной волны 980 Нм хромофорами биоматериала в клинике в 1,2 раза больше, чем лазерного излучения с длиной волны 810 Нм.

Список литературы:

1. Бутусов Д. Отличительные особенности удаления зубной ткани Er,Cr:YSGG лазером, ж. Innovative Dentistry, – 2012. № 1. С. 68.

2. Янушевич О.О., Дробышев А.Ю., Тарасенко С.В., Тарасенко И.В. Многофакторный анализ клинико-экспериментальных исследований

применения лазерных технологий в стоматологии, ж. Innovative Dentistry, – 2010. № 1. С. 84-85.

3. Yoshimitsu Abiko. Исследование механизма эффекта биостимуляции с помощью лазерного излучения низкой мощности», ж. Innovative Dentistry, – 2010. № 1. С. 86.

4. Roeland Jozef Gentil De Moor. Препарирование полостей с помощью лазеров», ж. Innovative Dentistry, – 2010. № 1. С. 6-19.

СТРУКТУРНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ МИКРО- И РЕТОГНАТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМ РОСТОМ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Меграбян О.А.

ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России,

г. Пермь

Введение. Дистальная окклюзия зубных рядов является наиболее распространенной аномалией соотношения зубных дуг. Основными патогенетическими звеньями гнатических форм дистальной окклюзии зубных рядов являются антепозиция и/или макрогнатия верхней челюсти, ретропозиция и/или микрогнатия нижней челюсти или их сочетание. По данным ряда авторов дистальная окклюзия зубных рядов, обусловленная аномалией размера и/ или положения нижней челюсти диагностируется в 65% случаев. Скелетные диспропорции дистального прикуса приводят к дисгармонии соотношения средней и нижней зоны лица, нарушают его эстетику [4].

В период активного роста челюстно-лицевого комплекса интерполируется патогенетический принцип лечения аномалии, направленный на модификацию роста альвеолярных отростков и положения нижней челюсти в пространстве черепа. Однако необходимо понимать, что помимо влияния в процессе лечения на патогенетические звенья формирования дистального

соотношения зубных дуг, устранение активно действующих этиологических факторов – важный компонент ортодонтической терапии. В противном случае, по окончанию активного периода лечения неизбежен рецидив аномалии, особенно у «растущих» пациентов [1, 5].

Цель исследования. Определение структуры этиологических факторов дистальной окклюзии зубных рядов, обусловленной нижнечелюстной микро- и/ или ретрогнатией у пациентов в период активного роста челюстного комплекса при различных типах лицевого скелета.

Материалы и методы. Проведено открытое клиническое исследование. Обследовано 45 пациентов в возрасте от 10 до 12 лет (средний возраст 9,0±0,58 лет). Верификация гнатической формы дистальной окклюзии зубных рядов осуществлялась путем клинического обследования и анализа данных боковой телерентгенограммы головы.

Критерии включения пациентов в исследование: дистальная окклюзия зубных рядов II и III степени выраженности при значении угла ANB от 2° до 8° [2, 3], нормогнатия и нормопозиция верхней челюсти, микро- или/и ретрогнатия нижней челюсти, II-IV стадии формирования шейных позвонков, зубные ряды без нарушения непрерывности.

Критерии исключения: скелетная форма дистальной окклюзии зубных рядов III степени выраженности при значении угла ANB более 8°, неправильное положение и/или размер верхней челюсти, V–VI стадии формирования шейных позвонков, первичная адентия или вторичное отсутствие зубов, вторичные деформации зубных рядов, морфофункциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава.

Для достижения цели работы изучались анамнестические данные на предмет раннего удаления временных зубов, сроков прорезывания и смены генерации молочных зубов, вредных привычек, наличия патологии ЛОР-органов. Клиническое обследование заключалось в идентификации нарушенных функций челюстно-лицевой области, аномалий развития мягких тканей полости рта.

Пациенты были разделены на две группы, согласно значению межчелюстного угла NL-ML:

– 1-я группа: пациенты с микро- и/или ретрогнатией нижней челюсти, ассоциированной с нормо- и гиподивергентным типом лицевого скелета (n=16);

– 2-я группа: пациенты с микро- и/или ретрогнатией нижней челюсти, ассоциированной с гипердивергентным типом лицевого скелета (n=29).

Статистический анализ данных проводится с использованием пакета Stata/MP v.13.0 for Windows (StataCorp LP, USA).

Полученные результаты и обсуждение. Структурное представительство этиологических факторов (факторов риска) нижнечелюстной микро- и/или ретрогнатии с учетом выделенных групп представлены в табл. У пациентов с нормо- и гиподивергентным типом лицевого скелета наиболее значимыми факторами риска определены раннее удаление временных моляров на нижней челюсти (75,0% случаев) и синхронное нарушение функции жевания (81,2% случаев), неправильное глотание (у 68,8% пациентов).

Таблица 1.

Частота встречаемости этиологических факторов дистальной окклюзии зубных рядов у пациентов с незавершенным ростом челюстных костей (n/%)

Этиологический фактор	1-я группа (n=16)	2-я группа (n=29)
Раннее удаление временных моляров на нижней челюсти	12 / 75,0	6 / 20,7*
Ротовое дыхание	3 / 18,8	20 / 69,0*
Инфантильное глотание	11 / 68,8	8 / 27,6*
«Ленивое» жевание	13 / 81,2	8 / 27,6*
Неправильная речевая артикуляция	3 / 18,8	7 / 24,1
Привычка сосания и прикусывания нижней губы	2 / 12,5	11/37,9*
Привычка сосания пальцев	2 / 12,5	7/24,1
Аномалия уздечки языка	4 / 25,0	–

Примечание: * – достоверное различие между частотой тиологического фактора в 1-й и 2-й группах.

У пациентов с гипердивергентным типом лицевого скелета (2-я группа наблюдения) определялись следующие этиологические факторы: нарушение носового дыхания (69,0% случаев), привычка сосания и закусывания нижней губы (у 37,9% пациентов), инфантильный тип глотания и нарушение функции жевания (по 27,6% случаев соответственно), привычка сосания большого пальца руки (24,1% пациентов), межзубное положение языка (в 24,1% случаев). Необходимо отметить, что у всех пациентов с ранним удалением временных моляров на нижней челюсти одновременно отмечалось ротовое дыхание и «ленивое» жевание.

Заключение и выводы. Таким образом, структурное представительство активнодействующих этиологических факторов микро- и/или ретрогнатии нижней челюсти различно в зависимости от типа лицевого скелета. Так при нормо- и гиподивергентном типе на первый план выходят ранее удаление временных моляров на нижней челюсти с одновременным нарушением функции жевания и инфантильным глотанием, при гипердивергенции челюстных костей – ведущую роль играет ротовое дыхание и неправильно зафиксированные двигательные реакции (сосание и прикусывание нижней губы, пальца).

Список литературы:

1. Гвоздева Ю.В. Состояние общесоматического статуса у детей с выраженными миофункциональными нарушениями в раннем детском возрасте / Ю.В. Гвоздева, М.А. Данилова // Ортодонтия. – 2009. № 3 (47). С. 6-8.

2. Данилова М.А. Применение геометрических моделей верхней и нижней челюстей, височно-нижнечелюстного сустава для описания изменений челюстного комплекса в норме и при дистальной окклюзии зубных рядов / М.А. Данилова, П.В. Ишмурзин, С.В. Захаров // Ортодонтия. – 2012. № 1 (57). С. 15-19.

3. Данилова М.А. Теоретическое обоснование миофункциональной коррекции сагиттальных аномалий окклюзии и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / М.А. Данилова, П.В. Ишмурзин, С.В. Захаров // Стоматология. – 2012. Т. 91. № 3. С. 65-69.

4. Польма Л.В., Макарова М.В., Оборотистов Н.Ю. Дистальная окклюзия зубных рядов: одно или двухэтапное лечение? / Л.В. Польма, М.В. Макарова, Н.Ю. Оборотистов // Ортодонтия. – 2013. № 2 (62). С. 14-25.

5. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф.Я. Хорошилкина. – М.: ООО МИА, 2006.

РОЛЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ

Солдатова Л.Н.[1], д.м.н., профессор Иорданишвили А.К.[2]
[1]ООО «Альфа-Дент», г. Санкт-Петербург;
[2]Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Современная медицинская наука и практическое здравоохранение уделяют большое внимание совершенствованию оказания специализированной помощи людям различного возраста, что направлено на повышение качества их жизни [1, 4, 5]. Это обусловлено демографической особенностью настоящего времени, которая охватывает практически весь мир. Этот объективный процесс является одной из важнейших проблем начала XX1 века [6, 8]. По данным Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам в настоящее время в мире насчитывается почти 700 миллионов людей старше 60 лет [6]. К 2050 году лиц старше 60 лет будет около двух миллиардов, и они составят более 20% населения земного шара [5, 6]. Мадридский международный план действий по проблемам старения и Политическая декларация, принятые на 2-ой Всемирной ассамблее по проблемам старения в апреле 2002 г., поставили перед мировым сообществом в качестве ключевой проблемы задачу создания общества для людей всех возрастов [7].

В Российской Федерации в настоящее время проживает 31,7 млн человек старше 60 лет. Доля этой популяционной группы в структуре всего населения с 1989 года возросла с 15% до 21%. При этом в некоторых субъектах Российской Федерации она доходит до 28% от общей численности населения региона [6]. Изменение структуры населения меняет область задач врачей-стоматологов, делая задачи повышения качества оказания стоматологической помощи и повышения качества жизни людей одними из приоритетных [5, 8].

Состояние полости рта отражает возрастные изменения и здоровье человека, его экономический статус [5, 6, 9]. Это предопределяет необходимость интегрального подхода к взрослому человеку, так как кроме стоматологических проблем, необходимо учитывать общесоматический статус, и социально-экономические факторы, влияющие на здоровье взрослого человека, тем более что в старшем возрасте значительно выше не только стоматологическая заболеваемость, но и количество заболеваний внутренних органов у каждого пациента [4, 11]. В среднем, при обследовании людей старших возрастов, определяется 3–5 болезней [6, 11]. Безусловно, что патологические и адаптационные процессы в полости рта у пациентов с отягощенной соматической патологией будут иметь свои особенности, неблагоприятно влияющие на результаты стоматологической реабилитации.

Многофакторность воздействия внутренней и внешней среды диктует необходимость обобщенного видения и целостного подхода к человеку, использования многоаспектных диагностических и лечебных мер.

Изучение факторов, определяющих реабилитационный потенциал стоматологических пациентов взрослого возраста с мультиморбидными состояниями показало, что прогностически значимыми при планировании реабилитационных мероприятий являются медико-социальные и общесоматические характеристики пациентов в совокупности с показателями стоматологического статуса. Наличие тесных корреляционных взаимоотношений между медико-социальными, общесоматическими и

стоматологическими показателями предопределяет необходимость рассмотрения системного подхода у пациентов, страдающих стоматологическими заболеваниями.

Проблема оказания ортодонтической помощи людям старшего возраста практически не обсуждается в научной и научно-популярной медицинской печати. На наш взгляд, это связано с социально-экономическими соображениями. Учитывая высокую стоимость современных методов ортодонтического лечения, а также то, что эти лечебно-профилактические мероприятия не попадают в список оказываемых за счет бюджетных средств, ортодонтическая помощь в системе стоматологической реабилитации людям взрослого возраста в настоящее время практически не оказывается или проводится исключительно в частных стоматологических клиниках и кабинетах.

Известно, что нарушение целостности жевательного аппарата и его функции неизбежно приводит к снижению качества жизни взрослых пациентов, что отрицательно влияет на процесс их социальной адаптации. Поэтому, на этапе амбулаторной помощи людям старшего возраста со стоматологической патологией важное место должны занимать новые подходы к оказанию им имеющейся современной стоматологической помощи. Безусловно, в такой работе большое значение будут иметь мероприятия по применению ортодонтических методов лечения в комплексной стоматологической реабилитации пациентов старшего возраста.

В настоящей работе мы проанализировали результаты наших клинических наблюдений за стоматологическим лечением людей пожилого и старческого возраста с применением им ортодонтического лечения. Это и явилось целью настоящего клинического исследования.

Цель исследования. Анализ результатов клинических наблюдений за повышением уровня стоматологической реабилитации у взрослых пациентов при проведении им ортодонтической подготовки.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 56 (12 мужчин и 44 женщины) человек в возрасте от 51 до 67 лет, которым в процессе стоматологической реабилитации было проведено ортодонтическое лечение. Исходя из задач, которые ставились при проведении ортодонтической помощи взрослым пациентам, они были разделены на 3 группы. В 1-ой группе, которую составили 16 (3 мужчины и 13 женщин) человек, ортодонтическое лечение применялось как самостоятельный вид оказания стоматологической помощи и осуществлялось этим пациентам после проведения им общесанационных мероприятий. Такой подход был обусловлен состоянием у них жевательного аппарата. Эти пациенты имели естественные зубы или единичные включенные дефекты зубных рядов протяженностью в 1–2 зуба. Поэтому целью ортодонтического лечения было исправление аномалий положения зубных рядов, которое возникло у этих пациентов за счет заболеваний пародонта или частичной утраты зубов. Во всех случаях применялась современная ортодонтическая техника, а именно брекет-системы и ортодонтические миниимплантаты. С их помощью исправляли положение зубов и зубных рядов, а также добивались смещения зубов для устранения включенных дефектов зубных рядов. У людей 2-ой группы, которую составили 29 (5 мужчин и 24 женщины), ортодонтическое лечение применялось в комплексной стоматологической реабилитации пациентов перед ортопедическим лечением. В третью группу вошли 11 пациентов (4 мужчины и 7 женщин), у которых во время стоматологического обследования перед зубным протезированием, были выявлены заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), сопровождающиеся снижением высоты нижней трети лица из-за утраты естественных зубов или в связи с повышенной стираемостью их твердых тканей, которые требовали дополнительного обследования и ортодонтического лечения.

Для планирования ортодонтического лечения пациентам изготавливали контрольные модели, проводили их изучение по общепринятым методикам в

ортодонтии, а также проводили рентгенологическое исследованием жевательного аппарата с помощью ортопантомографии, телерентгенографии. С их помощью изучали морфометрический индекс ВНЧС, а также параметры изменения соотношения челюстей в пространстве черепа.

Результаты исследования и их обсуждение. Ортодонтическое лечение пациентов лечение пациентов 1-ой группы продолжалось 1,5–2 года. После его завершения у всех 16 человек получен хороший эстетический результат. Кроме того, у всех пациентов удалось переместить естественные зубы для замещения ими имеющихся в зубных рядах дефектов небольшой протяженности. В результате такого лечения удалось добиться хорошего функционального результата и повышения жевательной эффективности у людей пожилого и старческого возраста, которые входили в 1-ую группу. Всем пациентам этой группы были изготовлены ретенционные аппараты, для профилактики рецидивирования стоматологической патологии.

Продолжительность ортодонтического лечения у людей 2-ой группы составила 1–2 года. Это было связано с наличием у них воспалительных заболеваний пародонта, чаще хронического генерализованного пародонтита средней или тяжелой степени тяжести, что не позволяло применять те же силы, что и у людей молодого или среднего возраста. Кроме того, у 9 пациентов 2-ой группы хронический генерализованный пародонтит осложнился не только веерным расхождением зубов верхней и нижней челюсти, но и снижением межальвеолярного расстояния. Решение этой проблемы также было осуществлено за счет использования ортодонтического лечения. Завершалось ортодонтической лечение у больных 2-ой группы зубным протезированием и, при необходимости, дополнялось использованием ретенционных аппаратов. У всех 29 человек этой группы по завершению стоматологической реабилитации отмечен хороший функциональный и эстетический результат лечения.

У пациентов 3-ей группы, после дополнительного обследования и установления диагноза в связи с заболеванием ВНЧС, были изготовлены

назубные каппы на нижнюю челюсть у 9 человек и разобщающие прикус пластинки – у 2 человек. Цель применения этих ортодонтических лечебных аппаратов состояла в нормализации межальвеолярного расстояния и эстетического центра челюстей, что является обязательным и неотъемлемым подготовительным мероприятием перед проведением таким пациентам зубного протезирования. Всем пациентам этой группы определяли индекс дисфункции до и после завершения лечения, а также рассчитывали эффективность проведенной терапии с помощью ранее разработанных нами методик [2]. У всех пациентов 3-ей группы был получен хороший результат как в лечении патологии ВНЧС, так и ортопедического лечения. Подчеркнем, что пациенты трех групп находились под нашим динамическим наблюдением от 2,5 до 4 лет.

Заключение. Результаты динамического наблюдения за применением ортодонтического лечения у людей старших возрастных групп при стоматологической реабилитации или перед зубным протезированием показало их высокую эффективность. Кроме того, нахождение таких пациентов под динамическим наблюдением позволяло на протяжении всего периода наблюдения поддерживать в хорошем состоянии индивидуальную гигиену полости рта, своевременно направлять пациентов к стоматологу-терапевту или пародонтологу для лечения зубов или купирования воспалительных заболеваний пародонта. Таким образом, широкое использование ортодонтической помощи пациентам старшего возраста может существенно улучшить состояние их жевательного аппарата и повысить качество их жизни.

Список литературы:

1. Иорданишвили А.К. Стоматологическая артрология: учеб.пособие / А.К. Иорданишвили. – СПб.: Нордмедиздат, 2005. 42 с.

2. Иорданишвили А.К. О лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава стоматологами-ортопедами в амбулаторных учреждениях различной формы собственности / Иорданишвили А.К.,

Сериков А.А., Поленс А.А // Институт Стоматологии. – 2010. № 3 (52). С. 10-12.

3. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – М.: МедПресс, 2007. 250 с.

4. Иорданишвили А.К., Овчинников К.А., Солдатова Л.Н., Сериков А.А., Самсонов В.В. Оптимизация диагностики и оценки эффективности лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц в стоматологической практике // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2015. Т. 7. № 4. С. 31-37.

5. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. М.: Медицина, 2003.

6. Ольховская Е.Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии (обзор литературы) // Стоматология для всех. 2003. № 1. С. 5-8.

7. Старение населения Санкт-Петербурга: социально-демографические аспекты / Под редакцией Г.Л. Сафаровой. – СПб: Изд-во «Система», 2006. 176 с.

8. Fried T.R., Van Doorn C., O'Leary J.R. et al. Older persons' preferences for home vs. hospital care in the treatment of acute illness // Arch. Intern. Med. 2000. № 160. P. 1501-1505.

9. Lindquist F.J., Ettinger R.L. The complexities involved with managing the care of an elderly patient // J. Amer. Dent. Ass. 2003. Vol. 134. № 5. P. 593-600.

10. Taylor C.M. Dental needs of pre- retirement & retired people in an inner-city area / C.M. Taylor, J. Fiske, D. Cooper // Public Health. – 1994. – Nov., Vol. 108, № 6. P. 413-417.

11. Unimo M. Systemic diseases in elderly dental patients / M. Unimo, M. Nagao // Int. Dent. J. – 1993. № 43. P. 213-218.

СРАВНЕНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЗУБНЫХ РЯДОВ В СМЕННОМ ПРИКУСЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ПРИ ПОМОЩИ 3D-СКАНИРОВАНИЯ ГИПСОВЫХ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

Пономарев А.А., Строганов В.В., Строганова И.В., Погребная М.П., Алтухова Т.Н.

ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника», г. Белгород

Любое ортодонтическое лечение должно начинаться с тщательной диагностики. Один из видов диагностики в ортодонтии является антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей.

Антропометрические методы изучения моделей челюстей дают возможность определить топографию и выраженность морфологических нарушений при аномалиях развития челюстей и зубных рядов, помогают поставить правильный диагноз и обосновать оптимальный план лечения пациента [1].

На диагностических моделях проводят измерения размеров зубов, зубных рядов, апикальных базисов челюстей с целью определения зубочелюстных аномалий. Измерения на диагностических моделях называют антропометрическими. Для измерения размеров зубов, зубных рядов используют специальный штангенциркуль, а также различные приспособления типа ортокреста, симметроскопа, ортометра [2].

Для хорошей окклюзии зубы должны быть пропорциональны в размерах. Если верхние зубы большего размера, а нижние меньшего, то наблюдается несоответствие и идеальная окклюзия не может быть достигнута [3].

Цель исследования выявить взаимосвязь между размерами зубов и зубных рядов в сменном прикусе при психоневрологическом статусе и отсутствия его у детей.

Материал и методы. Было отобрано 4 группы пациентов: в первую группу вошли мальчики с аномалиями формы и размеров зубных рядов с психоневрологическим статусом в количестве 24 человек с 7 до 12 лет, во вторую группу вошли девочки с той же ортодонтической патологией, и психоневрологическим статусом в количестве 25 человек с 7 до 12 лет, 3-я группа мальчики без неврологического статуса с аномалиями формы и размеров зубных рядов в количестве 25 человек, 4-я группа девочки без неврологического статуса с аномалиями формы и размеров зубных рядов в количестве 28 человек (табл. 1). Для анализа контрольно-диагностических моделей использовался 3D сканер Zfx Evolution с программой для измерения контрольно-диагностических моделей 3-D Tool. Проводилось измерение мезиодистальных размеров зубов, трансверзальные размеры зубных рядов, сагиттальные размеры зубных рядов, лонгитудинальная длина зубных рядов (рис. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов по полу, ортодонтическому диагнозу и наличию психоневрологического статуса

	Психоневрологический статус	Отсутствие психоневрологического статуса	Общее количество
	Аномалии формы и размеров зубных рядов		
Мальчики	24	25	49
Девочки	25	28	53

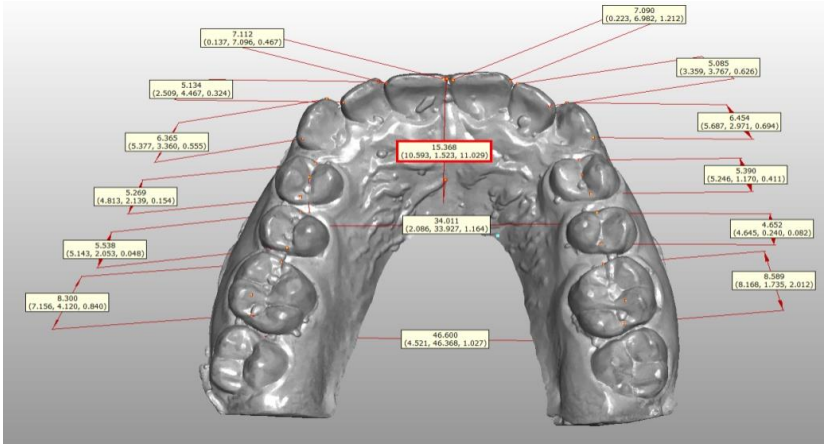


Рис. 1. 3-D гипсовая модель верхней челюсти пациента с контрольно-измерительными точками.

Результаты и их обсуждение. В результате обработки данных антропометрических измерений контрольно-диагностических моделей челюстей было выявлено сужение в области 6-х зубов верхней и нижней челюсти у пациентов с психоневрологическим статусом. Количество мальчиков с психоневрологическим статусом имеющих сужение зубных рядов 15 человек, девочек 18 человек. У детей, которых отсутствует психоневрологический статус так же имеется сужение зубных рядов у мальчиков 9 человек, у девочек 12 человек (табл. 2).

Таблица 2.

Процентное соотношение нормы и сужения зубных рядов у исследуемых пациентов

	Сужение зубных рядов		Норма	
	Пациенты с психоневро-логическим статусов	Пациенты, у которых отсутствует психоневроло-гический статус	Пациенты с психоневроло-гическим статусов	Пациенты, у которых отсутствует психоневроло-гический статус
Девочки	62,5%	36%	37,5%	64%
Мальчики	69,2%	42,9%	30,8%	57,1%

Заключение. На основании полученных данных был сделан вывод о том, что количество детей, имеющих психоневрологический статус, имеют больше сужение зубных рядов, чем у детей, у которых психоневрологический статус отсутствует, мы связываем это с тем что, у детей с отклонениями психического развития превалирует ротовое дыхание и повышенный тонус мышц.

Список литературы:

1. Образцов Ю.Л. Ларионов С.Н. Основы диагностики зубочелюстных аномалий у детей и подростков. Учебно-методическое пособие. 23 с.

2.Персин Л.С. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций: Л.С. Персин и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 186 с.

3.Проффит У.Р. Современная ортодонтия / Уильям Р. Проффит: Перевод с англ.: под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Л.С. Персина. 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. 140 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЦИФРОВЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКОВ

Д.м.н., профессор Гажва С.И., к.м.н. Тетерин А.И., Арушанян Р.К.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии ФДПО,
г. Нижний Новгород

В настоящее время в практике ортопедической стоматологии все большее распространение приобретают цифровые методы получения оттисков с помощью внутриротовых сканеров [1, 2, 3]. Так, об этом свидетельствует факт многократного увеличения количества публикаций о данной технологии в англоязычной базе медицинских статей Pubmed за последние 5 лет (рис. 1).

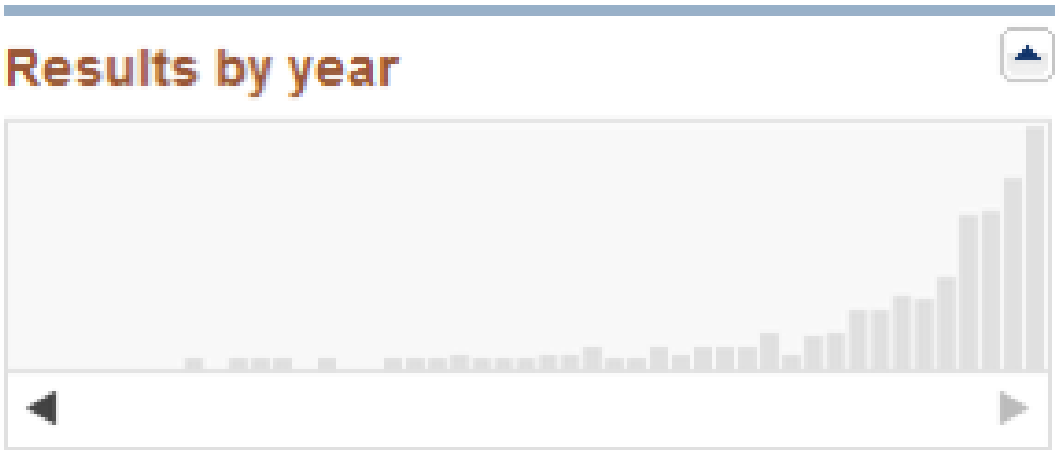


Рис. 1. Диаграмма количества публикаций в базе данных Pubmed по запросу «digital impression».

Метод оптического внутриротового сканирования (ОВС) призван сделать процесс протезирования зубов более комфортным, качественным, простым и быстрым [4, 5]. В то же время, традиционный способ получения оттисков методом отдавливания оттискных масс по протезному ложу остается наиболее распространенным у практикующих врачей [6, 7, 8].

В данной статье авторы попытаются провести сравнительный анализ метода внутриротового сканирования с оттисками, полученными традиционно и дать оценку применения обеих технологий.

Нами было проведено наблюдение, которое состояло из 2х последовательных этапов – клинического (1-ый этап) и лабораторного (2-ой этап). На начальном (клиническом) этапе у одного и того же пациента нами были получены оттиски верхней челюсти тремя разными способами:

1. цифровой оптический оттиск CEREC Omnicam (Dentsply Sirona),
2. одноэтапный оттиск а-силиконом Silagum (DMG),
3. двухэтапный оттиск с-силиконом Speedex (Coltene Whaledent).

На втором этапе (лабораторном) были проведены сопоставления скана CEREC с цифровыми копиями гипсовых моделей полученными по оттискам Silagum и Speedex. Для максимальной достоверности сопоставления производили в двух многофункциональных зуботехнических компьютерных программах – exocad DENTAL CAD (Германия) и Zirkonzahn.Modellier (Италия). В результате наложения цифровых моделей друг на друга в программной среде появляются цветовые поля, каждый цвет которых характеризует определенный размер несоответствия.

Для проверки качества программного сопоставления 3d моделей в виртуальной среде мы провели тестовое наложение двух одинаковых сканов по трем точкам в exocad DENTAL CAD. Оказалось, что алгоритм сопоставления моделей по трем точкам работает идеально – в виртуальной среде все поверхности моделей были окрашены в синий цвет, что соответствует разобщению в 0 микрон (рис. 2).

Анализ сопоставления оттисков CEREC Omnicam, Silagum, и Speedex показал, что все три оттиска имеют разные линейные размеры и не совпадают между собой. В связи с тем, что наблюдение происходило in vivo и провести точные измерения истинных линейных размеров зубного ряда верхней челюсти живого пациента технически невозможно, ни один оттиск

не был принят за эталон, и мы не можем утверждать какой из оттисков обладает большей размерной точностью.

Однако, мы можем утверждать, что при получении трех разных слепков, мы получили три разных результата. Цветовая визуализация в виртуальной среде exocad DENTAL CAD и Zirkonzahn.Modellier позволяет наглядно это оценить (рис. 3, 4). Принимая во внимание многочисленные исследования по данной теме, можно подтвердить факт, что ни один из существующих методов получения оттисков, в том числе оптическое внутриротовое сканирование не обеспечивает многократное, абсолютно точное, воспроизведение размеров протезного ложа, следовательно и ее геометрии.

Интерфейс компьютерных программ позволил нам определить размеры несоответствия оттисков между собой. В результате наложения цифровых моделей в виртуальной среде появляются цветовые поля, разные цвета которых соответствуют определенному размеру расхождения между совмещенными оттисками. Также, в программе предусмотрено регулирование допусков неточности от 0 мкм до 1 мм. Оказалось, что при установке максимально допустимой погрешности в 600 мкм, виртуальные модели окрашиваются в синий цвет, т. е. цвет максимального соответствия (рис. 5).

Таким образом, можно сделать вывод, что размеры несоответствия оттисков между собой составляют от 0 до 600 мкм. Нужно принять во внимание, что авторы проводили сопоставление 3D моделей достаточно протяженного объекта со сложной геометрией, искривленного по дуге, каким является зубной ряд. Следовательно такая значительная погрешность будет иметь клиническую значимость только при изготовлении протяженных ортопедических конструкций, которыми является мостовидные протезы, съемные протезы, окклюзионные шины, хирургические шаблоны и т.п. Это подтверждает описанный в литературе международный клинический опыт по применению оптического внутриротового сканирования – этот метод оттсков

успешно применяются именно при микропротезировании зубов. В других же клинических ситуациях на сегодняшний день целесообразнее применять традиционные методы получения оттисков.

Итак, опыт применения технологии оптического внутрирового сканирования показал, что он имеет ряд преимуществ перед традиционными методами получения оттисков – отсутствие неприятных ощущений, связанных с нахождением большого объема оттискной массы в полости рта в том числе при повышенном рвотном рефлексе у пациента; отсутствие погрешностей, присущих традиционным оттискам – нарушение пропорций, неправильное смешивание материала, ингибирование твердения оттискного материала, неправильное введение оттискной ложки в полость рта, движения пациента во время получения оттиска, оттяжки, воздушные поры, дефекты из-за попадания слюны. Также преимуществом ОВС является возможность в случае обнаружения дефекта трехмерного виртуального оттиска в подавляющем большинстве случаев достаточно отсканировать повторно только данную область, а не всю челюсть, что удобнее и проще в сравнении с традиционными методами.

При этом мы можем выделить и недостатки метода оптического внутриротового сканирования. Прежде всего, это размерные неточности при сканировании протяженных объектов со сложной геометрией, которые связаны с алгоритмом работы сканеров – виртуальная 3D модель реконструируется путем компилирования одиночных изображений, полученных в одной плоскости, следовательно не производится непрерывный захват всего объема объекта в режиме реального времени.

Традиционные оттиски, получаемые методом отдавливания, доказали свою эффективность в течение многих лет. Применяя современные слепочные массы, стоматолог может получить слепок с гарантированно высокой точностью. Однако, несмотря на это, цифровые технологии являются одними из самых быстроразвивающихся в ортопедической стоматологии, и мы можем смело ожидать еще более широкое

совершенствование и внедрение методов оптического внутриротового сканирования в практическое здравоохранение с применением в разных клинических ситуациях.

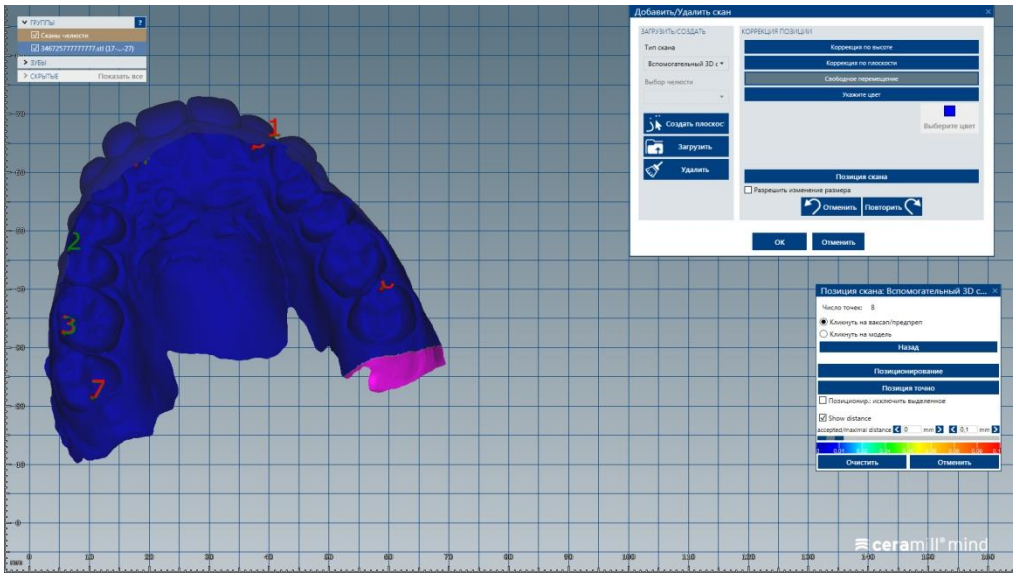


Рис. 2. Визуализация сопоставления двух одинаковых оттисков в программе Exocad DentalCAD. Вся область окрашена синим цветом.

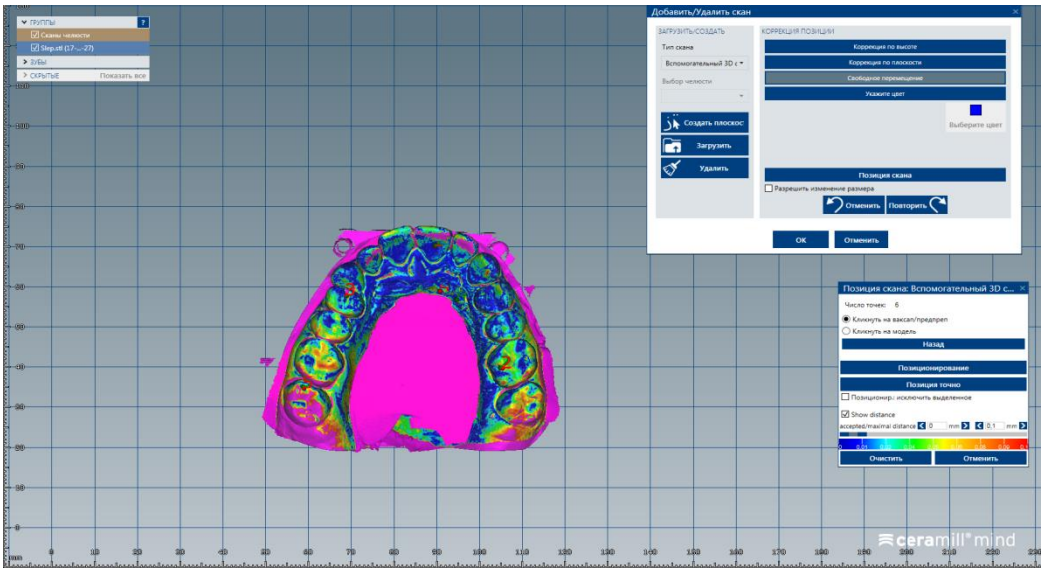


Рис. 3. Визуализация сопоставления цифровых оттисков Speedex и Cerec Omnicam в интерфейсе программы Exocad DentalCAD. Синим обозначены области соответствия оттисков.

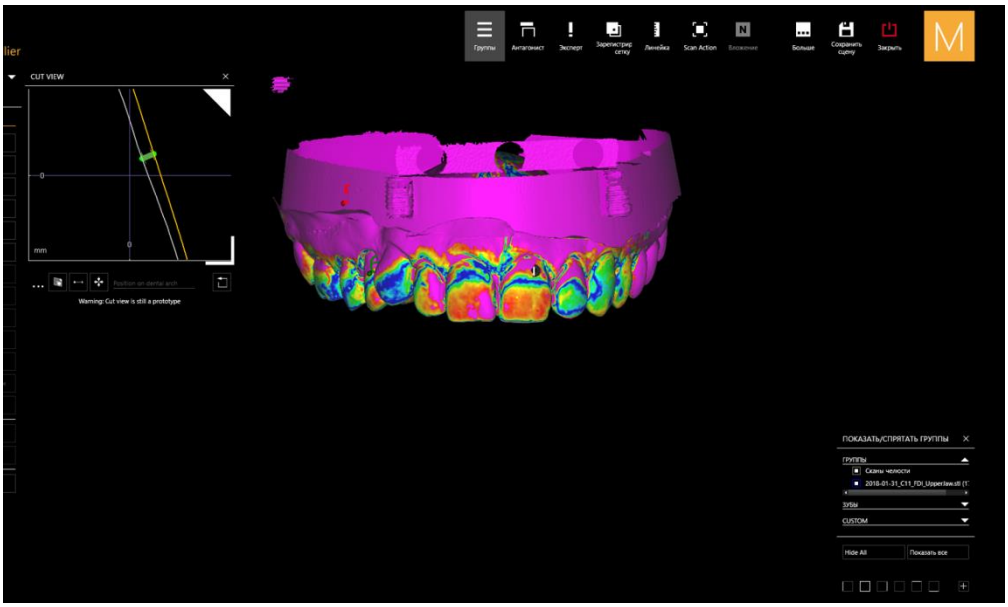


Рис. 4. Визуализация сопоставления цифровых оттисков Cerec Omnicam и Silagum в интерфейсе программы Zirkonzahn.Modellier.

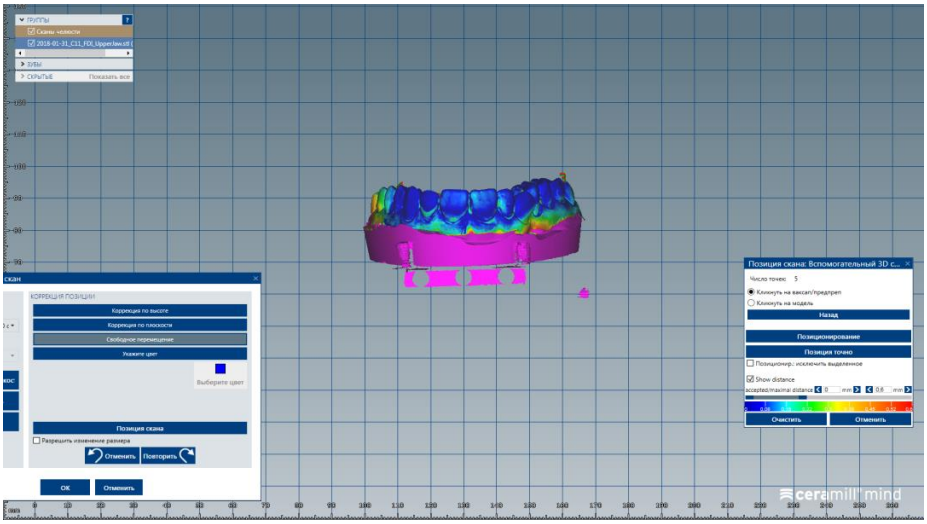


Рис. 5. Визуализация сопоставления оттисков Speedex и Cerec Omnicam с погрешностью 600 микрон.

Список литературы:

1. Жулев Е.Н., Вокулова Ю.А. Оценка точности получения оттисков зубных рядов с применением технологий лазерного сканирования // Современные проблемы науки и образования. – 2016. № 5.

2. Костюкова В.В. Сравнительный обзор внутриротовых трёхмерных цифровых сканеров для ортопедической стоматологии / В.В. Костюкова, А.Н. Ряховский, М.М. Уханов. – С. 53-59. Библиогр.: с. 59: табл.

3. Левин Г.Г., Вишняков Г.Н., Лощилов К.Е. Способ оптического измерения формы поверхности трехмерного объекта (варианты) // Патент RU2232373. 2004. № 19.

4. Christensen GJ. Laboratories Want Better Impressions. J Am Dent Assoc. 2007;138(4):527-529.

5. Durbin DM, Durbin DA, inventors: Systems and methods for 3D previewing. US Patent 2009/033108 A1; 2009, Mar 12.

6. Ender A, Mehl A, Mцrmann W, Attin Th: Accuracy Testing of a New Intraoral 3D Camera. International Journal of Computerized Dentistry 2009; 12: 11-28.

7. Ender A, Mehl A: Accuracy of complete-arch dental impressions: A new method of measuring trueness and precision. J Prosthet Dent 2013;109:121-128.

8. Persson A, Andersson M, Oden A, Sandborgh-Englund G. A three-dimensional evaluation of a laser scanner and a touch-probe scanner. J Prosthet Dent. 2006;95(3):194-200.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Д.м.н., профессор Гажва С.И., к.м.н. Тетерин А.И., Алексеев М.К.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии ФДПО,

г. Н. Новгород

Согласно статистическим данным распространенность осложнений кариеса зубов (пульпита и периодонтита) среди взрослого населения составляет от 51% до 93%. Указанные заболевания приводят к ранней потере зубов, что определяет их большую социальную значимость – так, в возрасте от 35 до 44 лет на каждого жителя Российской Федерации приходится 6–7 удаленных зуба, из них 3–5 по поводу осложнений кариеса зубов. При этом периодонтит может явиться причиной сокращения срока службы зубных протезов, что в свою очередь снижает эффективность ортопедического лечения. Успех же эндодонтического лечения определяется в том числе способом восстановления коронковой части зуба, предотвращающим повторное инфицирование корневых каналов [1, 3].

Таким образом, в настоящее время лечение осложнений кариеса зубов должно осуществляться стоматологами терапевтами и ортопедами

совместно, т. е. необходим междисциплинарный подход с единым взглядом на решение данной проблемы. Достичь такого результата – крайне сложная задача. Для практикующего врача выбор материала и метода постэндодонтического восстановления зуба труден по ряду причин:

1. большое количество вариантов лечения,
2. разнообразие клинических ситуаций,
3. отсутствие принятых стандартов в отношении реставрационного лечения.

Данные об успехе постэндодонтического лечения зубов весьма разнятся и составляют от 18–25% до 86–96%. В большинстве случаев оно ограничивается постановкой штифта и композитной реставрацией, в результате чего может возникнуть осложнение в виде скола стенки зуба или трещины корня. Таким образом, авторы считают необходимым разработку рекомендаций по выбору методов восстановления депульпированных зубов [2].

Прежде чем выбрать метод восстановления зуба, необходимо понимать, как изменяется его биомеханика после депульпирования. Следует выделить 3 основных механизма, снижающих прочность зуба:

1. Уменьшение количества жидкости в твердых тканях зубов, что снижает их способность сопротивляться растяжению, сжатию при упругой деформации.
2. Вымывание кальция и коллагенновых белков при ирригации корневых каналов, что делает ткани зуба более хрупкими.
3. Уменьшение количества тканей зуба вследствие кариозного поражения, создания эндодонтического доступа и последующего препарирования полости зуба для реставрации.

Решающие значение при этом имеет именно третий механизм, ведь на него в большей степени может повлиять клиницист. Лучшим подходом к восстановлению зуба после эндодонтического лечения, по мнению авторов,

является минимизация повреждения его тканей, особенно в пришеечной зоне – самой слабой части зуба.

Концепция создания феррул – эффекта сегодня является одной из ключевых в биомеханике восстановленного зуба. Феррул – это своего рода поясок остаточных тканей после иссечения тканей зуба. В результате многочисленных исследований W.J. Libman было обнаружено, что зубы с сохраненной высотой пришеечных тканей минимум в 2 мм имеют лучший долгосрочный прогноз, чем те, у которых объем тканей меньше, или феррул вообще отсутствует. Автор занимался изучением вопроса вне осевых нагрузок на зуб, при которых у центрального резца с одной стороны формируется область, поддающаяся преимущественно силе растяжения, а с другой стороны – силе сжатия (рис. 1). При такой нагрузке на штифтовые конструкции основное напряжение концентрируется в области верхушки штифта, что является фактором риска трещины или перелома корня. При этом повторяющиеся нагрузки и микродеформация, вызванная напряжением с небной стороны, приводят к обнажению края реставрации. Это в свою очередь провоцирует возникновение вторичного кариеса и ведет к провалу как эндодонтического лечения, так и реставрации в целом [6].

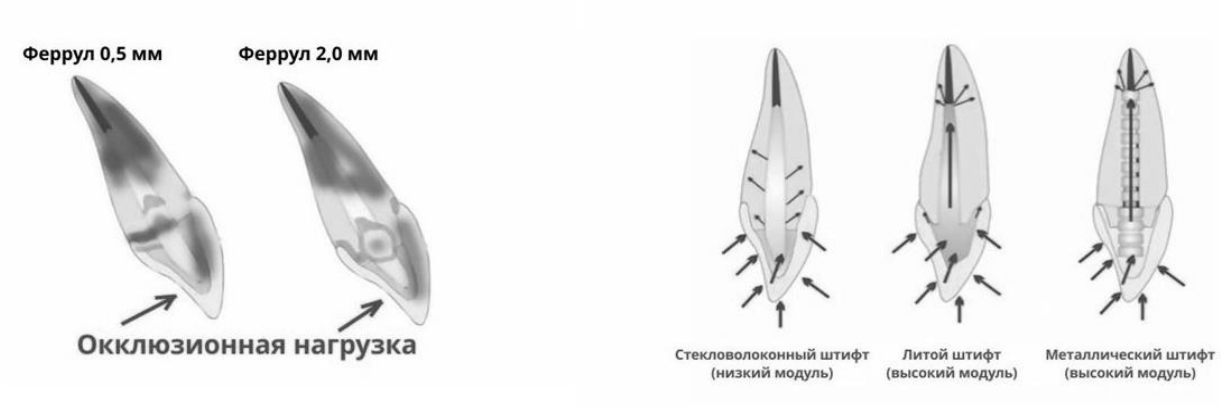


Рис. 1. Схема распределения окклюзионных нагрузок в зубе, восстановленного с помощью штифта.

Следует отметить, что на выживаемость также влияет костная поддержка, конфигурация и анатомия корневых каналов, качество твердых тканей [4].

С тех времен стоматология сделала большой шаг в сторону развития адгезивных систем, материалов и методов восстановления зубов. Проведя теоретический анализ современной специальной литературы можно сделать следующие выводы, что:

1. зубы, восстановленные ортопедическими конструкциями, показывают выживаемость в 6 раз выше, чем зубы без них,

2. выживаемость ортопедических конструкций, зафиксированных адгезивно, в 10-ти летний период наблюдений составляет 95%.

Таким образом учитывая уровень развития зуботехнических технологий и бондинговых систем, можно рекомендовать применение адгезивных керамических реставраций как метод выбора при восстановлении депульпированных зубов с обширной потерей твердых тканей.

Заключение. При постэндодонтическом восстановлении зубов необходим комплексный междисциплинарный подход стоматологов терапевта и ортопеда, основная задача которых сегодня минимизировать убыль твердых тканей зубов при создании эндодонтического доступа, препарировании под ортопедическую конструкцию. Для восстановления тканей зуба следует использовать современные штифтовые и культевые материалы близкие к физическим свойствам природного дентина. Метод микропротезирования с применением керамических реставраций позволяет надежно восстановить дефекты твердых тканей зубов

Список литературы:

1. Dietschi D, Spreafico R. «Evidence-based concepts and procedures for bonded inlays and onlays. Part I. Historical perspectives and clinical rationale for a biosubstitutive approach.» Int J Esthet Dent. 2015 Summer;10(2):210-27.

2. Gergo Mitov, Yana Anastassova-Yoshida, Frank Phillip Nothdurft, Constantin von See, Peter Pospiech «Influence of the preparation design and artificial aging on the fracture resistance of monolithic zirconia crowns» J Adv Prosthodont. 2016 Feb; 8(1): 30–36.

3. Rocca GT, Rizcalla N, Krejci I, Dietschi D.« Evidence-based concepts and procedures for bonded inlays and onlays. Part II. Guidelines for cavity

preparation and restoration fabrication.» Int J Esthet Dent. 2015 Autumn;10(3):392-413.

4. Libman W.J. Load fatigue of teeth restored with cast posts and cores and complete crowns / W.J. Libman, J.I. Nicholls // Int J Prosthodont. 1995. № 8. P. 155-161.

5. Naumann M, Schmitter M, Krastl G. «Postendodontic Restoration: Endodontic Post-and-Core or No Post At All?» J Adhes Dent. 2018;20(1):19-24.

6. Von Stein-Lausnitz M, Bruhnke M, Rosentritt M, Sterzenbach G, Bitter K, Frankenberger R, Naumann M. «Direct restoration of endodontically treated maxillary central incisors: post or no post at all?» Clin Oral Investig. 2018 Apr 30.

ДИНАМИКА ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ЧУВАШИЯ С 2010 ПО 2017 ГОД

Д.м.н., профессор Гажва С.И., к.м.н., доцент Марахтанов Н.Б., Алексеева Т.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии ФДПО, г. Н. Новгород

Среди всех видов стоматологических услуг каждый год отмечается повышенный спрос на ортодонтическое лечение. В настоящее время по данным специальной литературы распространенность зубочелюстных аномалий достигает 57.0–88.0%, не уступая кариесу (43.0–87.25%) и болезням пародонта (28.18–52.21%) [1], при этом доля детей, страдающих зубочелюстными аномалиями, составляет до 75% и имеет тенденцию к дальнейшему росту [2].

Совершенствование методов диагностики в ортодонтии с привлечением 3D технологий и компьютерной томографии, а также разработка новых подходов по коррекции зубо-челюстных аномалий, направленных на сокращение сроков пользования ортодонтической аппаратурой, повышают мотивационную активность пациентов за

ортодонтической помощью [3]. Одним из ключевых факторов, создающим повышенный спрос на ортодонтическое лечение является информация, которую обыватель может подчерпнуть из социальных сетей в интернете. Вместе с тем, со страниц глянцевых журналов идет продвижение здорового образа жизни и успешного человека, где эстетике улыбки уделяется не меньшее значение, чем всему внешнему виду [4].

Рост числа обратившихся за консультацией и лечением к ортодонту можно проследить по динамике показателей Городской стоматологической поликлиники в Республике Чувашия г. Чебоксары. С 2010 года по 2017 год среди общего числа посетителей наблюдался постоянный рост первичных пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью. При этом, в течение 2012–2014 гг., когда ухудшилась экономическая ситуация в стране, показатели значительно не менялись, оставаясь примерно на одном уровне (2010 г. – 2789 первичных, 2017 г. – 4941 первичных, увеличение на 77,2%) (рис. 1).

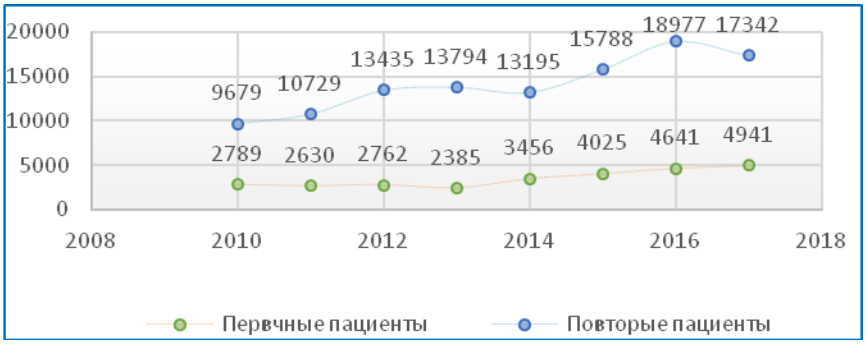


Рис. 1. Динамика первичных и повторных посещений с 2010–2018 гг.

Среди первичных пациентов большую часть составляют городские жители по сравнению с сельским населением. По возрастному критерию значительная доля приходится на детей в возрасте до 14 лет, затем подростки и взрослые (рис. 2).



Рис. 2. Первичная и повторная посещаемость в различные возрастные периоды.

Число лиц, взятых на диспансерное наблюдение росло незначительно с каждым годом, за исключением 2016–2017 гг., в которые отмечается резкое увеличение показателей (2010 г. – 485, 2015 г. – 502, 2016 г. – 70854), среди которых также превалируют дети в возрасте до 14 лет. Диагностика лиц, нуждающихся в ортодонтическом лечении, также возросла с 2010 г. (1570) по 2017 г. (2917) (рис. 3).



Рис. 3. Нуждаемость в ортодонтическом лечении.

По объёму выполненной работы в Городской поликлинике г. Чебоксары прослеживается позитивная динамика роста показателей лечения с применением внутриротовых как съёмных, так и аппаратов несъёмного типа. По аппаратам сочетанного типа действия значимых колебаний не отмечается, имеются небольшие падения показателей в годы начала экономического кризиса (рис. 4).



Рис. 4. Объём выполненных работ.

По количеству лиц, закончивших лечение, показатели увеличились с 204 (2010 г.) до 871 (2017 г.). Значительный рост данных отмечается в 2016 году. Значения по числу лиц, снятых с диспансерного наблюдения, сильно варьируют, закономерной динамики не прослеживается.

Показатели количества лиц, которым было начато лечение, увеличиваются с 1564 (2010 г.) до 3373 (2017 г.). Примерно такая же тенденция наблюдается в отношении сданных работ (с 2010 г. – 2056, 2017 г. – 3618) (рис. 5).

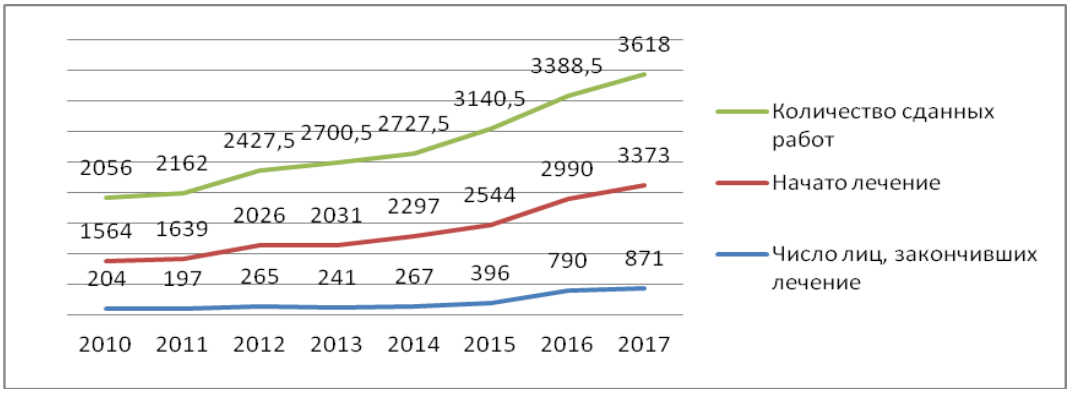


Рис. 5. Количество пациентов, начавших и закончивших ортодонтическое лечение.

Что касается средних показателей посещений и первичных посещений в день, то полученные данные с небольшой разницей выросли к 2017 г. (рис. 6).



Рис. 6. Средние показатели посещений и первичных посещений в день.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о повышении мотивационной активности у населения Республики Чувашия к ортодонтическому лечению челюстно-лицевых аномалий. Подтверждением этого является положительная динамика и прирост как посещаемости в целом, так и первичной в том числе с преобладанием законченных случаев лечения. Однако, необходимо подчеркнуть, что объём и виды ортодонтической помощи зависят от социально-экономического состояния населения и степени укомплектованности стоматологических клиник врача-ортодонтами.

Список литературы:

1. Гонтарев С.Н. Влияние геоинформационных-наследственных связей на лечение пациентов с ортодонтической патологией / С.Н. Гонтарев, И.С. Гонтарева, Д.М. Яковенко // НАУЧНЫЕ ВЕДОМОСТИ. Серия Медицина. Фармация. 2015. № 16 (213). Вып. 31.

2. Тихонов В.Э. Выявление потребности в ортодонтической помощи у школьников Рязанской области / Тихонов В.Э., Митин Н.Е., Гришин М.И. // The Journal of scientific articles «Health and Education Millennium», 2017. Vol. 19. № 11.

3. Викторов В.Н. Стоматология в Чувашии / В.Н. Викторов, Г.А. Алексеев. – Чебоксары: АУ Чувашия «ИУВ», 2016. 370 с.

4. Марахтанов Н.Б., Жулев Е.Н. и др. Методы оценки профиля мягких тканей лица// Обозрение стоматология. 2005. № 5 (29). С. 14-16.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОРОНОЗАЛЬНОМ СООБЩЕНИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Д.м.н., профессор Жулев Е.Н., к.м.н. Якунина А.В.,
к.м.н., доцент Кочубейник А.В., Матросова Е.С.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии, г. Нижний Новгород

Повышение эффективности лечения больных с приобретенными дефектами челюстей, является весьма актуальной проблемой. Дефекты верхней челюсти, в основном, возникают в результате травмы, огнестрельных ранений или как следствие обширных оперативных вмешательств по поводу новообразований. Развитие радикальных хирургических методов лечения злокачественных и доброкачественных опухолей приводит к увеличению больных с пострезекционными дефектами верхней челюсти. По данным литературы злокачественные новообразования верхней челюсти составляют 28%, доброкачественные опухоли составляют 7.69% от всех заболеваний челюстно-лицевой области. В отделениях ЧЛХ и стоматологических поликлиниках проводят комплексное лечение и реабилитационные мероприятия. Клинические проявления оперативных вмешательств заключаются в нарушении функции жевания, глотания, речи и эстетики. Кроме того дефекты челюстных костей приводят к асимметрии лица. Изменяется психосоциальный статус пациентов. Большое значение имеет объем оперативного вмешательства, методика операции, топография и величина дефекта, а также своевременность проведения ортопедического лечения и срок, прошедший после операции. Целью комплексного лечения больных с приобретенными дефектами является устранение морфологических и функциональных нарушений, снижение психоэмоционального напряжения.

Известно несколько конструкций резекционных протезов. Непосредственный протез после коррекции замещающей части И.М. Оксман предлагал использовать в качестве постоянного протеза. Такая конструкция имела ряд недостатков: отсутствие полой обтурирующей части (что заметно утяжеляет протез), невозможность создания полноценного замыкающего клапана, недостаточное использование анатомической ретенции для фиксации протеза (как дополнительный способ фиксации). Более совершенной является конструкция, предложенная Э.Я. Варесом (1962) (ранее описанная Kelly), предусматривающая снятие функционального оттиска индивидуальной ложкой, определения центрального соотношения челюстей и создание объемной обтурирующей части. При использовании этой методики возникают трудности при снятии функционального оттиска вследствие неполной изоляции полости рта от полости носа и создании замыкающего клапана. Объем полой части достигает больших размеров, а протез в связи с этим становится громоздким. В целях устранения отмеченных недостатков, а также повышения качества протезирования, С.В. Рябовым (2000) была предложена несколько иная методика, которая до сих пор не использовалась при лечении этой категории больных.

В качестве примера подобного подхода к лечению приводим выписку из следующей истории болезни.

Пациент Г. 59 лет, обратился в стоматологическую клинику ПИМУ на кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии с целью протезирования. Из анамнеза выявлено, что пациенту был поставлен диагноз: гигантоклеточный эпулид (остеобластокластома) верхней челюсти слева. Была выполнена частичная резекция верхней челюсти слева. При объективном обследовании общее состояние пациента было удовлетворительное, имелось оронозальное сообщение (рис. 1), речь гнусавая.

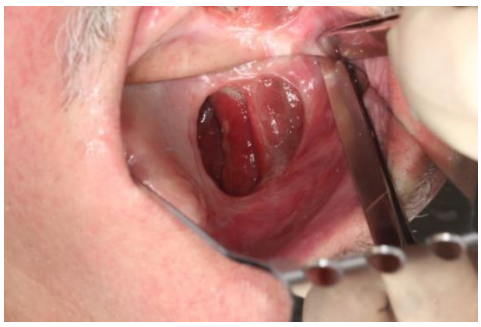


Рис. 1. Оронозальное сообщение после частичной резекции верхней челюсти.

Конфигурация лица изменена с левой стороны, отмечается западение щеки и верхней губы. При осмотре полости рта обнаружено, что резекция альвеолярного отростка верхней челюсти и частично твердого неба была выполнена слева, рана гранулирующая, бугор верхней челюсти с левой стороны сохранен. Дефект зубного ряда ограничен 1.5 и 1.3, которые подвижны 2–3 степени, имеют обнажение 2/3 длины корней. Атрофия беззубого альвеолярного отростка умеренная. На нижней челюсти имеется двусторонний концевой дефект зубного ряда, ограниченный 3.5 и 4.4. Зубы 3.5, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 имеют подвижность 3 степени, обнажение корней более чем на S, десневой край гиперемирован, слегка отечен. Отмечается выраженная атрофия альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов. Гигиена полости рта неудовлетворительная.

После обследования был поставлен диагноз: состояние после частичной резекции верхней челюсти; хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести; частичная потеря зубов верхней челюсти (по классиф. Е.Н. Жулева – 3 кл.) частичная потеря зубов нижней челюсти (2 кл.).

Составлен план подготовки к ортопедическому лечению:

1) С целью санации полости рта рекомендовано удаление 1.5 и 1.3, 3.5, 3.2, 3.1, 4.1 и 4.2.

2) Рекомендована консультация хирурга-стоматолога по поводу операции имплантации беззубой верхней челюсти с целью улучшения фиксации съемного протеза.

План ортопедического лечения:

Протезировать верхнюю челюсть пластиночным протезом с резекционной частью;

Протезировать нижнюю челюсть съемным пластиночным протезом с кламмерной фиксацией на 3.4 и 4.4.

С целью иллюстрации хода лечения приводим выписку из дневника лечения:

Пациент Г. явился на повторный прием спустя 1 месяц после удаления зубов с целью ортопедического лечения. После объективного обследования был поставлен диагноз: состояние после резекции верхней челюсти с левой стороны; полная потеря зубов верхней челюсти (второй тип по Оксману), частичная потеря зубов нижней челюсти (по классиф. Е.Н. Жулева 2 кл.). Пациенту были сняты анатомические оттиски с верхней и нижней челюстей альгинатным материалом «Кромопан». При этом особое внимание уделялось отображению рельефа внутренней части дефекта. Изготовленная гипсовая модель, помещалась в основание кюветы, область дефекта выстилалась пластинкой базисного воска, максимально повторяющей его рельеф. Все образовавшиеся поднутрения восковой композиции наружного колпачка обтурирующей части закрывались дополнительными порциями воска. Края дефекта по всему периметру также перекрывались воском на ширину в 3–5 мм. После этого заполнялась гипсом вторая половины кюветы и воск заменялся пластмассой обычным способом. В результате этого мы получили наружный колпачок обтурирующей части резекционного протеза, точно повторяющий рельеф полости дефекта.

Следующим клиническим этапом стала припасовка колпачка. Он свободно вводился, фиксировался в области дефекта, извлекался, не травмировал слизистую оболочку дефекта и не вызывал неприятных

ощущений. Были проведены следующие пробы: больной полоскал рот водой для исключения попадания воды в полость носа. Просили больного зажать нос пальцами и сильно выдохнуть через нос, проверка фиксации колпачка. Кроме того были проведены разговорные пробы.

После проверки с колпачка сошлифовали излишки пластмассы (толщина его не должна была превышать 1,5 мм), вновь снимали анатомический оттиск вместе с колпачком (рис. 2) и отливали модель (рис. 3).



Рис. 2. Анатомический оттиск.

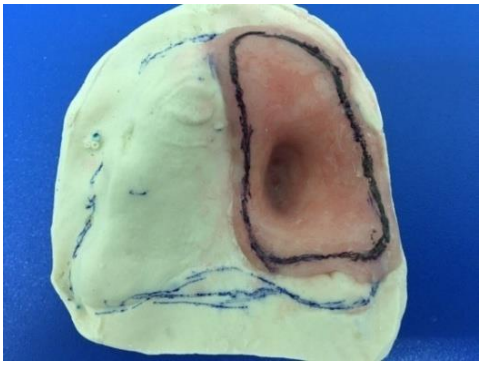


Рис. 3. Рабочая модель вместе с колпачком.

На рабочей модели верхней челюсти произвели моделирование гипсом утраченной части челюсти по аналогии с сохранившейся, создавая недостающие анатомические образования. Края колпачка, выходящие за пределы дефекта (3–5 мм) не закрывали гипсом и изолировали тонкой алюминиевой фольгой (рис. 4),

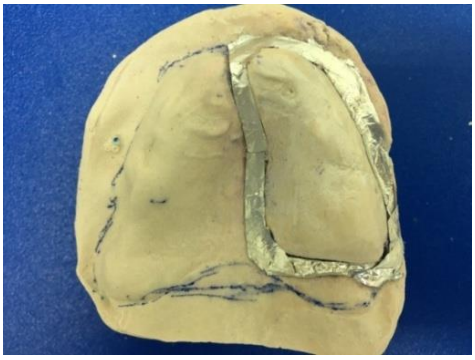


Рис. 4. Края колпачка, изолированные алюминиевой фольгой.

а затем изготавливали индивидуальную ложку из самотвердеющей пластмассы. После затвердевания пластмассы ложка отделялась от модели,

алюминиевая фольга удалялась, а колпачок соединяли с индивидуальной ложкой при помощи дихлорэтанового клея. После этого индивидуальная ложка вместе с колпачком проверялась в полости рта. К ложке с обтурирующей частью приклеивали заранее приготовленные восковые валики, определяли центральное соотношение челюстей, а функциональный оттиск снимали под давлением окклюзионных валиков.

В лаборатории модели загипсовывали в артикулятор, удаляли жесткую индивидуальную ложку, колпачок оставляли внутри модели верхней челюсти и производили моделирование базиса протеза и постановку искусственных зубов.

Проверка восковой модели будущего протеза ничем не отличалась от традиционной (как при полной потере зубов), так как выполнялась без обтурирующего колпачка.

Далее модель верхней челюсти с восковой композицией съемного протеза и обтурирующим колпачком внутри загипсовывали в кювету обратным способом. После вываривания воска на водяной бане края обтурирующего колпачка вновь изолировали фольгой и осуществляли паковку пластмассы и ее полимеризацию. После извлечения из кюветы части протеза легко отделились друг от друга, базис и колпачок соединили самотвердеющей пластмассой. Готовый протез (рис. 5) и особенно его обтурирующая часть тщательно полируются. После наложения съемного резекционного протеза верхней челюсти и съемного пластиночного протеза с кламмерной фиксацией для нижней челюсти (рис. 6), пациенту были даны соответствующие рекомендации и назначен контрольный осмотр на следующий день.

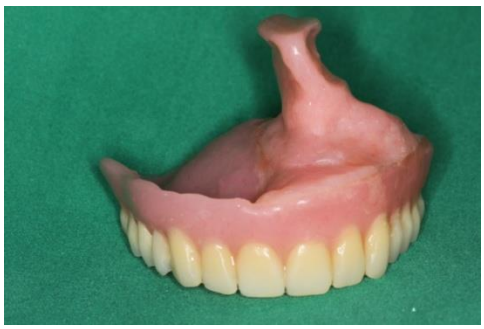


Рис. 5. Съёмный пластиночный протез верхней челюсти при полной потери зубов с резекционной частью.



Рис. 6. Съёмный пластиночный протез верхней челюсти при полной потери зубов с резекционной частью и съёмный пластиночный протез с кламмерной фиксацией при частичной потери зубов.

Несмотря на то, что пациент ранее не протезировался, адаптация к протезам произошла достаточно быстро, в течение нескольких дней. Фиксация и стабилизация протезов были хорошими. Морфологические и функциональные нарушения были восстановлены. Пациент жалоб не предъявлял и остался доволен протезами (рис. 7).

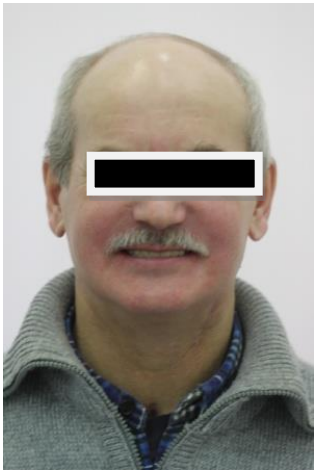


Рис. 7. Пациент после ортопедического лечения.

Таким образом, методика, предложенная С.В. Рябовым, позволяет добиться хорошей фиксации и стабилизации протеза на верхней челюсти после ее частичной резекции.

Список литературы:

1. Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. – М., МИА, 2012. 824 с.

2. Рябов С.В. Протезирование приобретенных дефектов твердого неба // Нижегородский медицинский журнал. – 2000. № 3. С. 35-38.
3. Жулев Е.Н., Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология. – М., МИА, 2008. 160 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ УЛЬТРАЗВУКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Д.м.н., профессор Жулев Е.Н., к.м.н. Вельмакина И.В.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии, г. Нижний Новгород

Введение. Зубочелюстная система человека – это сложный организм, в нормальном функционировании которого принимают участие не только зубные ряды, но и жевательные мышцы, и височно-нижнечелюстные суставы. От координированной работы этих структур напрямую зависит наше самочувствие, настроение и здоровье в целом. Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) является одним из самых сложных суставов в организме человека, поскольку участвует в осуществлении жизненно необходимых функций – жевания и речи, и любое его патологическое состояние способно существенно снизить качество жизни больного. На сегодняшний день почти у 70% взрослого населения встречаются различные патологические состояния ВНЧС, из которых наиболее распространённым является синдром мышечно-суставной дисфункции. При этом заболевании меняется взаимное расположение элементов сустава: головки и диска, – без структурных повреждений. Причинами развития данной патологии являются, как правило, окклюзионные нарушения. При этом меняется функция жевательных мышц, которые вынуждены усиленно сокращаться, чтобы

приводить зубные ряды в смыкание, и соответственно, меняется функция суставов. Кроме того, парафункции жевательных мышц, частые стрессы, аллергены, простудные заболевания, гиповитаминозы, нарушения осанки, заболевания опорно-двигательного аппарата также являются причинами развития этой патологии. Заболевание длительное время протекает бессимптомно за счет широких адаптационных возможностей ВНЧС, а при развившейся стадии пациенты ощущают щелчки или хруст в суставах при приеме пищи, зевании, широком открывании рта, чувство тяжести и болевые ощущения в жевательных мышцах; возможно появление заложенности уха на стороне поражения и ограничения открывания рта, а также болевых ощущений в области ВНЧС.

Ранняя своевременная диагностика синдрома мышечно-суставной дисфункции является важной задачей современной стоматологии, направленной на осуществление вторичной профилактики патологии височно-нижнечелюстного сустава. Для диагностики ранней стадии синдрома мышечно-суставной дисфункции ВНЧС большое значение имеют методы визуализации его мягкотканых элементов, а также мышц челюстно-лицевой области: магнитно-резонансная томография (МРТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ). Оба метода являются неинвазивными и не несут лучевой нагрузки, позволяют получать изображения в разных плоскостях и изучать пространственные взаимоотношения разных элементов сустава. К недостаткам МРТ относят длительность, высокую стоимость и статичность: исследование проводится лишь в двух фазах – при закрытом и открытом рте. Проведение МРТ противопоказано пациентам с имеющимися в организме металлическими имплантатами, сердечными водителями ритма, слуховыми аппаратами. В связи с этим возникает вопрос о возможности использования альтернативного метода диагностики, не имеющего вышеназванных недостатков, но обладающего такой же диагностической ценностью, как и МРТ. УЗИ не требует больших финансовых затрат позволяет оценить состояние суставного диска и суставной капсулы,

взаимное расположение и структуру мягкотканых элементов сустава, а также их взаимное расположение. К данному методу нет противопоказаний и не требуется никакой специальной подготовки.

Цель исследования дать сравнительную оценку методам магнитно-резонасной томографии и ультразвукового исследования в ранней диагностике синдрома мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 человек – студентов НижГМА в возрасте от 18 до 25 лет (из них 35 мужчин и 65 женщин). У 70 обследованных пациентов (21 мужчина и 49 женщин) были обнаружены клинические признаки синдрома мышечно-суставной дисфункции ВНЧС, такие как: девиация нижней челюсти при открывании рта, щелчки в ВНЧС, изменение характера движения суставных головок, асимметрия сокращения жевательных мышц и изменение их тонуса. Кроме того, у пациентов, страдающих мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС, были обнаружены аномалии прикуса, преждевременные контакты при различных видах окклюзии, повышенная стираемость зубов, деформации зубных рядов, парафункции жевательных мышц. Причем 46 обследованных из 70 не предъявляли жалоб на стоматологическое здоровье (1 группа), а 24 человека имели жалобы на состояние ВНЧС и жевательных мышц (2 группа). Для уточнения характера патологического процесса всем 70 респондентам были проведены магнитно-резонансная томография и ультразвуковое исследование области ВНЧС. Ультразвуковое обследование в положении лежа на спине, датчик аппарата перемещался по скуловой дуге пациента около козелка уха. С каждой стороны проводилось обследование в горизонтальной плоскости и в двух проекциях – сзади и спереди от головки ВНЧС. Для выявления нарушений обследование в каждой плоскости проводилось с открытым, полузакрытым и полностью закрытым ртом. Магнитно-резонасное обследование осуществлялось в горизонтальном положении, голова фиксировалась специальным устройством. Продолжительность процедуры составляла 30 минут. Сканирование

начиналось при закрытом рте в положении центральной окклюзии, а затем – при открытом до 3 см рте для определения максимальной физиологической смещаемости внутрисуставного диска и суставной головки.

Результаты исследования. По данным МРТ можно было оценить следующие параметры: конгруэнтность суставных поверхностей мыщелковых отростков нижней челюсти и суставных ямок височной кости, наличие деформаций суставных поверхностей, положение мыщелковых отростков нижней челюсти в состоянии центральной окклюзии и при открывании рта, положение суставных дисков при центральной окклюзии и открывании рта, структура суставных дисков, наличие избыточного количества синовиальной жидкости в полостях ВНЧС.

По ультразвуковым сканам оценивались контуры суставных поверхностей, ширина суставной щели, наличие синовиальной жидкости в полостях суставов, толщина синовиальной оболочки, характер кровотока области ВНЧС, целостность мышц вокруг суставов.

При анализе данных МРТ ВНЧС было выявлено, что у 15 (33%) пациентов второй группы (не имеющих жалоб на состояние жевательных мышц и ВНЧС) отмечалось центральное глубокое положение мыщелковых отростков нижней челюсти в центральной окклюзии, а у 23 (50%) пациентов – дистальное. У 8 (17%) пациентов было выявлено нормальное положение мыщелков нижней челюсти. Для 8 (17%) пациентов было характерно нормальное положение суставных дисков в положении центральной окклюзии, нормальное положение суставных дисков и мыщелков при открывании рта, отсутствие дистрофических и воспалительных изменений. У 7 (16%) пациентов было выявлено неполное смещение диска правого ВНЧС в положении открытого рта с репозицией, у 7 (16%) пациентов отмечалось полное смещение диска слева без репозиции, у 14 (32%) пациентов – неполное смещение диска ВНЧС слева с репозицией. У 7 (16%) пациентов был выявлен синовиит. У пациентов третьей группы на томограммах также был выявлены воспалительные и дистрофические изменения в ВНЧС в виде

истончения суставного диска (справа у 14 человек, (58%), слева у 12 человек (50%)) и избыточного количества синовиальной жидкости в полости сустава (9 человек, 37%). Деформаций суставных поверхностей выявлено не было, однако отмечалось нефизиологическое положение мыщелков нижней челюсти и суставных дисков в центральной окклюзии и при открывании рта с наличием передних вывихов диска с репозицией.

По данным УЗИ реактивный синовиит был выявлен у семи (15%) обследованных пациентов второй группы и 9 (37,5%) пациентов второй группы, что совпало с данными, полученными на основе МРТ ВНЧС. Кроме того, ультразвуковое исследование ВНЧС имело диагностическую ценность для изучения состояния регионарного кровотока и состояния мышечной ткани вокруг сустава. У всех обследованных пациентов регионарный кровоток оказался умеренным, равномерным, целостность мышц вокруг сустава не нарушена. У пациентов третьей группы выявлялось расширение суставной щели справа и слева, что косвенно свидетельствует об изменении положения мыщелков нижней челюсти. На ультразвуковых сканах также выявлялась синовиальная жидкость в полостях суставов и расширение синовиальной оболочки. Кроме того, по данным ультразвукового исследования у 5 пациентов из 70 (20,8%) обнаружена регионарная околоушная лимфоаденопатия.

Заключение. Таким образом, в нашем исследовании для ранней диагностики синдрома мышечно-суставной дисфункции наибольшую диагностическую ценность имело магнитно-резонансное исследование ВНЧС. МРТ имела наибольшую информативность для оценки положения мыщелковых отростков и суставных дисков при функциональной окклюзии, а также для диагностики вывихов и подвывихов ВНЧС. В оценке дистрофических изменений суставного диска, а также оценке окружающих ВНЧС мягких тканей и регионарного кровотока оба метода имели равное значение. Ультразвуковое исследования оказалось более наглядным для выявления воспалительных изменений в ВНЧС.

Список литературы:

1. Арсенова И.А. Роль лучевых методов диагностики и магнитно-резонансной томографии при повреждениях височно-нижнечелюстного сустава / И.А. Арсенова, Я.Л. Манакова, В.С. Кузнецов // Клиническая стоматология. – 2010. № 2. С. 42-46.

2. Бекреев В.В. Возможности ультразвукового исследования в контроле эффективности лечения подвывиха суставного диска височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Бекреев, М.Е. Квиринг, С.А. Рабинович // Клиническая стоматология. – 2008. № 3. С. 54-57.

3. Гелетин П.Н. Сравнительная характеристика способов лучевой визуализации элементов височно-нижнечелюстного сустава / П.Н. Гелетин, Д.В. Рогацкий // Институт стоматологии. – 2011. № 3. С. 56-57.

4. Долгалев А.А. Значение магнитно-резонансной томографии и электронной аксиографии в диагностике дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / А.А. Долгалев, Е.А. Брагин // Стоматология. – 2008. № 1. С. 56-60.

5. Жулев Е.Н., Трошин В.Д. Интегративная стоматология, монография, Нижний Новгород, 2014. С. 300-364.

6. Изучение распространенности и диагностика функциональных нарушений ВНЧС у лиц молодого возраста / А.С. Щербаков, И.В. Петрикас, В.И. Буланова [и др.] // Институт стоматологии. – 2013. № 1. С. 18-19.

7. Клинеберг И., Джагер Р. Окклюзия и клиническая практика // изд-во МЕДпресс-информ, Москва, 2008. 132 с.

8. Лучевая диагностика в стоматологии: национальное руководство / гл. ред. тома А.Ю. Васильев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 288 с.

9. Магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстных суставов в амбулаторной практике / Я.Л. Манакова, А.П. Дергилев, А.В. Ежак, Л.Н. Бельков // Сибирский медицинский журнал. – 2010. № 2-3. С. 42-47.

10. Сидоренко А.Н. Диагностика и совершенствование комплексного лечения больных с нейромускулярным дисфункциональным синдромом височно-нижнечелюстных суставов / А.Н. Сидоренко // Казанский медицинский журнал. – 2012. Т. 93. № 4. С. 627-631.

ИЗМЕНЕНИЯ ПРОФИЛЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АППАРАТУРНО-ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

К.м.н. Долидзе А.Г.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Ортогнатическая хирургия создала новые возможности для лечения пациентов с патологией зубочелюстной системы и предоставила врачу-ортодонту варианты, отличные от скомпрометированного лечения пациентов со скелетной дисгармонией. Опыт ортогнатической хирургии, более глубокое понимание ее биологической основы и совершенствование ее художественной формы теперь позволяют нам предоставлять стабильный, эстетический и функциональный результат [1].

Хорошо сбалансированный и гармоничный профиль мягких тканей лица является одной из важных задач аппаратурно-хирургического метода лечения. При этом, прогнозирование его изменений часто затруднено из-за высокой изменчивости толщины мягких тканей, покрывающих костные структуры, которые подвергаются хирургическому перемещению. Эти изменения приводят не только к дисбалансу зубных и скелетных структур, но и к индивидуальным изменениям толщины и растяжения мягких тканей лица. По некоторым данным, такие структуры как nasion и pogonion имеют более прогнозируемое положение, чем изменения в срединных областях, таких как нос и губы [2]. Толщина мягких тканей и адаптация нижней губы и подбородка продолжают изменяться до 3 лет после хирургического вмешательства.

При перемещении нижней челюсти назад происходит увеличение толщины верхней губы и незначительное уменьшение толщины в области подбородка и нижней губы [3, 4]. При перемещении нижней челюсти вперед

отмечается увеличение нижней губы, уменьшение угла подбородка, сглаживание подбородочной складки.

Хирургическое перемещение вперед верхней челюсти дает увеличение толщины тканей около носа, изменение положения кончика носа, уменьшение толщины верхней губы.

Однако, точные данные, которые можно использовать для планирования изменений профиля мягких тканей лица, отсутствуют. Авторы исследований рекомендуют учитывать изменения во взаимосвязи с исходной полнотой мягких тканей.

Целью этого исследования явилось: 1) анализ изменений толщины мягких тканей после бимаксиллярной ортогнатической хирургии; 2) поиск различий в изменениях мягкотканного профиля у пациентов с разной толщиной мягких тканей.

Материал и методы исследования. Проведено обследование и аппаратурно-хирургическое лечение 35 пациентов с мезиальной окклюзией (19 женщин и 16 мужчин в возрасте от 16 до 37 лет). Всем пациентам проведена рентгено-цефалометрическая диагностика перед ортогнатической хирургией и спустя 6 месяцев после хирургии. Хирургическое вмешательство включало в себя остеотомию верхней и нижней челюстей. На верхней челюсти проводилась остеотомия по LeFort I, на нижней челюсти – двусторонняя сагиттальная остеотомия. Гениопластика проводилась по показаниям.

Распределение значений основных параметров толщины мягких тканей губ и носа представлено в таблице 1.

Толщина верхней губы измерялась от костной точки А до кожной точки А’, толщина нижней губы – от костной точки В до кожной точки В’, длина носа определялась расстоянием от точки SNA до кожной точки Ns (рис. 1).

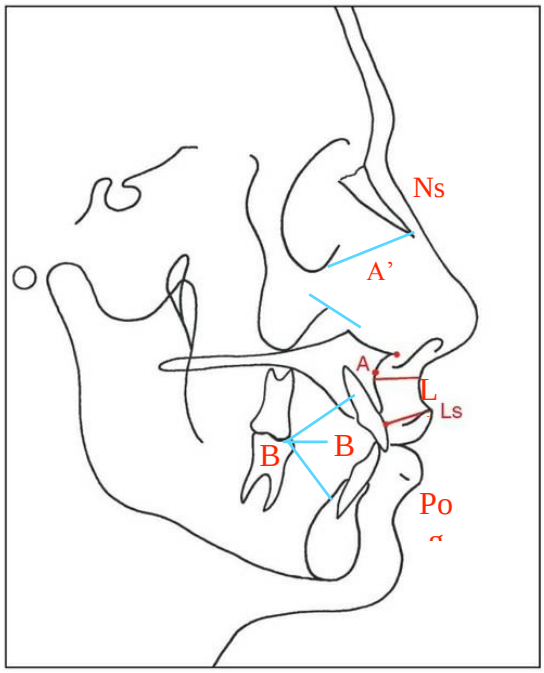


Рис. 1. Измерения толщины мягких тканей лица.

Таблица 1.

Распределение значений параметров толщины мягких тканей губ и носа

Параметр	Кол-во пациентов	М	Ж	A-A’ (мм)	B-B’ (мм)	SNA-Ns (мм)
Толстая верхняя губа	15	6	9	19,8	12,8	33,1
Тонкая верхняя губа	20	10	10	16,3	12,4	31,8
Толстая нижняя губа	17	8	9	18,7	14,2	32,9
Тонкая нижняя губа	18	8	10	17,1	11,2	32,5
Длинный нос	19	11	8	18,8	12,8	35,1
Короткий нос	16	5	11	17,5	12,4	28,9

При проведении ортогнатической хирургии были определены средние значения перемещения верхней и нижней челюстей. Перемещение верхней челюсти по сагиттали составило, в среднем, 3,5±1,9 мм и по вертикали 2,1±0,9 мм. Перемещение нижней челюсти по сагиттали составило, в среднем, 6,3±4,9 мм и по вертикали 2,9±3,2 мм.

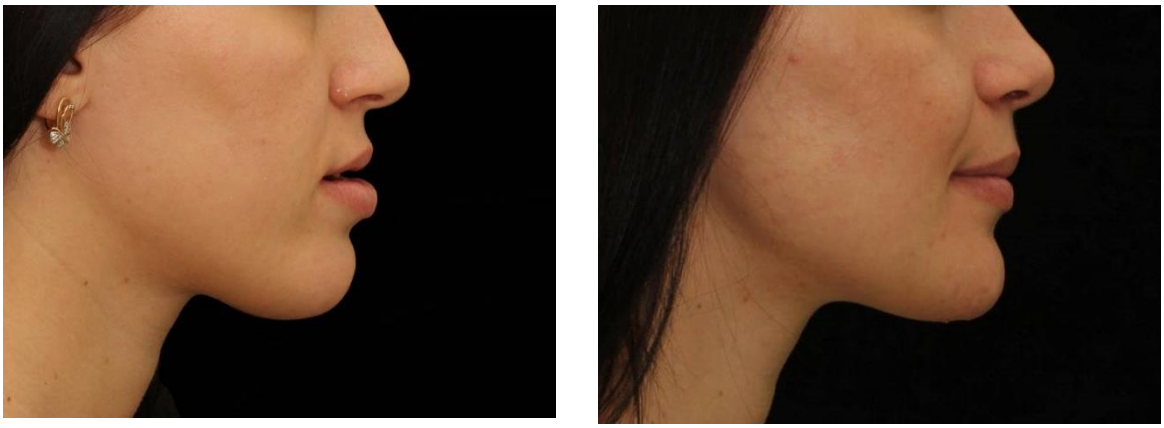
По результатам исследования не было выявлено статистически значимых различий в изменении толщины мягких тканей в зависимости от изначальных значений этих параметров. Так, после проведенного хирургического вмешательства толщина верхней губы уменьшилась в обеих группах. Изменения параметров мягких тканей губ и носа после проведения операции представлены в таблице 2. Также, исходя из данных таблицы, можно сделать вывод, что толщина верхней губы подвержена большим изменениям, чем нижняя губа (на 32% и 15% соответственно), что необходимо учитывать при планировании перемещения челюстей (рис. 3).

Изменение положения кончика носа более выражено в группе с большей толщиной верхней губы. Были выявлены следующие факторы, влияющие на изменение положения носа: степень перемещения точки А в вертикальной и горизонтальной плоскостях, расстояние sna-Ns. Полученные данные свидетельствуют об изменении положения носа после хирургии, в среднем, на 42% в сагиттальной плоскости и на 35% в вертикальной плоскости (рис. 2, 3).

Таблица 2.

Изменения толщины мягких тканей губ и носа после проведенного хирургического вмешательства

Параметр	Толстая верхняя губа	Тонкая верхняя губа	Толстая нижняя губа	Тонкая нижняя губа	Длинный нос	Короткий нос
sna-Ns	-2,3+/-2,1	-1,6+/-2,8			-2,5+/-2,0	-1,4+/-2,8
A-A’	-2,8+/-1,7	-1,4+/-1,8				
A-Sn	-3,1+/-1,4	-1,9+/-2,1				
A-Ls	-2,9+/-2,7	-0,9+/-2,6				
B-Li			-1,8+/-2,2	-1,1+/-2,6		
B-B’			-0,5+/-1,4	0,4+/-0,7		
B-Pog			-1,1+/-1,9	-1,2+/-1,8		



А Б

Рис. 2. Мягкие ткани губ и носа до (А) и после (Б) ортогнатической хирургии.



А Б

Рис. 3. Толщина мягких тканей губ и носа до (А) и после (Б) ортогнатической хирургии по данным ТРГ в боковой проекции.

При перемещении верхней челюсти вперед происходит уменьшение толщины верхней губы, в среднем, на 1,3 мм, что согласуется с рядом других исследований [2, 3]. При более выраженной толщине мягких тканей имеются большие возможности хирургического перемещения челюстей в связи с большей способностью маскировать движения костных структур. Расстояние

от точки B до Li уменьшилось, и, в большинстве случаев, во время операции это могло быть связано с вращением против часовой стрелки точки B.

Было обнаружено различие в ответах мягких тканей губ и носа между пациентами с толстыми или тонкими мягкими тканями после двучелюстного хирургического вмешательства, и их следует принимать во внимание при планировании операции.

Спилок литературы:

1. Essentials of orthognathic surgery / Johan P. Reyneke. – 2nd ed. – 2010. 545 p.
2. Bailey LJ, Dover AJ, Proffit WR. Long-term soft tissue changes after orthodontic and surgical corrections of skeletal class III malocclusions. Angle Orthod 2007;77:389-96.
3. Mobarak KA. Factors influencing the predictability of soft tissue profile changes folowing mandibular setback surgery. Angle Orthod 2001;71:216-27.
4. Chunmaneechote P. Mandibular setback ostetomy: facial soft tissue behavior and possibility to improve the accuracy of the soft tissue profile prediction with the use of a computerized cephalometric program: Quick Ceph Image Pro: v 2.5. Clin Orth Res 1999;2:85-98.
5. Baccetti T, Reyes B C, McNamara Jr J A. Gender Differences in Class III Malocclusion. Angle Orthod 2005;75:510-20.
6. Chew MT. Soft and hard tissue changes after bimaxillary surgery in Chinese Class III patients. Angle Orthod 2005;75:959-63.
7. Abeltins A., Jakobsone G. Soft tissue thickness changes after correcting Class III malocclusion with bimaxillar surgery. – Baltic Dental and Maxillofacial Journal, 2011; 13: 87-91.
8. Rosenberg A, Muradin MS, van der Bilt A. Nasolabial esthetics after Le Fort I osteotomy and V-Y closure: Statistical evaluation. Int J Adult Orthod and Orthog Surg 2002;17:29-39.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И МЕТОДЫ ЕЕ ДИАГНОСТИКИ (ОБЗОР)

Д.м.н., профессор Гажва С.И., к.м.н., доцент Марахтанов Н.Б., Елисеева А.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии ФДПО,

г. Нижний Новгород

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) выявляется более чем у 5% населения планеты. JA Lipton (1993) и его коллеги показали, что у 6–12% населения обнаруживаются клинические симптомы ДВНЧС, но только около 5% имеют существенные признаки и симптомы, требующие лечения [1].

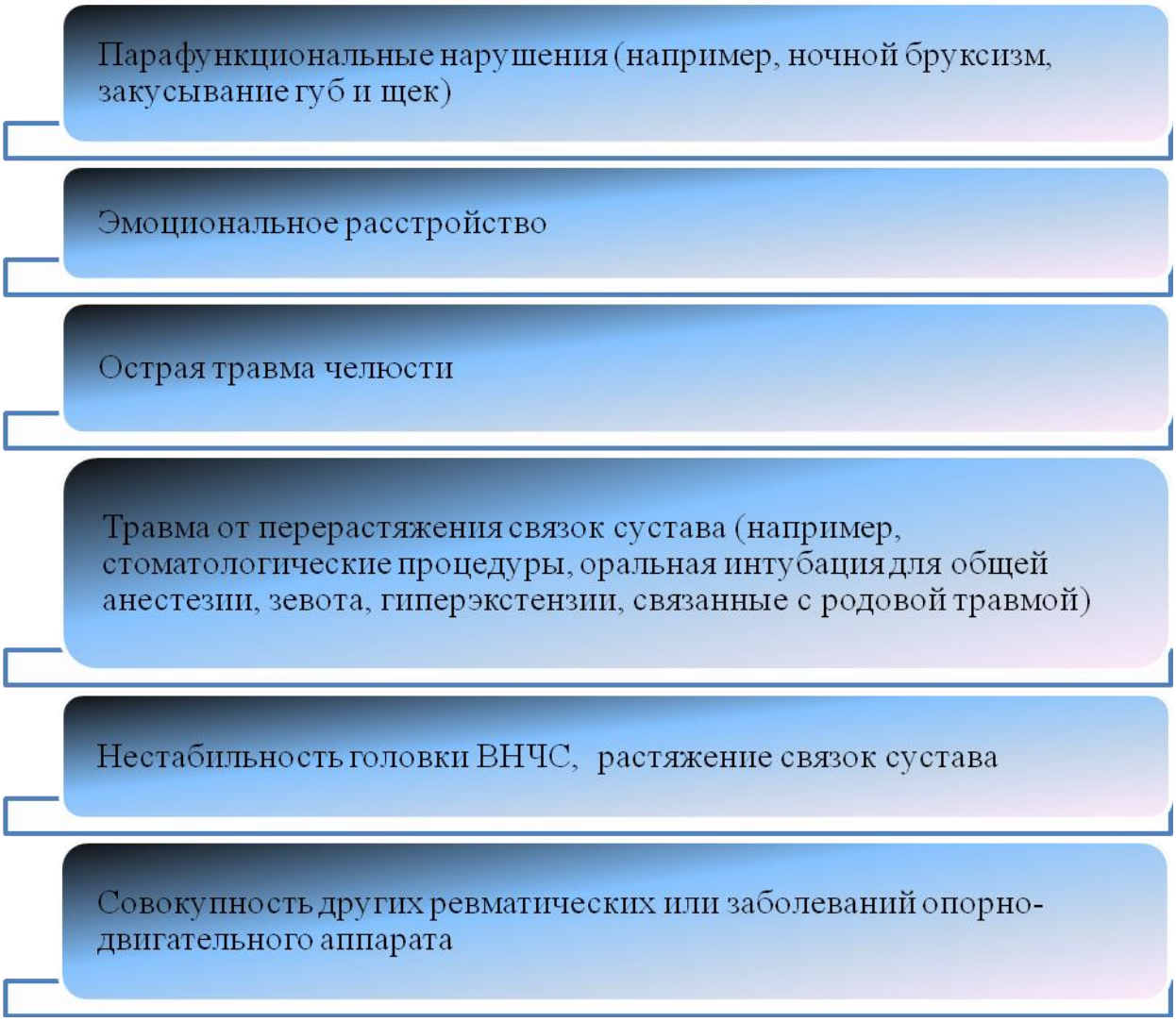
Симптомы ДВНЧС присутствуют у лиц разного возраста; однако, есть пик их возникновения – от 20 до 40 лет [2].

Симптомы ДВНЧС более распространены у женщин, чем у мужчин. Причины гендерного различия в распространенности ДВНЧС не ясны, но достаточно большое количество специалистов предполагает гормональное влияние, поскольку повышенный уровень эстрогена был обнаружен у многих пациентов с данной патологией [3-5]. Вместе с тем, в специальной литературе не встречается прямых доказательств существования зависимости между уровнем гормонов и наличием ДВНЧС.

Анализ специальной зарубежной литературы позволил изучить и систематизировать возможные причины и предрасполагающие факторы дисфункции ВНЧС (табл. 1, 2).

Таблица 1.

Причины дисфункции ВНЧС

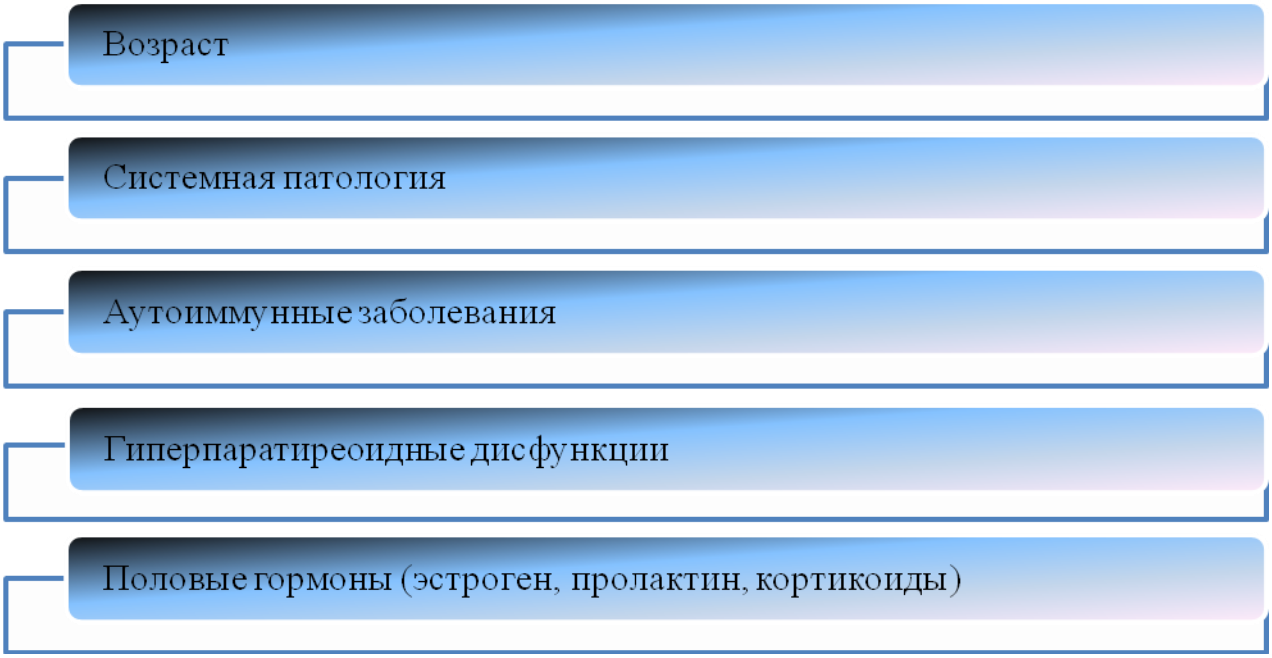


Arnett GW, Milam SB, Gottesman L. Progressive mandibular retrusiond idiopathic condylar resorption. Part I. Am JOrthodont Dentofac Orthop 1996;110:10 [6].

Патологию ДВНЧС можно разделить на суставную и внесуставную, следствием которых являются интракапсулярные и экстракапсулярные нарушения (таблица 3).

Таблица 2.

Предрасполагающие факторы снижения адаптационных способностей ВНЧС



Arnett GW, Milam SB, Gottesman L. Progressive mandibular retrusiond idiopathic condylar resorption. Part I. Am JOrthodont Dentofac Orthop 1996;110:10 [6].

Таблица 3.

Общие причины суставных и внесуставных ДВНЧС

Суставные расстройства	Внесуставные расстройства
Остеоартрит Травма Инфекционный артрит (в т. ч. и ятрогенный) Подагра / псевдоподагра (кристаллические артропатии) Псориатический ревматоидный артрит / ювенильный ревматоидный артрит Анкилозирующий спондилоартрит	Миофасциальные боли Острое напряжение мышц Мышечные спазмы Фибромиалгии Хронические боли Миотоническая дистрофия

Ghali GE, Miloro M, Waite PD, et al, editors. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. 3rd edition. Shelton (CT): People's Medical Publishing House–USA; 2012 [7].

Внутриуставные дисфункции ВНЧС классифицируются по Wilkes (этапы I–V). Эта классификация основана на клинических, рентгенологических и анатомических проявлениях.

I. Ранняя стадия:

A. Клинические проявления: отсутствие боли, снижение траектории движения в суставе.

Б. Рентгенологические проявления: диск находится кпереди от суставной головки, костные контуры в норме.

C. Анатомические изменения: переднее смещение диска, нормальная анатомическая форма кости и диска.

II. Ранняя / промежуточная стадия:

A. Клинические проявления: периодические боли, щелчки при открывании рта.

Б. Рентгенологические проявления: смещение диска вперед, утолщение заднего полюса диска, костные контуры в норме.

C. Анатомические изменения: ранняя деформация диска, смещение диска вперед при нормальных контурах кортикальной пластинки.

III. Промежуточная стадия:

A. Клиническая картина: частые боли, ограничение открывания рта, множественные функциональные симптомы, снижение траектории движения нижней челюсти.

B. Рентгенологические проявления: переднее смещение диска с его деформацией.

C. Анатомические изменения: смещение диска и его деформации, нормальные костные контуры.

IV. Промежуточная / поздняя стадия:

A. Клиническая картина: усиление боли относительно ранних стадий.

B. Рентгенологические проявления: костные изменения, такие как уплощение суставной головки, мыщелковые деформации, остеосклероз.

C. Анатомические изменения: спайки диска, костные изменения, признаки остеоартрита, остеофиты, перфорация диска.

V. Поздняя стадия:

A. Клиническая картина: эпизодическая или непрерывная боль, крепитации, ограничение открывания рта, постоянные функциональные трудности.

Б. Рентгенологические проявления: перфорация диска, сильные деформации костных структур и хряща, прогрессивные артритные изменения.

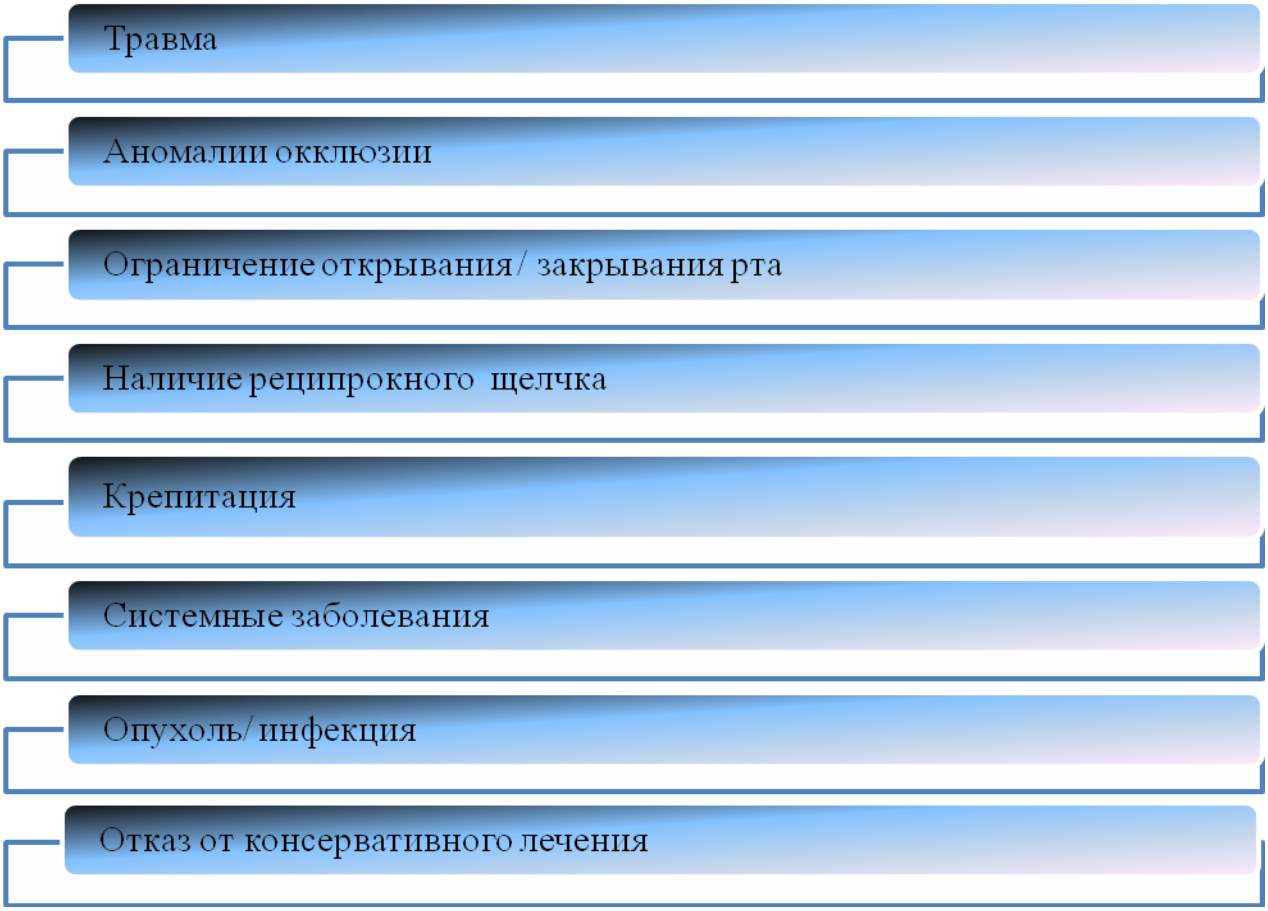
C. Анатомические изменения: явные изменения мягких и твердых тканей, перфорации, спайки диска, подкорковые кисты.

Диагностика является важной частью процесса обследования пациентов с заболеваниями ВНЧС. Полученные в ходе рентгенологического исследования изображения могут использоваться для подтверждения диагноза, исключения патологии челюстно-лицевой области при дифференциальной диагностике, и сборе дополнительной информации, когда клинический диагноз является двусмысленным или неясным.

Для исключения дентальной причины боли могут быть использованы ортопантомограммы. КЛКТ обеспечивает подробную визуализацию костных структур сустава, но не суставного диска. МРТ является методом выбора для изучения положения диска и его морфологии (золотой стандарт). МРТ может показать и дегенеративные изменения костных структур. Использование только одного МРТ не должно определять тактику лечения. Клиницисты должны сочетать клинические проявления, признаки и симптомы с рентгенологическими изображениями ВНЧС при постановке диагноза и составления плана лечения (табл. 4, 5).

Таблица 4.

Показания для дополнительной диагностики ВНЧС



Wilkes CH. Internal derangements of the temporomandibular joint: pathological variation. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989;115:469–77 [8].

Таблица 5.

Преимущества и недостатки различных методов исследования, используемых для оценки ВНЧС

Метод исследования	Преимущества	Недостатки
1. Обычная томография	Дополнительный метод панорамного исследования, доступность	Не отображает точные костные или мягкотканные изменения, чувствительность к технике
2. Транскраниальные, трансмаксилярные,	Эти методы использовались	Не отображают точные костные

трансфарингеальные проекции	в прошлом для оценки костных изменений	или мягкотканные изменения, чувствительность техники, ограниченный подготовленный персонал
3. Субментовертебральная проекция	Дополнительный метод панорамного исследования	Предоставляет ограниченную диагностическую информацию
4. Передне-задние и боковые цефалометрические проекции	Низкая доза облучения	Предоставляет ограниченную диагностическую информацию по исследованию ВНЧС
5. Панорамная рентгенография, включая открытые и закрытые виды	Доступность, расход, низкая доза облучения	Не отображает точные костные изменения или мягкие ткани
6. Многослойная компьютерная томография (МСКТ)	Доступность, трехмерная техника	Высокая доза облучения
7. Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ)	Обычно низкая доза облучения относительно МСКТ, трехмерная техника	Доступность, переменная доза облучения на основе параметров изображения, повышение квалификации специалиста для анализа
8. Магнитно-резонансная томография (МРТ)	Отображает мягкие ткани и костные изменения, использует неионизирующее излучение, трехмерную технику	Время, расход, некоторые металлические имплантаты исключают использование, кардиостимуляторы исключают использование

Diagnostic Imaging for Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain Allison Hunter, Sajitha Kalathingal. Dent Clin N Am 57 (2013) 405–418 [9].

Обзор представленной специальной литературы свидетельствует о высокой распространенности дисфункции ВНЧС и трудностях ее диагностики, что делает данную проблему актуальной и перспективной [10, 11]. Хотя точная причина и фундаментальный патогенез этих расстройств остается плохо изученным, значительные успехи в клинической диагностике, рентгенографическом обследовании и классификации этих нарушений повысили возможности реабилитации пациентов с ДВНЧС. Кроме того, знания причин данной патологии, особенности диагностики и средства ее достижения – представленные методы и способы – расширяют возможности врачей-стоматологов на диагностическом этапе и позволяет добиться стабильного результата в лечении.

Список литературы:

1. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. J Am Dent Assoc 1993;124:115–21.
2. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112: 453–62.
3. Abubaker AO, Raslan WF, Sotereanos GC. Estrogen and progesterone receptors in temporomandibular joint discs of symptomatic and asymptomatic persons: a preliminary study. J Oral Maxillofac Surg 1993;51:1096–100.
4. Milam SB, Aufdemorte TB, Sheridan PJ, et al. Sexual dimorphism in the distribution of estrogen receptors in the temporomandibular joint complex of the baboon. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987;64:527–32.
5. Aufdemorte TB, Van Sickels JE, Dolwick MF, et al. Estrogen receptors in the temporomandibular joint of the baboon (Papio cynocephalus): an autoradiographic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986;61:307–14.
6. Arnett GW, Milam SB, Gottesman L. Progressive mandibular retrusiond idiopathic condylar resorption. Part I. Am JOrthodont Dentofac Orthop 1996;110:10.
7. Ghali GE, Miloro M, Waite PD, et al, editors. Peterson’s principles of oral and maxillofacial surgery. 3rd edition. Shelton (CT): People’s Medical Publishing House–USA; 2012.

8. Wilkes CH. Internal derangements of the temporomandibular joint: pathological variation. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989;115:469–77.

9. Diagnostic Imaging for Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain Allison Hunter, Sajitha Kalathingal. Dent Clin N Am 57 (2013) 405–418.

10. Лебеденко И.Ю., Арутюнов С.Д., Антоник М.М. Инструментальная функциональная диагностика зубочелюстной системы: Учеб. пособ. М.: МЕДпресс-информ 2010; 5.

11. Анатомические предпосылки возникновения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава в различные возрастные периоды у взрослого человека. Сериков А.А. Автореферат диссертации. С.-Петербург, 2013.

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАБЕЛЬНОСТИ У ЛЮДЕЙ С ЭСТЕТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ УЛЫБКИ

Д.м.н., профессор Жулёв Е.Н., к.м.н. Горячева И.П., Базыкина Д.О.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии, г. Нижний Новгород

Введение. Улыбка – это главная составляющая нашего обаяния. Как известно, обаятельным людям легче найти контакт с собеседником, и, значит, легче достичь успеха в социальном и личном плане. По мнению академика В.К. Леонтьева (1999), здоровые зубы несут три основных функции в установлении и поддержании высокого качества жизни каждого человека: качество питания, эстетическую роль, символ благополучия. Улыбка становится эффективным инструментом для достижения поставленной цели, будь то профессиональный или личный интерес. Именно она определяет и первое впечатление от внешности человека, и то, как в дальнейшем формируются его связи в обществе. Открытая улыбка, четкая, правильная речь делают человека привлекательнее; на подсознательном уровне мы оцениваем такого собеседника как успешного, располагающего к себе,

вызывающего доверие. Так появилось новое направление – эстетическая стоматология, представляющая собой симбиоз терапевтических, ортодонтических, хирургических и ортопедических возможностей.

Исходя из этого, мы сочли целесообразным изучить зависимость между нарушениями эстетических норм улыбки и формированием коммуникабельности у пациентов.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 30 лиц женского пола в возрасте 21–24 лет. Нами был проведен сбор анамнеза, заполнение анкет по тесту В.Ф.Ряховского «Коммуникабельность», изучены диагностические модели, анализированы результаты оценки дентального эстетического индекса (DAI).

Пациентам предлагалось ответить на вопросы по тесту В.Ф. Ряховского «Коммуникабельность», который включал в себя 16 вопросов.

В 1986 году в медицинском колледже университета США штата Айова был предложен Dental Aesthetic Index (DAI), который включает в себя десять параметров окклюзии, а именно: отсутствующие зубы, скученность, промежутки, диастема, самое большое переднее отклонение на верхней челюсти, самое большое переднее отклонение на нижней челюсти, переднее верхнечелюстное перекрытие, переднее нижнечелюстное перекрытие, вертикальная передняя щель, переднезаднее соотношение моляров. Они позволяют оценить нуждаемость в стоматологическом лечении. В настоящее время по рекомендации ВОЗ индекс DAI активно используется в ортодонтии.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе исследованных пациентов, по результатам изучения диагностических моделей, были выявлены следующие нарушения прикуса. Отсутствие видимых при улыбке зубов наблюдалось у 8 (26,67%) пациентов. В 66,67% (в одном сегменте 35,0%, в двух – 65,0%) было зарегистрировано тесное положение зубов. Это наиболее встречаемая аномалия, которая связана с задержкой развития челюстей с формированием видимого эстетического дефекта. Промежутки в резцовых сегментах – у 6 (20,0%) пациентов, диастемы – у 5

(16,67%). Отклонение в переднем отделе верхней челюсти встречалось у 13 (43,33%), а в переднем отделе нижней челюсти 17 (56,67%). Переднее верхнечелюстное перекрытие выявлено у 10 (33,33%). Минимальный показатель был у 2 (6,67%) пациентов, у которых наблюдалось нижнечелюстное перекрытие. У 13(43,33%) пациентов была выявлена вертикальная резцовая дезокклюзия. Нарушения по переднезаднему соотношению моляров наблюдались у 2 (6,67%) человек (рис. 1).

На основании данных регрессионного уравнения дентального эстетического индекса (DAI), нам удалось определить показания к лечению. В обязательной ортодонтической помощи нуждаются 2 (6,67%) обследованных пациента; настоятельно рекомендуется ортодонтическая помощь 3 (10,0%); показана ортодонтическая помощь, но не обязательна 12 (40,0%); не требуется помощь или она минимальна 13 (43,33%) пациентам (рис. 2).

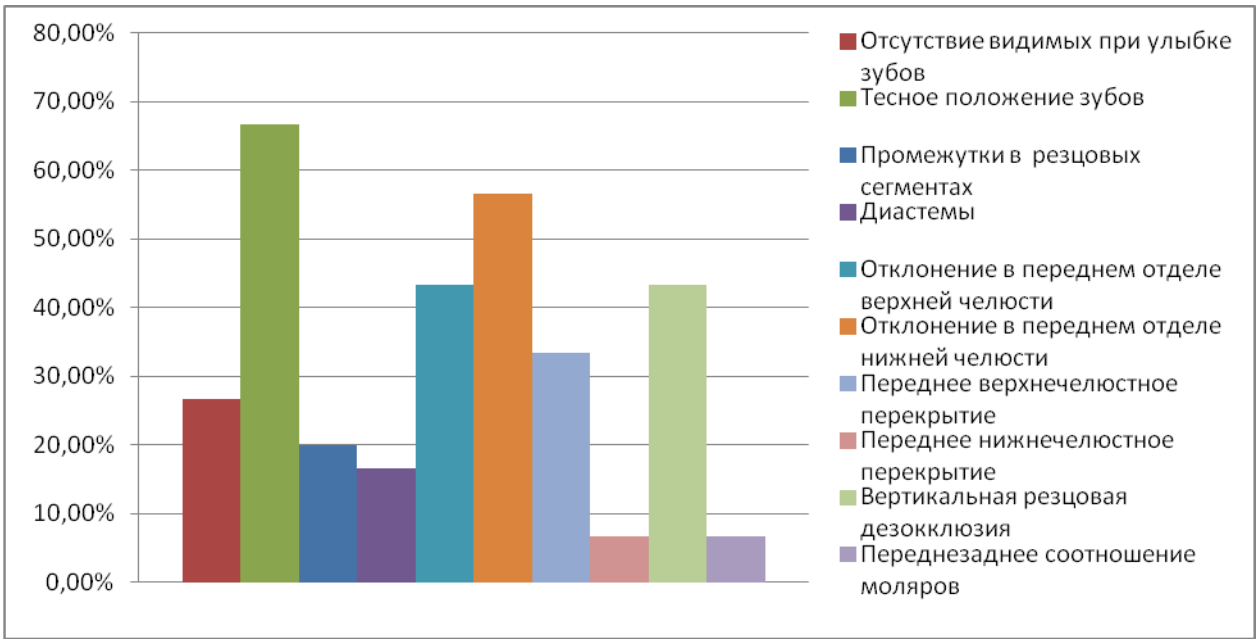


Рис. 1. Параметры окклюзии.

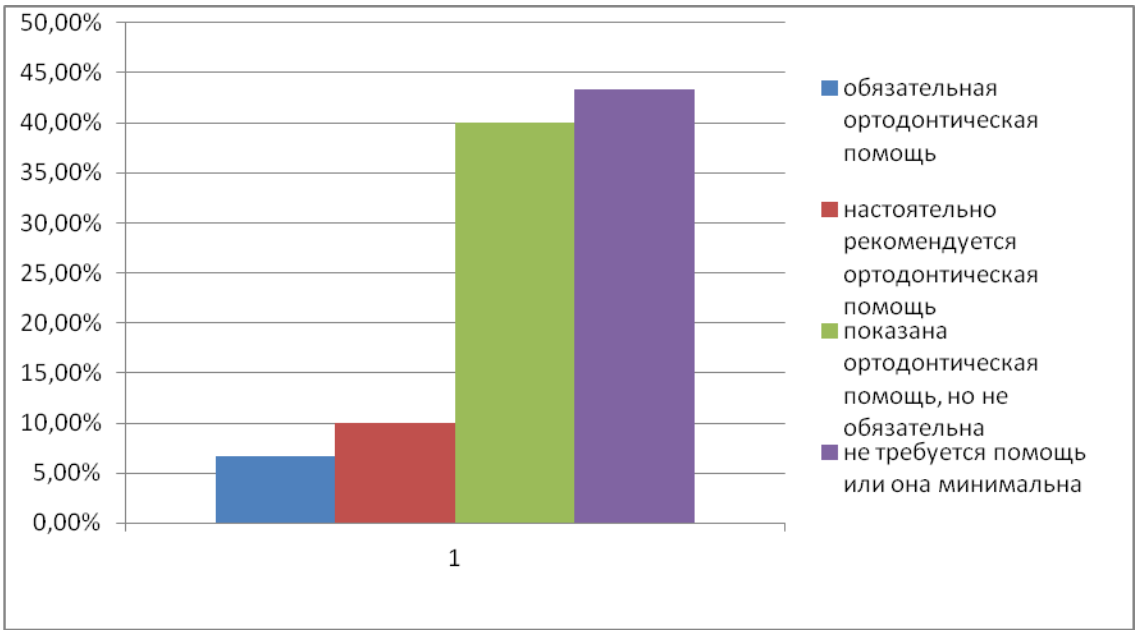


Рис. 2. Данные индекса DAI.

Анализ теста В.Ф. Ряховского «Коммуникабельность» показал, что среди обследуемых пациентов 63,33% стесняются своей улыбки; 16,67% – иногда смущаются искреннее улыбаться; 20,0% – полностью удовлетворены своей улыбкой. Выявлено, что56,67% пациентов – с нарушениями коммуникабельности, среди которых 10,0% явно некоммуникабельны; 20,0% – замкнуты, неразговорчивы; 26,67% – общительны, но в спорах и диспутах участвуют неохотно. У остальных 43,33%, по результатам теста, нарушения с коммуникабельностью отсутствуют. Из 19 пациентов, которые явно стесняются своей улыбки, 17 из них имеют те или иные нарушения в коммуникабельности.

Результаты нашего исследования показали, что существует прямая зависимость между нарушениями эстетических норм улыбки и формированием коммуникабельности у пациентов в возрасте 21–24 года. Тест В.Ф. Ряховского позволяет судить об умении налаживать контакты, а также способности к конструктивному и взаимообогащающему общению с другими людьми. Пациенты, которые стесняются своей улыбки, действительно, имеют дискомфорт при общении с окружающими их людьми. Среди выявленных причин «стеснительности своих улыбок» важную группу патологических состояний представляют челюстно-лицевые аномалии

различной степени тяжести. Оценка численного значения индекса DAI позволяет проанализировать каждый из компонентов индекса или сгруппировать их по аномалиям зубных рядов, прикусу, а также оценить нуждаемость в лечении.

Список литературы:

1. Булычева Т.Е., Петухова И.А., Эрдман О.В. Эстетика улыбки // Санкт-Петербург // ООО «MEDИ издательство», – 2007. 72 с.

2. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология для всех // Москва. – 1999. № 2/3. С. 30-34.

3. Вологина М. В., Маслак Е. Е., Гоменюк Е. В. Распространненость и потребность в лечении зубочелюстных аномалий среди 12-15-летних детей по данным эстетического дентального индекса // Вестник ВолгГМУ, – 2016. № 4 (60). С. 63-65.

4. Гребень Н.В. Психологические тесты для профессионалов // Минск // Современная школа. – 2007. С. 496.

5. Карелин А.А. Большая энциклопедия психологических тестов. // Москва // Эксмо, – 2007. С. 416 .

5. Ельцова-Таларико З.С., Живень М.О., Рубанов Р.А. Показатели дентального эстетического индекса (DAI) у населения г. Минска // Стоматологический журнал 1. – Март 2014. С. 131-134 .

6. Камалова Г.Р. Оценка нуждаемости в ортодонтическом лечении детей и подростков г. Лянтор // Оригинальные исследования. – 2012. № 3. С. 57-58.

7. Беляев В.В., Эль-Айди М.А. // Верхневолжский медицинский журнал. – 2013. Т. 11 (4). С. 24-27.

8.Токаревич И.В., Гарбацевич Н.А., Москалева И.В., Чернявская М.В., Коломиец Е.Г. Основы ортодонтии // Учебно-методическое пособие // Минск // БГМУ, – 2010. С. 20-26.

МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Д.м.н., профессор Гажва С.И., к.м.н. Тетерин А.И., Косян Д.Ф.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии ФДПО,

г. Нижний Новгород

Наиболее ранней и распространенной формой поражения зубочелюстной системы являются дефекты твердых тканей зубов различного происхождения, при этом нуждаемость в протезировании составляет до 54,6% из общего числа пациентов с данной патологией [1, 3, 4].

До настоящего времени основным видом протезов в ортопедическом лечении дефектов твердых тканей зубов являются металлокерамические коронки. Однако, их применение несмотря на многие преимущества, все же не всегда успешно – так, согласно данным литературы неудачные результаты лечения металлокерамическими коронками в первые 3 года пользования достигают до 20% [2, 3]. Одной из причин неудач данной технологии заключается в том, что она требует достаточно инвазивного по современным меркам препарирования зубов. Происходит полное иссечение эмали, снижается резистентность зуба, возникают факторы риска развития заболеваний пульпы зуба, нередко утрачивается витальность зубов

Одним из основных направлений современной стоматологии является внедрение цельнокерамических искусственных коронок и протоколов микропротезования [3-6]. Бурное развитие технологий в стоматологическом материаловедении, позволяет сформировать новое мышление и пересмотреть взгляды на алгоритмы клинических манипуляций, в том числе препарирование зубов (рис. 1).

В статье авторы постараются осветить подход минимально-инвазивного препарирования зубов под несъемные протезы и провести аналогию с традиционными подходами.



Рис. 1. Минимально-инвазивный (слева) и традиционный (справа) способ препарирования зубов при ортопедическом лечении.

Идеология минимально-инвазивного препарирования заключается в максимальном сохранении эмали и тем самым достижения наилучшего адгезивной фиксации (бондинга) керамического протеза/микропротеза к ее поверхности. Применение металлокерамических коронок требует придание культе зуба правильной геометрической формы конуса, повторяющей форму зуба, что обеспечивает макро-ретенцию протеза и свободное его наложение. Следует отметить, что металлокерамические коронки всегда охватывают все поверхности зуба, т. е. клиницист вынужден препарировать даже интактные стенки зуба в угоду особенности конструкции протеза. При этом толщина такой коронки в варьирует от 0,8 до 2 мм, таким образом редуцируя ткани зуба на данную глубину неминуемо происходит потеря эмали и ослабление зуба.

В отличии от традиционной технологии металлокерамических коронок, при применении керамических применяют тонкостенные реставрации толщиной от 0,3 до 1 мм. Применение адгезивных систем фиксации обеспечивает микроретенцию и снижает необходимость в

придании культе форму конуса, что в свою очередь требует минимального сошлифовывания зуба. Таким образом для реализации такого подхода необходимо выполнение ряда условий:

1. Сохранение эмали зуба,
2. Применение адгезивной фиксации,
3. Использование керамических реставраций.

Все это обеспечивает сохранение тканей зуба, и в отличии от применения металлокерамических коронок не создает, а решает важную медицинскую проблему.

Однако, все же нужно отметить, что минимально-инвазивный подход реализуем не во всех клинических ситуациях. Например, в случаях когда зуб уже был покрыт искусственной коронкой и утрата эмали произведена. Также недостаток эмали отмечается в случаях повышенной стираемости зубов, и применение адгезивных систем в паре с керамическими реставрациями в таких случаях будет ненадежно. То же самое можно отметить и в ситуациях когда зуб сильно разрушен в следствии многократного терапевтического лечения либо травмы. Керамические реставрации противопоказаны пациентам со стойкими парафункциональными заболеваниями жевательных мышц. Все это делает невозможным реализацию минимально-инвазивного подхода к протезированию (табл. 1).

Таким образом, учитывая бесконечное разнообразие клинических ситуаций и частные особенности дефектов твердых тканей зубов, авторы считают, что при ортопедическом лечении зубов не существует универсального алгоритма работы, и мудрость клинициста будет заключаться в правильном выборе как минимально-инвазивного так и традиционного подхода, опираясь на особенности конкретной клинической ситуации. При этом применение протокола минимально-инвазивного протезирования зубов будет предупреждать осложнения и повысит качество ортопедического лечения в целом.

Таблица 1.

Сравнительная оценка минимально-инвазивного и традиционного подходов к протезированию дефектов твердых тканей зубов

Минимально-инвазивный подход	Традиционный подход
Керамические реставрации	Металлокерамические коронки
Первичное протезирование	Перепротезирование
Эмаль зуба сохранена	Тотальное разрушение эмали
Одиночные реставрации	Мостовидные протезы
Большая часть зуба сохранена	Сильно разрушенный зуб
Светлый тон тканей зуба	Сильно измененный цвет зуба

Список литературы:

1. Антоник М.М. Сравнительный анализ результатов протезирования цельнолитыми и безметалловыми конструкциями зубных протезов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / М.М. Антоник. – М., 2002. 37 с.
2. Грицай И.Г. Исследование причин снятия несъемных зубных протезов / И.Г. Грицай // Институт стоматологии. 2004. № 1 (22). С. 78-79.
3. Fradeani M., Redemagni M. An 11-year clinical evaluation of leucite-reinforced glass ceramic crowns: a retrospective study // Quintessence Int. – 2002. Vol. 33. № 7. P. 503-510.
4. Kurbad A., Reichel K. CAD/CAM-manufactured restorations made of lithiumdisilicate glass ceramics // Int J Comput Dent. – 2005. № 8 (4). P. 337-348.
5. Massironi D. Precision in dental esthetics. Clinical and laboratory procedures / D. Massironi, R. Pascetta, G. Romeo. – Quintessence Publishing, 2007.
6. Christenson E.D. Dental CAD/CAM systems: a 20 year success story / E.D. Rekow // CAD/CAM technology in restorative dental care. – 2006. 5S-6S.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, ОСЛОЖНЕННОЙ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ

К.м.н., доцент Ершов П.Э., Ершова О.А., Тюкалкина С.Н.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии, г. Нижний Новгород

Актуальность. В статье представлен алгоритм комплексной диагностики и лечения пациентов с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (МСД ВНЧС), осложненной частичной потерей зубов на примере клинического случая.

По данным В.А. Хватовой распространенность заболеваний ВНЧС достигает 40–60% всего населения, большую часть которого составляют люди, страдающими функциональными нарушениями ВНЧС (Хватова В.А., 2008). Ф.Ф. Маннанова и О.Н. Бронников (1999) установили, что 62,5% обследованных пациентов с дефектами зубных рядов имели МСД ВНЧС.

Нарушение целостности зубного ряда влечет за собой серьезные изменения функции зубочелюстной системы, о чем свидетельствуют клинические и экспериментальные исследования ряда авторов (Хватова В.А., 2008; Намханов В.В., 2009; Рабухина Н.А., 2011; Абакаров С.И., 2016). Почти всегда частичная потеря зубов приводит к снижению высоты нижнего отдела лица и дистальному смещению нижней челюсти. У таких пациентов в привычной окклюзии происходит переднее смещение суставного диска и дистальное смещение головки нижней челюсти, что подтверждено лучевыми методами исследования (Лепилин А.В., 2010).

Анализ литературы показал высокую распространенность МСД ВНЧС у пациентов с частичной потерей зубов, большое разнообразие клинических симптомов, методов диагностики и лечения. Именно поэтому разработка

алгоритма диагностики и лечения пациентов с МСД ВНЧС, осложнённой частичной потерей зубов, является на данный момент особенно актуальной.

Клинический случай.

На кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии стоматологической поликлиники ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России обратилась пациентка Н., 41 год, с жалобами на боль в области ВНЧС справа и слева, иррадиирующую в левую затылочную, теменную и височную области, ограничение открывания рта, периодически возникающее чувство онемения в подглазничной области слева, асимметрию лица, чувство усталости жевательных мышц справа.

Анамнез заболевания: боль в области ВНЧС появилась 2 недели назад, ранее болевым ощущениям предшествовали щелчки в ВНЧС справа при открывании и закрывании рта.

Объективное исследование: асимметрия лица, смещение центра подбородка вправо на 3–4 мм, положение угла нижней челюсти справа выше, чем слева – асимметрия обусловлена укорочением ветви нижней челюсти справа (рис. 1).

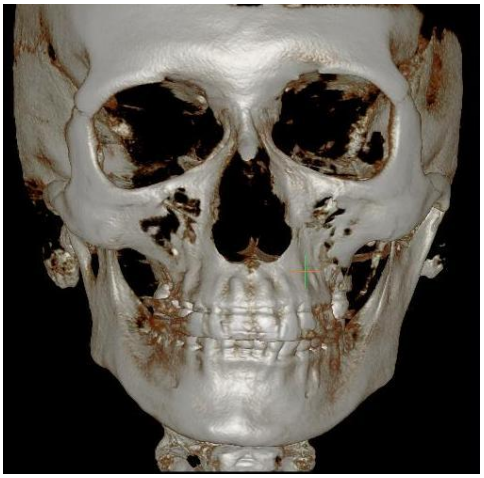


Рис. 1. 3Д-реформатор черепа, отображающий укорочение ветви нижней челюсти справа и смещение центра подбородка вправо.

Открывание рта болезненное, амплитудой 36 мм, определяется зигзагообразная траектория движения (девиация) нижней челюсти вправо. При пальпации – щелчок в правом ВНЧС в начале фазы открывания, в конце

фазы закрывания рта. При открывании рта из положения передней окклюзии щелчок в ВНЧС справа исчезает, выдвижение нижней челюсти в переднюю окклюзию болезненно.

При изучении окклюзионных контактов в центральной окклюзии – более плотный контакт в боковом отделе слева. Прикус: глубокое резцовое перекрытие, ретрузия резцов на верхней челюсти, поворот зубов 1.2, 3.3 в мезиодистальном направлении.

Отсутствуют зубы 1.6, 2.6., атрофия альвеолярного отростка в области отсутствующих зубов умеренная. Определяются фасетки стирания на оральных скатах вестибулярных бугров зубов 1.4, 1.5, 2.4, 2.5, на вестибулярных скатах щечных бугров зубов 3.4, 3.5, 4.4, 4.5. Коронковая часть 1.7, 2.7, 3.6 восстановлена более чем на ½ пломбами, с нарушением анатомической формы. Зуб 4.6 – протезирован культевой штифтовой вкладкой (рис. 2).



Рис. 2. Зубные ряды пациентки Н. в положении закрытого рта до лечения.

Пациентки Н. проведена конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) ВНЧС в положении закрытого рта (рис. 3).

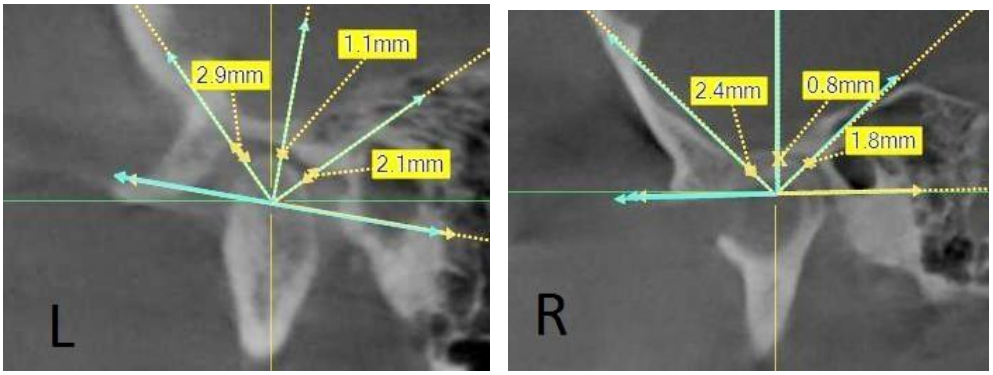


Рис. 3. КЛКТ ВНЧС слева и справа до лечения.

По результатам КЛКТ ВНЧС до лечения проведено измерение ширины суставных щелей по методике, предложенной на кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии ПИМУ (табл. 1).

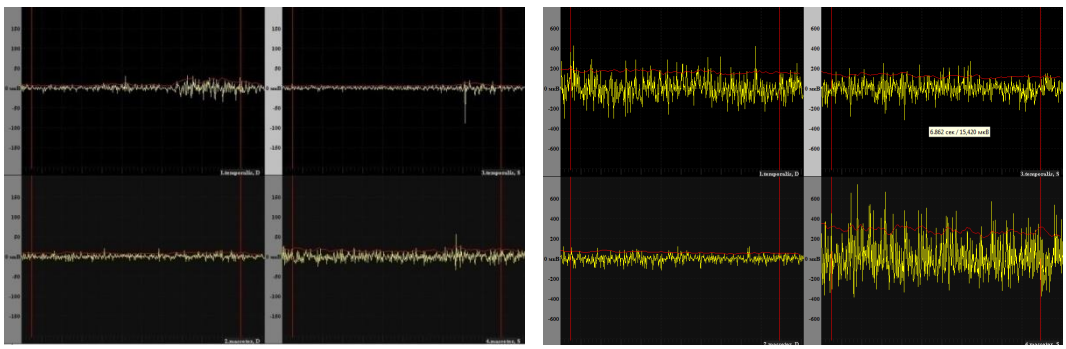
Таблица 1.

Размеры суставных щелей в левом и правом ВНЧС до лечения

	Ширина суставных щелей, мм		
	Верхней	Задней	Передней
Левый ВНЧС	1,1	2,1	2,9
Правый ВНЧС	0,8	1,8	2,4

По данным исследования КЛКТ ВНЧС выявлено сужение суставных щелей в обоих ВНЧС в заднем и верхнем отделах. Таким образом, отмечается смещение нижней челюсти дистально и вверх.

Для изучения тонуса жевательных мышц пациентке Н. была проведена электромиография (ЭМГ) в покое и во время сжатия зубных рядов (табл. 2). Полученные нами данные ЭМГ свидетельствуют о высоких показателях средних амплитуд в покое и наличии высокоамплитудных всплесков биоэлектрической активности при сжатии зубных рядов, и, следовательно, о функциональной перегрузке жевательных мышц. Кроме того, асимметричная биоэлектрическая активность говорит о дискоординированной работе височных и жевательных мышц пациентки Н. (рис. 4).



а) б)

Рис. 4. ЭМГ жевательных мышц пациентки Н. до лечения в период функционального покоя (а) и сжатия зубных рядов (б).

Индекс симметричности работы жевательных мышц 70%, височных мышц 52%.

Таблица 2.

Результаты ЭМГ жевательных и височных мышц до лечения

	Номер канала	1.temporalis, D	2.masseter, D	3.temporalis, S	4.masseter, S
Н.Сжатие	Макс. ампл. (мкВ)	910	898	711	675
	Ср. ампл. (мкВ)	499	295	340	202
Н.Покой	Макс. ампл. (мкВ)	89	112	69	77
	Ср. ампл. (мкВ)	51	47	33	31

Клинический диагноз: частичная потеря зубов верхней челюсти (К08.1); мышечно-суставная дисфункция ВНЧС (К07.60); дефект твердых тканей зубов 1.7, 1.5, 2.5, 2.7, 3.6, 3.5, 46, 4.5 (К02.8).

Лечение.

На первом этапе ортопедического лечения была изготовлена центрирующая шина на нижнюю челюсть из термопластмассы. Индивидуализация окклюзионной поверхности шины проводилась быстротвердеющей пластмассой «Re-fine» (рис. 5). Шина имела глубокие отпечатки зубов верхней челюсти с целью смещения нижней челюсти вперед. Использование окклюзионной шины позволило нам добиться центрирования головок нижней челюсти и вправления вывиха суставного диска в ВНЧС.

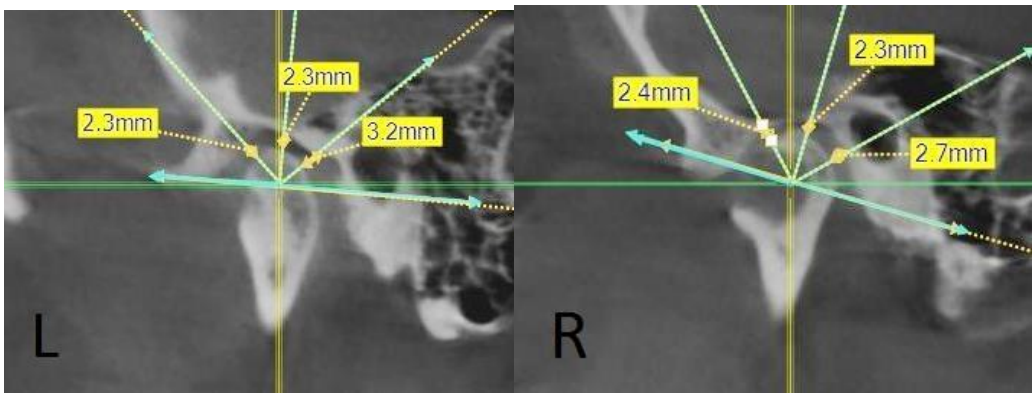


Рис. 5. Зубные ряды пациентки Н. с окклюзионной шиной.

Через неделю пациентка отмечала значительное улучшение самочувствия, уменьшение болей в ВНЧС. Через 1 месяц полностью исчезли боли при открывании рта, щелчки, чувство онемения в подглазничной области. Амплитуда открывания рта увеличилась до 46 мм, исчезла девиация нижней челюсти.

Лечение окклюзионной шиной продолжалось в течение трех месяцев, на протяжении которых периодически проводилась её окклюзионная коррекция. К концу лечения пациентка отмечала полное отсутствие болей и неприятных ощущений в ВНЧС в покое и при открывании рта, а так же улучшение общего самочувствия, исчезновение болей в голове и шее. За три месяца лечения шиной удалось добиться стабильного центрического положения головок нижней челюсти в ВНЧС.

После проведенного лечения пациентки Н. была сделана повторно КЛКТ ВНЧС с окклюзионной шиной. Анализ ширины суставных щелей ВНЧС по ранее описанной методике свидетельствовал о нормализации положения головок нижней челюсти в ВНЧС справа и слева (рис. 6, табл. 7).



а) б)

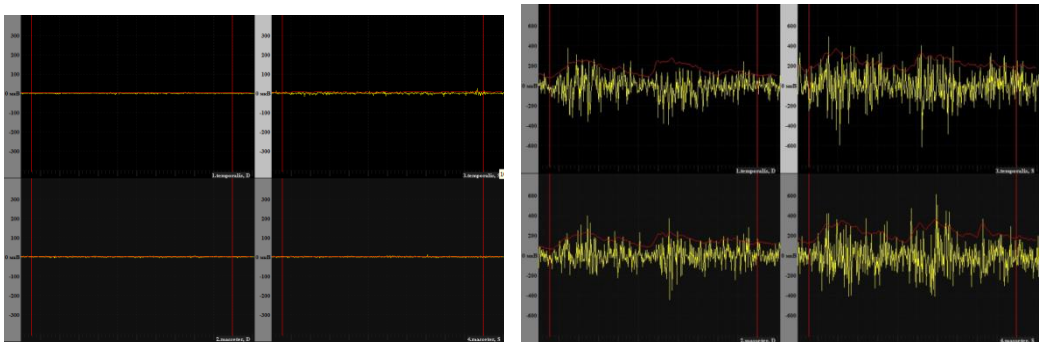
Рис. 6. КЛКТ ВНЧС слева (а) и справа (б) после лечения окклюзионной шиной.

Таблица 3.

Размеры суставных щелей в левом и правом ВНЧС после лечения окклюзионной шиной

	Ширина суставных щелей, мм		
	Верхней	Задней	Передней
Левый ВНЧС	2,3	3,2	2,3
Правый ВНЧС	2,3	2,7	2,4

После лечения пациентке Н. была проведена ЭМГ жевательных мышц (рис. 7).



а) б)

Рис. 7. ЭМГ жевательных мышц пациентки Н. после лечения окклюзионной шиной в период функционального покоя (а) и сжатия зубных рядов (б).

Исследование тонуса жевательных мышц после лечения окклюзионной шиной свидетельствует об отсутствии спонтанных

высокоамплитудных всплесков биоэлектрической активности в покое, восстановлении величины её средних амплитуд и симметричности, а, следовательно, нормализации сократительной активности височных и жевательных мышц. Индекс симметричности работы жевательных мышц 91%, височных мышц 97% (табл. 4).

Таблица 4.

Результаты ЭМГ после лечения

	Номер канала	1.temporalis, D	2.masseter, D	3.temporalis, S	4.masseter, S
Н.Сжатие	Макс. ампл. (мкВ)	492	518	547	518
	Ср. ампл. (мкВ)	229	149	234	163
Н.Покой	Макс. ампл. (мкВ)	47	49	44	46
	Ср. ампл. (мкВ)	21	18	19	16

На втором этапе ортопедического лечения были изготовлены временные коронки на зубы 3.5, 3.6, 4.5, 4.6, а также временные мостовидные протезы с опорами на 1.7, 1.5 и 2.7, 2.5 в артикуляторе SAM-3 с использованием лицевой дуги из полиметилметакрилата по технологии CAD/CAM (рис. 8) в новом центрическом положении нижней челюсти. Через неделю пациентка была назначена на контрольный осмотр. Жалоб на ВНЧС больная не предъявляла. При клиническом осмотре: движение головок нижней челюсти плавные, симметричные, щелчков и крепитаций в ВНЧС не отмечалось, открывание рта проходило без смещения нижней челюсти на 46 мм, триггерных точек в жевательных мышцах при пальпации выявлено не было, тонус мышц умеренный.



Рис. 8. Зубные ряды пациентки Н. с временными ортопедическими конструкциями.

На третьем этапе ортопедического лечения проводилось ортопедическое лечение металлокерамическими конструкциями, с фиксацией нижней челюсти в ее центрическом положении. Работа так же проводилась с использованием лицевой дуги и артикулятора SAM-3 (рис. 9).



Рис. 9. Зубные ряды пациентки Н. после проведенного комплексного ортопедического лечения.

Таким образом, алгоритм комплексной диагностики МСД ВНЧС, основанный на изучении биоэлектрической активности височных и жевательных мышц, взаиморасположения костных элементов ВНЧС по данным КЛКТ, и лечения с использованием окклюзионных шин, временных и постоянных ортопедических конструкций приводит к снижению или устранению симптомов МСД ВНЧС и способствует повышению эффективности стоматологической реабилитации: исчезают болевые симптомы в челюстно-лицевой области и шейном отделе, нормализуется работа жевательных и височных мышц, положение головок нижней челюсти в ВНЧС, происходит улучшение общего самочувствия пациента.

Список литературы:

1. Абакаров С.И. Оценка нарушений окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений при частичной потере зубов / С.И. Абакаров, Е.К. Креченина, И.В. Погабало, В.В. Лосев, Т.Л. Зайка // Стоматология. – 2014. № 6 (93). С. 43-44.

2. Лепилин А.В. Изменения функционального состояния жевательных мышц при лечении пациентов с дистальной окклюзией по данным электромиографии / Лепилин А.В., Коннов В.В., Листопадов М.А., Арушанян А.Р. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. Т. 6. № 3. С. 671-674.

3. Маннанова Ф.Ф. Диагностика функциональных нарушений при дефектах зубных рядов, осложненных деформациями / Ф.Ф. Маннанова, О.Н. Бронников // Современные проблемы стоматологии: сборник научных работ. – Москва, 1999. С. 157-159.

4. Намханов В.В. Влияние различных состояний зубочелюстной системы на элементы височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Намханов, Ю.Л. Писаревский, С.В. Фоминых, В.В. Зобнин // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2009. № 2. С. 279-280.

5. Рабухина Н.А. Патология височно-нижнечелюстных суставов: учебное пособие / Н.А. Рабухина, С.И. Волков. – М.: Практическая медицина, 2011. 168 с.

6. Хватова В.А. Клиническая гнатология: учебное пособие / В.А. Хватова. – М.: Медицина, 2008. 296 с.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ КРЫМСКОГО РЕГИОНА В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

Кушнир К.Г., Жадько С.И., Ирза О.Л., Непрелюк О.А.

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» МА им. С.И. Георгиевского,

г. Симферополь

Обосновывая научную актуальность исследования уровня различных форм витамина D у ортопедических больных, представляется

целесообразным, кратко остановиться на проблеме «синдрома D-недостаточности». Прежде всего нужно подчеркнуть, что в клинической практике среди более чем 50 описанных метаболитов витамина D широкое распространение получило исследование только двух метаболитов – $25(OH)D_3$ и $1,25(OH)_2D_3$ [8]. При этом определение $25(OH)D_3$ считается самым высокоинформативным лабораторным маркером уровня D-гормона у конкретного пациента [11].

Известно также, что существует нескольких форм витамина D: витамин D_1 – вещество, представляющее собой соединение эргокальциферола и люмистерола в соотношении 1:1; витамин D_2 – эргокальциферол, образующийся из эргостерола под действием солнечного света (представляет собой наряду с витамином D_3 одну из двух наиболее распространенных природных форм витамина D); витамин D_3 – холекальциферол, образующийся в организме животных и человека под действием солнечного света из 7-дегидрохолестерина (именно его рассматривают, как «истинный» витамин D, тогда как другие представители этой группы считают модифицированными производными витамина D); витамин D_4 – дигидротахистерол или 22,23-дигидроэргокальциферол; витамин D_5 – ситокальциферол (образуется из 7-дегидроситостерола) [5, 7, 12].

В отличие от всех других витаминов витамин D не является собственно витамином в классическом смысле этого термина, так как он биологически не активен, а за счет двухступенчатой метаболизации в организме превращается в активную – гормональную форму и оказывает многообразные биологические эффекты за счет взаимодействия со специфическими рецепторами, локализованными в ядрах клеток многих тканей и органов. В этом отношении активный метаболит витамина D ведет себя, как истинный гормон, в связи с чем и получил название D-гормон. При этом термин «витамин D» используется в научной литературе как дань исторической традиции [9, 10].

В физиологических условиях потребность в витамине D варьирует от 200 МЕ (у взрослых) до 400 МЕ (у детей) в сутки. Считается, что кратковременное (в течение 10–30 мин.) солнечное облучение лица и открытых рук эквивалентно приему примерно 200 МЕ витамина D, тогда как повторное пребывание на солнце в обнаженном виде с появлением умеренной кожной эритемы вызывает повышение уровня $25(OH)D_3$, выше наблюдаемого при многократном его введении в дозе 10 000 МЕ (250 мкг) в день. Уровень $25(OH)D_3$ от 21 до 29 нг/мл (52–72 нмол/л) рассматривается как относительная недостаточность витамина D, а уровень 30 нг/мл и выше – как достаточный (близкий к нормальному). Интоксикация витамином D наблюдается, когда уровень $25(OH)D_3$ выше, чем 150 нг/мл (374 нмол/л) [5, 13].

Широкий спектр биологических свойств и участие в регуляции многих важных физиологических функций группы сходных по химическому строению (секостероиды) нескольких форм витамина D позволили отнести его к системе гормонов [14]. Многочисленные компоненты метаболизма витамина D, а также тканевые ядерные рецепторы к $1,25(OH)_2D_3$ (D-гормону) – VDR, объединяют в эндокринную систему витамина D. Её функции состоят в способности генерировать биологические реакции более чем в 40 тканях–мишенях за счет регуляции тканевыми ядерными рецепторами транскрипции генов (геномный механизм) и быстрых внегеномных реакций, осуществляемых при взаимодействии с VDR, локализованными на поверхности ряда клеток. За счет геномных и внегеномных механизмов D-эндокринная система осуществляет реакции поддержания минерального гомеостаза (прежде всего в рамках кальций–фосфорного обмена), концентрации электролитов и обмена энергии. Кроме того, она принимает участие в поддержании адекватной минеральной плотности костей, метаболизме липидов, регуляции уровня АД, роста волос, стимуляции дифференцировки клеток, ингибировании клеточной пролиферации, реализации иммунологических реакций

(иммунодепрессивное действие). При этом лишь сам D-гормон и гидроксилирующие ферменты являются активными компонентами D-эндокринной системы [1, 2, 3, 4].

При тестировании D-эндокринной системы нужно также учитывать, что в системном кровотоке человека помимо витамина D_3 (холекальциферол), присутствует близкий к D_3, но менее активный метаболит D_2 (эргокальциферол), также участвующий в формировании «полного» витамин D-потенциала. Таким образом, комплексная лабораторная оценка содержания D_3 и D_2 имеет большую клиническую значимость. Использованная нами тест система Vitamin D 25-(OH) ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) (Immunodiagnostik AG, Bensheim, Германия) позволяет перекрестно реагировать с 23% присутствующего в пробе $25(OH)D_2$, что существенно повышает информационную значимость теста именно для оценки «полного» витамин D-статуса [8].

Нами также учитывался тот факт, что период полураспада $25(OH)D_3$ составляет 3 недели (период полураспада $1,25(OH)_2D_3$ – 4 часа). Это позволяет использовать данный показатель для более точной оценки запасов витамина D, образованных как при УФ-облучении, так и полученных при приеме пищи [15].

Материала и методы исследования. Для изучения распространенности гиповитаминоза D, недостаточности витамина D и дефицита витамина D у ортопедических больных Крымского региона обследовано 169 пациентов – жителей Крымского региона, нуждающихся в протезировании с использованием съемных протезов (ортопедическое лечение им не проводилось). Исследование проводилось в осенне-зимний период (октябрь-февраль) в сравнении с лицами контрольной группы (30 практически здоровых людей, отсутствие в анамнезе фактора длительного курения, заболеваний органов дыхания, почек, сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата). У всех больных проводилось исследование содержания $25(OH)D_3$ и $1,25(OH)_2D_3$ в сыворотке

крови, оценка дисбаланса цитокинового и иммунного потенциала, а также оценка структурного состояния костной ткани методом денситометрии.

По результатам исследования содержания $25(OH)D_3$ в сыворотке крови ортопедические больные ретроспективно были разделены на 3 группы: 1-я группа – 48 ортопедических больных с уровнем $25(OH)D_3$ в сыворотке крови > 40 нг/мл (физиологический уровень). 2-ю группу составили 17 ортопедических больных с уровнем $25(OH)D_3$ в сыворотке крови в диапазоне от ≤ 40 до > 20 нг/мл (гиповитаминоз D). В 3-ю группу вошли 104 больных с уровнем $25(OH)D_3$ в сыворотке крови ≤ 20 нг/мл (D-витаминная недостаточность/дефицит).

Результаты исследования. Результаты исследования содержания $25(OH)D_3$ в сыворотке крови у ортопедических больных – жителей Крымского региона, нуждающихся в протезировании с использованием съемных протезов, в осенне-зимний период (октябрь-февраль) в сравнении с лицами контрольной группы представлены в таблице 1и на рисунке 1.

Таблица 1.

Количественное содержание $25(OH)D_3$ в сыворотке крови у ортопедических больных – жителей Крымского региона в осенне-зимний период (октябрь-февраль), нг/мл

Группы	Стат. показатель	$25(OH)D_3$
Ортопедические Больные	M±m n p	20,8±1,3 169 <0,001
Контрольная группа	M±m n	50,6±4,2 30

Примечание: p – достоверность различий, высчитанная в сравнении с контрольной группой.

При анализе степени выраженности D-дефицита (по содержанию $25(OH)D_3$) нами установлено, что из 169 ортопедических больных у 69 больных (41%) содержание $25(OH)D_3$ в сыворотке крови было ниже 10 нг/мл,

что соответствует D-дефициту; у 35 больных (21%) уровень указанного метаболита в сыворотке крови находился в диапазоне 20–10 нг/мл (D-витаминная недостаточность); у 17 больных (10%) исследованный показатель находился в диапазоне ≤ 40 нг/мл, что укладывается в диапазон «гиповитаминоз D», у 48 (28%) уровень метаболита в сыворотке крови находился в диапазоне > 40 нг/мл, что соответствует нормальному значению показателя (рис. 1).



Рис. 1. Степень выраженности D-дефицита (по содержанию 25(OH)D_3) у ортопедических больных Крымского региона в осенне-зимний период (октябрь-февраль), в % к общему количеству больных (n=169).

Результаты исследования содержания 1,25$(OH)_2D_3$ в сыворотке крови у ортопедических больных – жителей Крымского региона в осенне-зимний период (октябрь-февраль) представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Количественное содержание $1,25(OH)_2D_3$ в сыворотке крови у ортопедических больных – жителей Крымского региона в осенне-зимний период (октябрь-февраль) в сравнении с лицами контрольной группы, нг/мл

Группы	Стат. показатель	$1,25(OH)_2D_3$
Ортопедические больные	M±m n p	19,5±1,2 169 <0,001
Контрольная группа (здоровые лица)	M±m n	28,9±1,6 30

Примечание: p – достоверность различий, высчитанная в сравнении с контрольной группой.

Как видно из таблицы 2, у ортопедических больных выявлено снижение содержания активного метаболита витамина D_3 – D-гормона (кальцитриола) $1,25(OH)_2D_3$ на 32,6 % ($p < 0,001$).

Таким образом, нами установлено, что помимо снижения содержания $25(OH)D_3$ (самого высокоинформативного в клинической практике лабораторного теста, позволяющего дать оценку уровня D-гормона у конкретного пациента [11]) у больных Крымского региона в осенне-зимний период (октябрь-февраль) имеет место и другой тип дефицита витамина D – снижение содержания $1,25(OH)_2D_3$. Степень выраженности последнего отражает снижение рецепции $1,25(OH)_2D_3$ в тканях (резистентность к гормону), что может быть обусловлено снижением числа VDR в тканях–мишенях [3].

Известно, что витамин D принимает непосредственное участие в регуляции кальциевого гомеостаза и метаболизма кости, а дефицит витамина ассоциирован со снижением минерализации костной ткани и развитием остеопении и остеопороза [6]. В свою очередь, дистрофически-деструктивные процессы в тканях пародонта, обменные процессы в костной

ткани альвеолярного гребня тесно взаимосвязаны со структурно-функциональным состоянием костной системы, а также с активностью метаболических процессов и интенсивностью внутренней перестройки (ремоделирования) костей скелета [16]. При этом распространенность изменений минеральной плотности зубов и пародонта среди населения РФ составляет 80%, а у людей старше 40 лет выявляются в 100% случаев [17].

Выявлена корреляционная взаимосвязь между минеральной плотностью костной ткани различных отделов скелета и высотой альвеолярного гребня в интерпроксимальных отделах. Уменьшение костной массы скелета способствует уменьшению высоты межзубной костной перегородки, снижению прикрепления десны [18]. Существует научная концепция, согласно которой пониженную плотность костной ткани альвеолярного отростка рассматривают либо как фактор, предрасполагающий к повышенной резорбции, вызванной пародонтопатогенной флорой, либо как регионарные проявления остеопороза, поскольку воспалительные процессы в пародонте захватывают в большей степени альвеолярный отросток, не затрагивая тела челюстей [19, 20].

Указанные факты позволяют утверждать, что дефицит витамина D может являться важным фактором риска развития дистрофических деструктивных процессов в тканях пародонта, нарушения обменных процессов в костной ткани альвеолярного гребня и этот фактор риска нужно учитывать при ортопедическом лечении больных.

В настоящее время «золотым стандартом» диагностики остеопороза или остеопении является двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия [21]. Оценка качества кости продолжает проводится с помощью ультразвуковой денситометрии, магнитно-резонансной томографии, периферической компьютерной томографии, костной биопсии [22].

Результаты исследования структурного состояния костной ткани методом денситометрии с определением скорости распространения

ультразвука (СРУ) у ортопедических больных в зависимости от содержания $25(OH)D_3$ в сыворотке крови представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Оценка структурного состояния костной ткани методом денситометрии с определением скорости распространения ультразвука (СРУ) у ортопедических больных в зависимости от содержания $25(OH)D_3$ в сыворотке крови, м/с

Группы	Статистический показатель	СРУ
1-я группа ортопедические больные, уровень $25(OH)D_3 > 40$ нг/мл	M±m n	1419,6±10,2 30
2-я группа, ортопедические больные, уровень $25(OH)D_3$ в диапазоне от ≤ 40 до > 20 нг/мл (гиповитаминоз D)	M±m n p	1525,0±9,4 15 <0,001
3-я группа, ортопедические больные, уровень $25(OH)D_3 \leq 20$ нг/мл ((D-витаминная недостаточность/дефицит)	M±m n p p_1	1595,3±8,9 62 <0,001 <0,001

Примечание: p – достоверность различий, высчитанная в сравнении с 1-й группой, p_1 – достоверность различий, высчитанная в сравнении со 2-й группой.

Анализ представленного в таблице 3 цифрового материала свидетельствует, что нарастание степени D-недостаточности/дефицита у ортопедических больных характеризуется статистически значимым возрастанием показателя СРУ: у больных 2-й группы (в сравнении с больными 1-й группы) – на 7,4% ($p_1<0,01$), у больных 3-й группы в сравнении с больными 1-й и 2-й групп – соответственно на 12,4% ($p<0,001$) и 4,6% ($p_1<0,001$).

Результаты исследования структурного состояния костной ткани методом денситометрии с определением широкополосного ослабления ультразвука (ШОИ) у ортопедических больных в зависимости от содержания $25(OH)D_3$ в сыворотке крови представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Оценка структурного состояния костной ткани методом денситометрии с определением широкополосного ослабления ультразвука (ШОИ) у ортопедических больных в зависимости от содержания $25(OH)D_3$ в сыворотке крови, дБ/МГц

Группы	Статистический показатель	ШОИ
1-я группа ортопедические больные, уровень $25(OH)D_3 > 40$ нг/мл	M±m n	96,7±5,3 30
2-я группа, ортопедические больные, уровень $25(OH)D_3$ в диапазоне от ≤ 40 до > 20 нг/мл (гиповитаминоз D)	M±m n p	108,4±6,4 15 <0,2
3-я группа, ортопедические больные, уровень $25(OH)D_3 \leq 20$ нг/мл ((D-витаминная недостаточность/дефицит)	M±m n p p_1	122,1±5,2 62 <0,001 <0,1

Примечание: p – достоверность различий, высчитанная в сравнении с 1-й группой, p_1 – достоверность различий, высчитанная в сравнении со 2-й группой.

Анализ представленных в таблице 4 цифровых данных свидетельствует, что нарастание степени D-недостаточности/дефицита у ортопедических больных характеризуется также статистически значимым возрастанием показателя ШОИ: у больных 3-й группы (в сравнении с больными 1-й группы) – на 26,3% ($p<0,001$).

Результаты исследования структурного состояния костной ткани методом денситометрии с определением индекса плотности костной ткани (ИПКТ) у ортопедических больных в зависимости от содержания $25(OH)D_3$ в сыворотке крови представлены в таблице 5.

Таблица 5.

Оценка структурного состояния костной ткани методом денситометрии с определением индекса плотности костной ткани (ИПКТ) у ортопедических больных в зависимости от содержания $25(OH)D_3$ в сыворотке крови, %

Группы	Статистический показатель	ИПКТ
1-я группа ортопедические больные, уровень $25(OH)D_3$ > 40 нг/мл	M±m n	108,4±4,1 30
2-я группа, ортопедические больные, уровень $25(OH)D_3$ в диапазоне от ≤ 40 до > 20 нг/мл (гиповитаминоз D)	M±m n p	95,0±3,9 15 <0,02
3-я группа, ортопедические больные, уровень $25(OH)D_3$ ≤ 20 нг/мл ((D-витаминная недостаточность/дефицит)	M±m n p p_1	81,6±3,0 62 <0,001 <0,02

Примечание: p – достоверность различий, высчитанная в сравнении с 1-й группой, p_1 – достоверность различий, высчитанная в сравнении со 2-й группой.

Нами установлено (табл. 5), что по мере нарастания степени D-недостаточности/дефицита у ортопедических больных индекс плотности костной ткани статистически значимо снижается: в сравнении с больными 1-й группы у больных 2-й и 3-й групп соответственно на 12,4% ($p_1<0,02$) и на 24,7% ($p<0,001$, $p_1<0,02$).

Таким образом, нами установлено, что наличие D-недостаточности/ дефицита у ортопедических больных является лабораторным маркером

развития нарушений структурного состояния костной ткани – снижения качества кости.

Заключение. У жителей Крымского региона, нуждающихся в ортопедическом лечении, в осенне-зимний период (октябрь-февраль) выявлена D-недостаточность/ дефицит двух типов – снижение в сыворотке крови содержания прегормональной формы витамина D – $25(OH)D_3$, а также снижение содержания активного метаболита витамина D_3 – D-гормона (кальцитриола) $1,25(OH)_2D_3$.

Установлено, что распространенность D-дефицита (содержания $25(OH)D_3 < 10$ нг/мл) у ортопедических больных Крымского региона в осенне-зимний период (октябрь-февраль) составляет 41%.

Нами также установлено, что наличие D-гиповитаминоза у ортопедических больных характеризуется развитием нарушений структурного состояния костной ткани – снижения качества кости: возрастанием показателя СРУ (на 7,4%) и снижением ИПКТ (на 12,4%).

Снижение качества кости при развитии D-недостаточности/дефицита у больных прогрессирует, что характеризуется статистически значимым возрастанием показателя СРУ, показателя ШОИ и снижением ИПКТ. Это приводит к необходимости более частых перебазировок, сокращению срока службы съемных протезов.

Список литературы:

1. Vitamin D and human health: lessons from vitamin D receptor null mice / R. Bouillon, G. Carmeliet, L. Verlinden [et al.] // Endocr. Rev. – 2008. Vol. 29. P. 726-776.

2. Hollick M.F. Medical progress: vitamin D deficiency / M.F. Hollick // N. Engl. J. Med. – 2007. Vol. 357. P. 266-281.

3. Litonjua, A.A. Is vitamin D deficiency to blame for the asthma epidemic? / A.A. Litonjua, S.T. Weiss // J. Allergy Clin. Immunol. – 2007. Vol. 120. P. 1031-1035.

4. Зайченко О.В. Влияние биодеструкции съемных пластиночных зубных протезов из различных акриловых пластмасс на ткани ротовой полости: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Зайченко О.В. – М., 2005. 126 с.

5. Vitamin D and 1,25-dihydroxyvitamin D3 as modulators in the immune system / C. Mathieu, E. van Etten, B. Decallonne [et al.] // J. Steroid Biochem. Mol. Biol. – 2004. Vol. 112. P. 449-452.

6. White J.H. Vitamin D signaling, infectious diseases, and regulation of innate immunity / J.H. White // Infect. Immun. September 1. – 2008. Vol. 76. № 9. P. 3837-3843.

7. Zerwekh J.E. Assessment of Vitamin D in Population-Based Studies Blood biomarkers of vitamin D status / J.E. Zerwekh // Amer. J. Clin. Nutrition. – 2008. Vol. 87. № 4. P. 1087-1091.

8. Adams J.S. Update in vitamin D / J.S. Adams, M. Hewison // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2010. Vol. 95. P. 471-478.

9. Жолудев С.Е. Лечение и профилактика протезных стоматитов у лиц старше 55 лет, пользующихся съемными пластиночными протезами / С.Е. Жолудев, И.В. Жмакин // Уральский стоматологический журнал. – 2003. № 4. С. 30-35.

10. Костров, Я.В. Изучение физико-химических свойств базисных материалов / Я.В. Костров, С.Е. Жолудев, Н.А. Белоконова // I Всероссийское рабочее совещание по проблемам фундаментальной стоматологии 23 января 2013 года: Сборник статей. – Екатеринбург.

11. 25-Hydroxyvitamin D, cholesterol, and ultraviolet irradiation / L.D. Carbone, E.W. Rosenberg, E.A. Tolley [et al.] // Metabolism. – 2008. Vol. 57. P. 741-748.

12. Holik M.F. Vitamin D: importance in the prevention of cancers, type 1 diabetes, heart disease, and osteoporosis / Holik M.F. // Am. J. Clin. Nutr. – 2004. Vol. 79. № 3. P. 362-371.

13. Holik M.F. Vitamin D deficiency / M.F. Holick // N. Engl. J. Med. – 2007. Vol. 3. № 357. P. 266-281.

14. Evidence that vitamin D3 increases serum 25-hydroxyvitamin D more efficiently than does vitamin D2 / H.M. Trang, D.E. Cole, L.A. Rubin [et al.] // Am. J. Clin. Nutr. – 1998. Vol. 68. P. 854-858.

15. Возрастные и гендерные аспекты изменения минеральной плотности опорно-двигательного аппарата, зубов и пародонта / С.Ю. Максюков, Д.Н. Гаджиева, О.И. Шахбазов, Е.С. Беликова // Фундаментальные исследования. – 2012. № 5-1. С. 74-79.

16. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее / С.Д. Арутюнов, Н.В. Плескановская, А.В. Наумов [и др.] // Пародонтология. – 2009. № 1. С. 3-6.

17. Гончарук Л.В. Взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта и соматической патологии / Л.В. Гончарук, К.Н. Косенко, С.Ф. Гончарук // Современ. стоматол. – 2011. Т. 1. № 55. С. 37-40

18. Григорян А.С. Болезни пародонта / А.С. Григорян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина. – М.: МИА, 2004. 75 с.

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

20. Osteoporosis in pulmonary clinic patients. Does point of the screening predict ctntral dual-energy X-ray absorbtiometry? / R.A. Adler, H.L. Funkhauser, V.I. Petkov [et al.] // Chest. – 2003. Vol. 123. P. 2012-2018.

21. Assessment of vitamin D status in male osteoporosis / Z.H. Aloanzi, S.P. Tuck, N. Raj [et al.] // Clin. Chem. – 2006. Vol. 52. P. 248-254.

22. Vitamin D status, 1,25-dihydroxyvitamin D3, and the immune system / M.T. Cantorna, Y. Zhu, M. Froicu, A. Wittke // Am. J. Clin. Nutr. – 2004. Vol. 80. № 6. P. 1717-1720.

НУЖДАЕМОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (ОБЗОР)

Д.м.н., профессор Гажва С.И., Багрянцева Н.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии ФДПО,

г. Нижний Новгород

Анализ научных публикаций за последние 5 лет позволяет утверждать о снижении уровня стоматологического здоровья россиян [3, 5, 19]. Исходя из этого, возрастает нуждаемость в ортопедическом стоматологическом лечении.

Практическое значение научных работ, посвященных данному вопросу, состоит в возможности ближайшего и отдаленного планирования ортопедической стоматологической помощи, соисканию и выработке научно обоснованных рекомендаций по ее улучшениюх [16, 20].

По мнению ряда авторов состояние зубочелюстной системы напрямую связано с качеством жизни человека. При отсутствии зубов показатели качества жизни пациентов заметно снижаются, прогрессируя с возрастом и осложняются развитием хронических заболеваний [2, 7, 8, 9, 11].

Дефекты зубных рядов, функциональная перегрузка сохранившихся зубов и развитие вторичных деформаций зубочелюстной системы влекут за собой нарушение функций жевания, речи и изменения в височно-нижнечелюстном суставе [6, 7, 8]. Это неуклонно ведет к изменениям стоматологических параметров качества жизни пациента [9]. Субъективные проявления, такие как: эстетические изьяны челюстно-лицевой области, галитоз, затрудненный прием пищи, – отрицательно сказываются на эмоциональном состоянии пациентов. Неудовлетворительное состояние полости рта, связанное с неадекватным ортопедическим лечением или отсутствием протезов, вызывая чувство неловкости и дискомфорта, способствует снижению социальной активности человека, приводя к комплексу неполноценности [8, 9].

С помощью оценки качества жизни пациентов со стоматологическими заболеваниями появилась возможность объективизировать нарушения стоматологического здоровья пациентов и выбрать наиболее рациональный метод лечения, определить его ожидаемые результаты и эффективность. В стоматологии критерий качества жизни больного используется не столь активно, как в других разделах медицины [9, 12, 21, 22]. В современной отечественной и зарубежной литературе практически не освещены стоматологические критерии качества жизни с учетом факторов риска у пациентов с частичным и полным отсутствием зубов.

Некоторыми авторами была изучена потребность в зубных протезах населения сельской и городской местности и выявлена взаимосвязь между нуждаемостью в зубном протезировании, климатическими и географическими условиями, уровнем стоматологической помощи населению, возрастом и полом пациентов [18, 19, 20].

В настоящее время в Ярославской области функционирует 216 стоматологических клиник, 124 из них находятся в сельской местности. Из 100 обратившихся пациентов более 80 нуждаются в помощи врача-ортопеда [11]. Все это свидетельствует о том, что ортопедическое стоматологическое лечение становится таким же массовым видом помощи, как и терапевтическое.

Кроме того, необходимость в ортопедическом лечении обусловлена наличием стоматологических заболеваний, определенным уровнем организации узкопрофильной помощи и имеет свои особенности в каждом конкретном регионе [15, 16]. В связи с этим, важность массовых эпидемиологических обследований возрастает ,что позволяет получить ключевые показатели нуждаемости населения в ортопедической помощи, которые необходимо учитывать при всеобщей диспансеризации.

С целью выявления особенностей и получения ключевых показателей нуждаемости в ортопедическом лечения населения Ярославской области было проведено социологическое исследование, по результатам которого следует, что население испытывает недостаток в ортопедической стоматологической помощи по разным причинам:

– 43% населения не могут обратиться за ортопедической стоматологической помощью в связи с отсутствием в своем населенном пункте стоматологического кабинета;

– 32% – не могут получить ортопедическую помощь из-за высоких цен на лечение;

– 12% – не обращаются за ортопедической стоматологической помощью в связи с отсутствием квалифицированных специалистов;

– 13% населения отмечают низкое качество оказываемой ортопедической помощи [11].

Диагноз полного отсутствия зубов в общей структуре оказания медицинской помощи стоматологическим больным имеют 17,96% пациентов. Показатель нуждаемости в полном съемном протезировании

неуклонно растет с возрастом: так, от 44 до 74 лет он составляет 15–46%, а с 75 лет и старше – более 50% [13, 14].

Известно, что этиологическими факторами, приводящими к отсутствию зубов, являются, как правило, кариес и его осложнения, а также заболевания пародонта [2]. Любопытно, что вопреки устоявшемуся мнению о том, что главной причиной удаления зубов у пациентов старшей возрастной группы являются заболевания пародонта, исследования [13, 15] показали, что у лиц 60–69 лет в 65% случаев удаление зубов происходит по причине кариеса и его осложнений, и только в 34% случаев – в связи с заболеваниями пародонта. Особо отмечается, что в последние годы распространенность генерализованного пародонтита среди лиц молодого и среднего возраста существенно увеличилась [14].

Категория лиц с отсутствием зубов в результате их удаления, вследствие кариеса зубов и его осложнений, заболеваний пародонта и несчастного случая (травмы) не только увеличивается, но и омолаживается [13]. При этом распространенность отсутствия зубов вследствие осложнений кариеса и заболеваний пародонта увеличиваются в каждой последующей возрастной группе примерно в пять раз. У населения в возрасте 40–49 лет полное отсутствие зубов встречается у 1%, в возрасте 50–59 лет – у 5,5%, и у людей старше 60 лет – у 25% [11].

Таким образом, в результате проведенного анализа отечественных и иностранных литературных источников можно сделать ряд выводов о том, что в настоящее время вопросам непосредственного протезирования пациентов с частичной и полной потерей зубов посвящается все больше внимания, а положительные результаты ортопедического лечения таких пациентов, включая качество жизни и зависят от множества факторов.

Список литературы:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Учебник для студ. вузов. – Москва: МЕДпресс-информ, 2012. 496 с.

2. Абдурахманов А.И. Материалы и технологии в ортопедической стоматологии. Учебник. – Москва: Медицина, 2013. 208 с.

3. Анисимов А.Ю. Восстановление целостности зубного ряда во фронтальном отделе с помощью дентальных имплантатов // Достижения сегодня – основа будущих совершенствований сборник научных работ научно-практической конференции. 2016. С. 19-20.

4. Алимский А.В. Основные недостатки существующей системы подготовки врачей-стоматологов в нашей стране и перспективы ее улучшения // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2015. №1 (27). С. 70-71.

5. Брагин Е.А., Бурлуцкая С.И., Гоман М.В., Дзгоева М.Г., Жолудев С.Е., Жолудев Д.С., Изосимова М.А., Исхаков И.Р., Каливраджиян Э.С., Карасева В.В., Комарова Ю.Н., Коннов В.В., Лесных Н.И., Маннанова Ф.Ф., Нуриева Н.С., Подопригора А.В., Рединов И.С., Рыжова И.П., Салеев Р.А., Салеева Г.Т., Основы технологии зубного протезирования / Учебник для медицинских училищ и колледжей: в двух томах / Под редакцией Э.С. Каливраджияна. – Москва, 2016. Т. 2.

6. Борисова Е., Ершова М. Последствия полной и частичной адентии. Врач. 2015. № 7. С. 32-33.

7. Maupome G., Gullion C.M., White B. A. et al. Oral dis- orders and chronic systemic diseases in very old adults living in institutions. Spec. Care Dentist. 2013; 23 (6): 199-208.

8. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни. Стоматология. 2016. № 79 (5). С. 10-13.

9. Прокудин И.Н. Организация стоматологической помощи и потребность в ортопедическом лечении городского населения: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2014.

10. Алимский А.В., Вусатый В.С., Прикулс В.Ф. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии. Рос. стоматол. журн.2014. № 2. С. 38-40.

11. Гилева О.С., Халилаева Е.В., Либик Т.В. и др. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья». Мед. журн. 2017. № 8. С. 104-109.

12. Measuring Oral Health and Quality of Life / Ed. G. D. Slade. University of North Carolina, 1997.

13. Апресян Г.Н. Нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи населения и ее особенности оказания в условиях бесплатного

(льготного) зубного протезирования: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2015.

14. Бондаренко Н.Н. Механизм объективной оценки в системе управления качеством оказания стоматологических услуг: дис. докт. мед. наук: 14.00.21, 14.01.33 / Бондаренко Николай Николаевич. – М., 2014. 144 с.

15. Вейсгейм Л.Д. Некоторые результаты применения современных технологий стоматологического ортопедического лечения пациентов по данным анкетирования врачей / Л.Д. Вейсгейм, Л.Н. Щербаков, Т.В. Моторкина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. № 2. С. 52-55.

16. Веденеева Е.В. Роль стоматологического лечения в улучшении качества жизни пациентов: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / Е.В. Веденеева. – Москва, 2016. 24 с.

17. Иорданишвили А.К. Адентия в различные возрастные периоды у взрослого человека / А.К. Иорданишвили, В.В. Самсонов, В.В. Лобейко // Medline.ru. – 2013. Т. 14. № 2. С. 188-192.

18. Тучик Е.С. Жалобы как показатель организации качества стоматологической услуги / Е.С. Тучик, О.Ю. Любова, С.А. Коврик // Актуальные аспекты судебной медицины и экспертной практики. Выпуск 1. Под ред. Проф. Е.С. Тучика. – М.: 2014. С. 184-188.

19. Уруков Ю.Н. Комплексное медико-правовое, экспертное и клиническое исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании ортопедической стоматологической помощи: автореф. дис. д-ра мед наук / Ю.Н. Уруков. – М.: МГМСУ, 2014. 27 с.

20. Черников А.А., Тегза Н.В. Проблемные вопросы оказания ортопедической стоматологической помощи. // Врач-аспирант: 4.3(59)июль / СПб. Научная книга. – Спб, 2013. С. 424.

21. Хахилева О.С., Горячева Т.П Качество жизни пациентов с эрозивно-язвенными заболеваниями слизистой оболочки полости рта. // Журнал «Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований», – 2014. № 7. С. 44-47.

22. Касумов Н.С. Ортопедическое лечение металлокерамическими коронками на золотых каркасах. // Журнал «Современные проблемы науки и образования», – 2015. № 4. С. 23-24. http://www.science-education.ru/127-20516

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОИМПЛАНТОВ В ОБЛАСТИ BUCCAL SHELF И INFRAZYGOMATIC CREST

Д.м.н., профессор Гажва С.И., к.м.н., доцент Марахтанов Н.Б., Тимофеева Е.И.

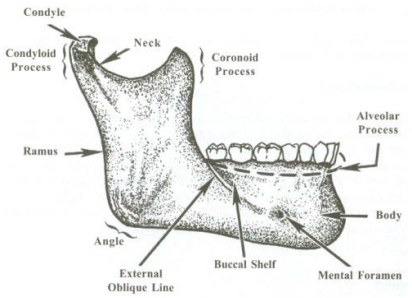
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии ФДПО, г. Нижний Новгород

Актуальность. Проблема оказания ортодонтической помощи при наличии функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстно-лицевой области весьма актуальна в связи с их значительной распространенностью, в среднем у 33,2% населения России (Хорошилкина с соавт., 2005; Персии, 2007) [1].

Часто по ортодонтическим показаниям удаляются постоянные, интактные зубы, поэтому поиск «безэкстрационых» методов лечения является преимущественным у врача-стоматолога-ортодонта.

В современной практике за последние 10 лет стало популярным использование ортодонтических микроимплантов. Все мануфактуры ортодонтической продукции имеют в своих каталогах микровинты. Ортодонт прибегает к использованию этих приспособлений для апрайтинга зубов, лечения без удаления зубов, а также для сокращения сроков ортодонтического лечения, что увеличивает эффективность лечения.

Установка микроимплантов в области BS (Buccal Shelf) (рис. 1) и IZC (Infra-Zygomatic Crest) (рис. 2) дает возможность не только для создания абсолютной опоры, но и помогают добиться дистализации боковой группы зубов за короткие сроки на начальных этапах лечения, тем самым избежать удаления зубов по ортодонтическим показаниям.



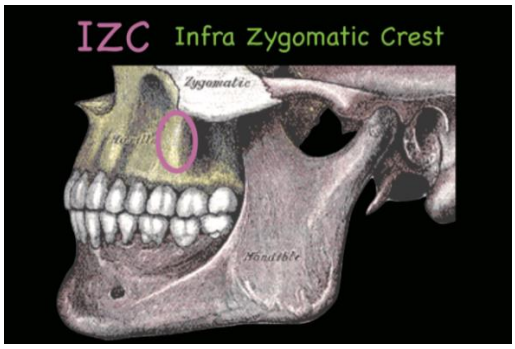


Рис. 1. Анатомия Buccal Shelf. Рис. 2. Анатомия Infra-Zygomatic Crest.

В данных анатомических областях необходимо использовать микровинты диаметром 2 мм с самонарезающей резьбой, что необходимо для участков с толстой и плотной костной тканью, требующей предварительного пилотного сверления [4].

Успешность функционирования миниимплантов обычно определяется устойчивостью конструкции, которая остается стабильной при постоянной ортодонтической нагрузке не менее 6 месяцев. Наиболее важные и определяющие факторы первичной стабильности – это плотность и толщина кортикальной пластинки челюстей [3].

Использование микровинта в Infra-Zygomatic Crest возможно в области как первого постоянного моляра(IZS6), так и второго постоянного моляра (IZS7). Установка микроимплантов длинной 8–12 мм в данной области позволит избежать осложнений и добиться первичной стабильности [5].

Использование микроимпланта в области BSC дает абсолютную скелетную опору для дистализации нижних моляров в случае лечения «без удаления» и устранения тесного положения зубов в переднем отделе, а также для компромиссного лечения пациентов с III классом [6].

Клинический случай № 1.

Пациент Т., возраст 15 лет, обратился с жалобами на «неровные зубы», дефицит места для верхних и нижних клыков, лечение начато в другой клинике (рис. 3-16).



Рис. 3. До лечения. Вид спереди.



Рис. 4. До лечения. Разомкнутые зубные ряды.



Рис. 5. До лечения. Боковая окклюзия слева.



Рис. 6. До лечения Боковая окклюзия справа.



Рис. 7. До лечения. Оклюзионное фото нижнего зубного ряда.

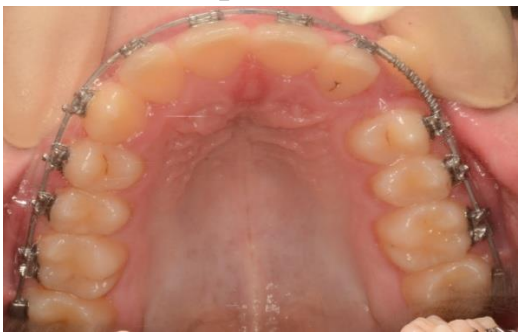


Рис. 8. До лечения. Окклюзионное фото верхнего зубного ряда.

Лечение на этапе Экструзии клыков:



Рис. 9. Состояние зубо-челюстной системы через 4 месяца ортодонтического лечения. Боковая окклюзия справа.



Рис. 10. Состояние зубо-челюстной системы через 4 месяца ортодонтического лечения. Боковая окклюзия слева.



Рис. 11. Состояние зубо-челюстной системы через 4 месяца ортодонтического лечения. Вид спереди.

Применение эластиков с вектором по III классу для устранения проклинации нижних резцов.



Рис. 12. Состояние зубо-челюстной системы через 4 месяца ортодонтического лечения. Разомкнутые зубные ряды.

После создания места для устранения проклинации, устранения смещения межрезцовой линии и смыкания моляров по II классу было принято решение об установки микроимпланта Vector Tas 12 мм X 2 мм в области подскулового гребня слева.



Рис. 13. Состояние зубо-челюстной системы через 8 месяцев ортодонтического лечения. Окклюзионное фото верхнего зубного ряда.



Рис. 14. Состояние зубо-челюстной системы через 8 месяцев ортодонтического лечения. Окклюзионное фото нижнего зубного ряда.

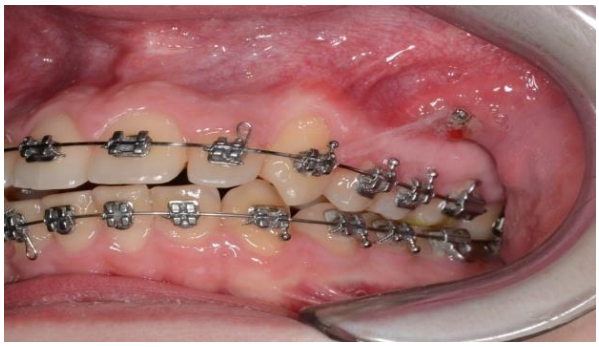


Рис. 15. Состояние зубо-челюстной системы через 8 месяцев ортодонтического лечения. Окклюзионное фото слева.

Применение микроимпланта Vector Tas 1,5х8 мм между зубом 1.4 и 1.5 показано для коррекции окклюзионной плоскости.

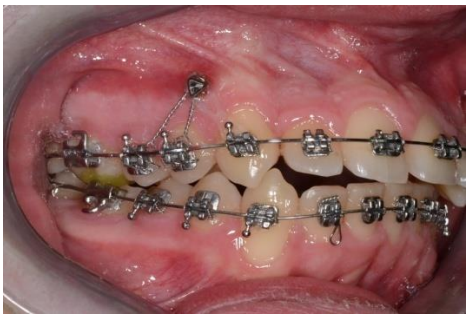


Рис. 16. 8 месяцев ортодонтического лечения. Оклюзионное фото справа.

В процессе перемещения образуются промежутки, улучшение смыкания зубных рядов. Ориентировочный срок перемещения составил 4 месяца. Для избежания побочного интрузионного эффекта слева необходимо использование межчелюстных эластиков.

В плане лечения: установление микроимпланта Vector Tas 2,0х10 мм в области Buccal Shelf для коррекции проклинации нижних резцов.

Клинический случай № 2.

Пациент Б., 24 года, обратился в клинику с жалобами на «неправильное положение зубов», «наличием сохранившихся молочных зубов» (рис. 17-25).



Рис. 17. До лечения. Вид спереди.



Рис. 18. До лечения. Разомкнутые зубные ряды.



Рис. 18. До лечения. Боковая окклюзия слева.



Рис. 19. До лечения. Боковая окклюзия справа.



Рис. 20. До лечения. Окклюзионное фото верхнего зубного ряда.



Рис. 21. До лечения. Оклюзионное фото нижнего зубного ряда.

Фото на этапе лечения:

Нормализация наклона нижних резцов. Тенденция к III классу.



Рис. 22. Состояние зубо-челюстной системы через 8 месяцев ортодонтического лечения. Вид спереди.



Рис. 23. Состояние зубо-челюстной системы через 8 месяцев ортодонтического лечения. Боковая окклюзия слева.



Рис. 24. Состояние зубо-челюстной системы через 8 месяцев ортодонтического лечения. Боковая окклюзия справа.

Для дистализации боковой группы зубов было проведено одномоментное удаление зуба 4.8 и установка микроимплантата 2х10 мм в области косой линии (Buccal Shelf).



Рис. 25. Установка микроимпланта в область Buccal Shelf.

Ориентировочный срок дистализации составил 4–5 месяц.

Выводы. Использование микроимплантов в области Buccal Shelf и Infra-Zygomatic Crest делает ортодонтическое лечение органосохраняющим ,малоинвазивным и высокоэффективным методом ортодонтического лечения, увеличивая пределы возможности для дистализации боковой группы зубов, устранения скученного положения зубов и проклинации как нижней, так и верхней челюстях.

Список литературы:

1. Хуссейн Мохамед, Хуссейн Елсир. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Клинико-морфологические подходы к диагностике и лечению «скрытых» аномалий окклюзии». 2010.
2. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. 2006.
3. VectorTAS. Практическое руководство для врача.

4. Ричард Р.Дж. Коусли. Клинический справочник по ортодонтическим мини-имплантама. 2014.

5. John Jin – Jong Lin, W.Eugene Roberts. Guided Infra-Zygomatic Screws: Reliable Maxillary Arch Retraction. Internation Journal of Orthodontics&Implantology. Vol. 46 April 1. 2017. 4-16.

6. 3D Cortical Bone Anatomy of the Mandibular Buccal Shelf: a CBCT study to define sites for extra-alveolar bone screws to treat Class III malocclusion. Journal of Orthodontics&Implantology. Vol. 41 Jan 1. 2016. 74-82.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИУРЕТАНА

К.м.н., доцент Смердина Ю.Г., д.м.н., профессор Смердина Л.Н., Мартынов С.А.

ФГБОУ ВО «Кемеровский ГМУ» Минздрава России, г. Кемерово

У детей после оперативных вмешательств по поводу новообразований, опухолеподобных заболеваний, врожденных и приобретенных дефектов и деформаций возникает частичная либо полная утрата альвеолярного отростка или тела челюсти.

Оперативное лечение всех новообразований необходимо осуществлять в сочетании с ортопедическим, посредством которого достигается замещение удаленной части челюсти.

После резекции верхней или резекции и экзартикуляции нижней челюсти возникает необходимость введение в образовавшийся дефект замещающего протеза, который имеет большую протяженность и объем. До настоящего времени такие протезы изготавливают из пластмасс, которые имеют ряд отрицательных свойств. При использовании с этой целью сплавов металлов, содержащих хром, кобальт, никель, медь, кадмий и др., отмечено возникновение аллергических реакций.

Достижения науки и техники позволили создать новые материалы, имеющие лучшие качественные характеристики и широкую перспективу использования в медицине. К таким материалам относится титан, обладающий рядом ценных свойств: высокой удельной прочностью, химической стойкостью по отношению ко многим агрессивным средам, биологической индифферентностью. Этот материал используется в стоматологической практике, в частности детской (Шарова Т.В., Рогожников Г.И., 1991).

Начиная с 2000 года, в клиническую практику началось внедрение нового конструкционного полимера на основе полиуретановой композиции.

Отличительные свойства полиуретана заложены в различии механизма синтеза полимеров из акрилатов и полиуретанов. Синтез акрилатов – это частный случай цепного механизма – свободнорадикальная полимеризация. Синтез полиуретанов – это частный случай конденсационного механизма – полиприсоединение или миграционная (ступенчатая) полимеризация. При конденсационном механизме синтеза полимера одновременно с конверсией идет нарастание средней молекулярной массы. В этом случае, начиная с определенной конверсии, мономера вообще не остается в системе, и процесс продолжается за счет относительно высокомолекулярных растущих цепей. Особенности химической реакции позволяют существенно улучшить физико-механические характеристики полимера.

Токсико-аллергическое влияние полиуретана сводится к минимуму, в связи с тем, что полиуретаны не имеют остаточного мономера. Высокая биосовместимость позволяют использовать протезы из полиуретана у пациентов с аллергическими реакциями и непереносимостью других материалов.

При лабораторных испытаниях полиуретан показал высокие кагезионные свойства к различным конструкционным материалам, что в случае необходимости обеспечивает надежное соединение с металлическими или полимерными элементами конструкции.

Лабораторная технология изготовления протезов из полиуретана «Пенталур» включает применение рабочей дублированной модели из специального полиуретана и матричной части из силиконового материала. Модель и матрица обладают высокой точностью отображения рельефа поверхности и отсутствием усадки, что в совокупности с безусадочной полиуретановой композицией, обеспечивают высокую прецизионность протезов.

Лабораторные этапы не требуют специального оборудования и, следовательно, высоких финансовых затрат (Альтер Ю.М. с соавт., 2013).

С 2013 года на кафедре ортопедической стоматологии и материаловедения Кемеровского государственного медицинского университета внедрена технология изготовления съемных протезов с полиуретановым базисом.

В качестве примеров удачного применения полиуретана в челюстно-лицевом протезировании детей приводим клинический случай протезирования больной с постоперационным дефектом верхней челюсти.

На кафедру ортопедической стоматологии и материаловедения КемГМУ обратилась больная В., 16 лет с жалобами на плохую фиксацию съемного пострезекционного протеза. Из анамнеза выяснено, что два года назад ей был поставлен диагноз рак твердого неба. Внутриротовым доступом проведена резекция части альвеолярного отростка верхней челюсти, части твердого и мягкого неба, после операции наложен пострезекционный иммедиат-протез. Через полгода после операции изготовлен постоянный пустотелый протез из акрилового базиса. Девочка отмечала хорошую фиксацию протеза, которая впоследствии ухудшилась. На момент обращения пострезекционный протез фиксировался только при закрытом рте.

При внешнем осмотре асимметрии лица не выявлено, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Высота нижней трети лица не изменена.

При осмотре зубных рядов в положении центральной окклюзии – прикус ортогнатический.

При осмотре полости рта: отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти слева вместе с зубами 2.6, 2.7, 2.8, отсутствие части твердого и мягкого неба. Зубы, ограничивающие дефект верхней челюсти и нижний зубной ряд, интактны (рис. 1).

Учитывая возраст больной, необходимость ежегодной замены протеза до окончания роста челюсти и трудоемкость изготовления пустотелого протеза с акриловым базисом, был изготовлен новый пострезекционный протез с монолитным базисом из полиуретанового полимера (рис. 2).

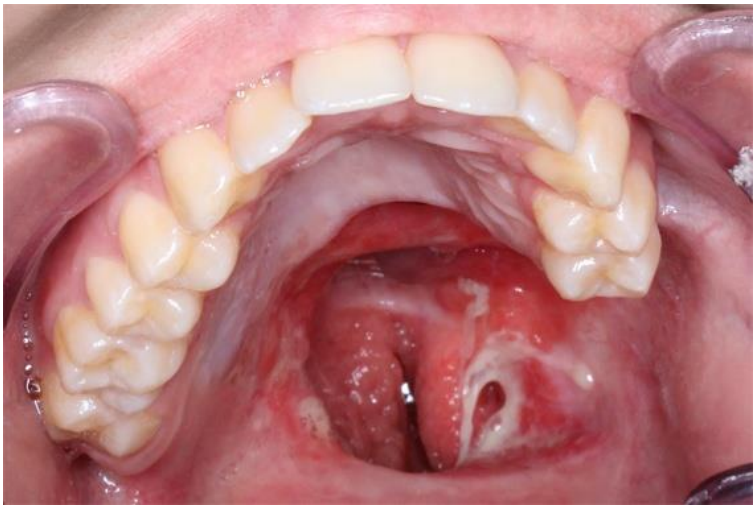


Рис. 1. Состояние полости рта до протезирования.



Рис. 2. Состояние полости рта с полиуретановым протезом.

Технология изготовления протеза выполнялась с использованием дублированных полиуретановых моделей.

Следует отметить, что изготовление полиуретановой модели облегчает припасовку и наложение протеза. Сначала протез припасовывается на модели, а затем в полости рта. Особенно это важно при дефектах мягкого неба, края которых функционально подвижны, а первичная припасовка протеза на полиуретановой модели позволяет снизить травмирование слизистой вокруг дефекта.

В качестве фиксирующих элементов на стороне дефекта были использованы дентоальвеолярные кламмеры, которые обеспечили надежную фиксацию. На противоположной стороне был использован кламмер Адамса, способствующей дополнительной фиксации протеза и не препятствующий росту верхней челюсти.

Вес протеза с полиуретановым базисом (18,7 гр.) практически равен ранее изготовленному пустотелому протезу из акриловой пластмассы (18,4 гр.).

Хотя вновь изготовленный протез имеет больший объем базиса по сравнению с прежней пустотелой конструкцией, его вес увеличился лишь на 0,3 грамма, что не повлияло на субъективные ощущения.

Через две недели девочка отметила отсутствие боли во время функции, хорошую фиксацию и стабилизацию протеза. Внутренний дистальный край протеза обеспечивал хорошую герметизацию полости рта от полости носа (Смердина Ю.Г. с соавт., 2016).

Заключение. Основываясь на собственном опыте применения полиуретана, рекомендуем изготавливать съемные пострезекционные протезы из полиуретана детям после оперативных вмешательств, так как особенности этого материала позволяют заполнять дефекты челюсти цельными протезами, практически не превышающими вес пустотелых протезов из акриловых пластмасс. Применение пострезекционных протезов эффективно и комфортно в пользовании.

Список литературы:

1. Альтер Ю.М., Ткачук А.-М.П., Поюровская И.Я., Сутугина Т.Ф., Огородников М.Ю. Полиуретановый базисный материал «Пенталур» и модифицированные композиции полиуретана: сравнительная оценка физико-механических свойств // Стоматология, 2013. № 1. С. 9-13.
2. Смердина Ю.Г., Смердина Л.Н., Мартынов С.А. Выбор базисного материала при изготовлении пострезекционных протезов верхней челюсти онкологическим больным в зависимости от топографии дефекта // В сб.: Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в челюстно-лицевой хирургии и онкологии / Под ред. проф. В.Э.Гюнтера. – Томск: Изд-во «НПП «МИЦ», 2016. С. 252-256.
3. Шарова Т.В., Рогожников Г.И. Ортопедическая стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1991. 288 с.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАНГОВОЙ КОРРЕЛЯЦИИ СПИРМЕНА ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННЫМ ПРИКУСОМ

Виноградова О.Б., Еловикова А.Н.

ГБУЗ ПК «Городская стоматологическая поликлиника № 2», г. Пермь

Лечение дистальной окклюзии зубных рядов у нерастущих пациентов направлено на зубоальвеолярную коррекцию прикуса, в том числе и с удалением комплектных зубов [12, 13]. В процессе лечения взрослых пациентов с удалением зубов изменяются костный и мягкотканевый профиль лица [9, 10, 12], размеры носогубного, подбородочногубного и межгубного углов, что оказывает влияние на изменение эстетики лица. По литературным данным лечение дистальной окклюзией зубных рядов с удалением двух премоляров верхней челюсти достаточно эффективно. Большинство пациентов удовлетворены его результатами [8, 14]. Не решена проблема с лечением клинических форм дистальной окклюзии зубных рядов, обусловленных недоразвитием или дистальным смещением нижней челюсти

[5], при которых крайне нежелательно удаление комплектных зубов. Получены положительные результаты лечения этих клинических форм за счет скелетной коррекции, преимущественно выдвижения нижней челюсти с помощью системы пассивного самолигирования в сочетании с аппаратом Гербста [3, 11].

Мы не встретили в литературе целенаправленного исследования изменений большинства параметров челюстно-лицевой области в процессе лечения дистальной окклюзии и провели это исследование по результатам лечения 54 пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов в возрасте 11–25 лет: исследовали 10 челюстных, 15 костных и 11 мягкотканевых параметров до и после лечения [1]. В процессе лечения пациентов с постоянным прикусом с удалением, и без удаления комплектных зубов челюсти изменяют свою форму по принципу деформации упругого тела [1]: расширяются зубные дуги преимущественно на уровне премоляров и апикальные базисы, сокращаются размеры их длины во фронтальном отделе. После удаления премоляров происходит большее смещение фронтальных зубов, вследствие закрытия промежутков. До лечения фронтальные зубы верхней челюсти были в состоянии протрузии, углы их наклона к основаниям челюстей меньше, чем при ортогнатическом прикусе. После лечения без удаления зубов у пациентов верхние и нижние резцы усилили протрузию. С удалением премоляров верхние резцы вместе с апикальным базисом переместились дистально, нивелируя свое положение и величину угла наклона до физиологического состояния (угол 1-NL=75,52±2,08є) [1]. Одновременно нивелируется положение нижних резцов, они уменьшают протрузию – высота прикуса увеличивается.

Повышение высоты прикуса подтверждается нивелированием углов положения резцов к основаниям челюстей, увеличением размеров угла основания нижней челюсти к основанию черепа (угол SNL-ML) к концу лечения и нивелированием отношения задней высоты лица к передней до размеров отношения этих высот при ортогнатическом прикусе.

С сохранением полного зубного ряда к концу лечения создаются условия для снижения высоты прикуса, так как верхние резцы на протяжении всего периода лечения остаются в протрузии.

В процессе лечения уменьшаются углы выстояния фронтальных отделов верхней и нижней челюстей у всех пациентов, в большей степени выраженные после удаления зубов. Это способствует уменьшению углов SNA, SNB, ANB со смещением точек «А» и «В» дистально, уменьшению степени прогнатизма, одновременно уменьшается основание верхней челюсти, то-есть устраняется одно из главных эстетических нарушений дистальной окклюзии зубных рядов – выстояние верхней челюсти и нормализуется смыкание губ. Однако, одновременно с повышением прикуса проявляется негативная тенденция к ротации нижней челюсти по часовой стрелке со смещением ее кзади, о чем свидетельствует уменьшение угла SNB к концу лечения, незначительное уменьшение основания нижней челюсти и увеличение угла положения подбородка. В постоянном прикусе практически не изменились на протяжении периода лечения размеры тела, ветвей и углов нижней челюсти [1].

На основании непосредственных результатов лечения дистальной окклюзии зубных рядов с удалением двух премоляров верхней челюсти негативные изменения черт лица слабо выражены. Этому способствует устранение основного симптома – выстояния верхней челюсти. Кроме того, все изменения параметров, в том числе и статистически достоверные, произошли в пределах физиологического диапазона. Однако, остаются затруднения в лечении клинических форм дистальной окклюзии [5], обусловленной дистальным положением или недоразвитием нижней челюсти: у пациентов в возрасте 13–25 лет в результате лечения дистальной окклюзии зубных рядов получена средняя величина угла SNB, равная 75,68±1,11°, что ниже уровня физиологического диапазона; размеры тела, ветви и угла нижней челюсти к концу лечения не изменились, что может

стать причиной нежелательных изменений эстетики лица вследствие дистального смещения подбородка.

В процессе лечения дистальной окклюзии преимущественно изменились челюстные и костные параметры. Их изменения слабо отразились на состоянии мягкотканевых параметров. Представляет практический интерес согласованность изменений челюстных, костных и мягкотканевых параметров.

Цель работы: исследовать взаимосвязь и согласованность изменений в параметрах челюстно-лицевой области в процессе корреляции рангов по Спирмену до и после лечения дистальной окклюзией зубных рядов с удалением двух премоляров верхней челюсти у пациентов в возрасте 13–25 лет.

Материал и методы исследования. Проведена ранговая корреляция Спирмена параметров челюстно-лицевой области пациентов в возрасте 13–25 лет (n=19) до и после лечения дистальной окклюзии зубных рядов с удалением двух премоляров. Резуьтаты корреляции до и после лечения и вновь возникшие статичстически значимые корреляционные связи исследованы методом факторного анализа. Факторы нами определены по результатам лечения, которые отражают закономерности или наиболее существенные изменения параметров, близкие к их механизму.
В соответствии с факторами все статистически значимые корреляционные связи разделены на 5 групп: топически близких параметров; параметров, связанных с изменением формы челюстей по принципу деформации упругого тела; параметров, причастных к изменению высоты прикуса; функционально-зависимых; параметров эстетической направленности.
В процессе факторного анализа сопоставлены результаты корреляции рангов и результаты лечения [1, 7].

Полученные количественные показатели отражены в виде средних с ошибкой средней величины (M±m) и статистически обработаны при помощи пакета описательной статистики программы «Microsoft Exel 2003» и

программы «Статаистика-9». Количественные показатели во всех группах соответствуют критериям нормального распределения Гаусса, их оценка проведена построением гистограмм эмпирического ряда и теоретических кривых нормального распределения.

Статистический анализ проведен по различным методикам. Взаимодействие параметров и согласованность их изменений оценены при помощи коэффициента ранговой корреляции Spearman [2, 4] и уровня статистической значимости (p^{Sp}). Сравнение между зависимыми признаками (анализ параметров до и после лечения пациентов каждой группы) проводился с помощью критерия знаковых рангов согласованных пар Вилкоксона (p^{Wilc}). Для сравнении независимых признаков (сравнение результатов между группами) при различном количестве пациентов в группах использовали U-критерий Манна-Уитни (p^{M-U}).

Результаты исследования и их обсуждение. В группе топически близких параметров три корреляционные связи до и после лечения дистальной окклюзии зубных рядов, две их них одновременно имеют эстетическую направленность: угол выпуклости лица коррелирует с углом выпуклости носа (до лечения r=-0,639000, p^{Sp}=0,003227, после лечения r=-0,564003, p^{Sp}=0,011896) и с углом ANB (до лечения r=-0,650210, p^{Sp}=0,002579, после лечения r=-0,705441, p^{Sp}=0,000741). Угол SNA коррелирует с углом ANB (до лечения r=0,652874, p^{Sp}=0,002442, после лечения r=0,584731, p^{Sp}=0,008551). Вновь возникли три корреляционных связи, две их них прямые, одна обратная все средней силы, значимые, все соответствуют фактору группы с близко расположенными параметрами. В группе есть два мягкотканевых параметра эстетической направленности. По результатам лечения угол выпуклости носа к концу лечения увеличивается, угол выпуклости лица – очень слабо изменяется (+0,16±1,52є, p^{Wilc}=0,661133). Углы SNA и ANB уменьшились, в прямой корреляционной связи высокой значимости. В результате чего лицо в области основания носа стало более плоским, увеличились размеры угла выпуклости носа, хотя

мягкотканевый угол выпуклости лица слабо изменился. Обратные корреляционные связи угла выпуклости лица с углом выпуклости носа и углом ANB и прямая связь между углами SNA и ANB подтверждают результаты лечения и они совпадают с результатами ранговой корреляции, с другой стороны, дают основания прогнозировать обострение черт лица с возрастом пациента.

Наиболее многочисленная группа корреляционных связей, параметры которые причастны к изменению формы зубных дуг и апикальных базисов по принципу деформации упругого тела – расширение зубных дуг и апикальных базисов преимущественно на уровне премоляров с укорочением их фронтальных отделов: до и после лечения восемь корреляционных связей и тридцать вновь возникших в процессе лечения, среди которых преобладают средние по тесноте связи, значимые и прямые. Среди параметров, участвующих в формировании этих связей наибольшая корреляционная зависимость у ширины зубных дуг в области премоляров нижней челюсти. Приведем примеры из них: ширина зубной дуги верхней челюсти в области премоляров коррелирует с шириной апикального базиса верхней челюсти (до лечения r=0,566688, p^{Sp}=0,011414, после лечения теснота связи и значимость усилились r=0,845165, p^{Sp}=0,000005); ширина зубной дуги в области нижних премоляров коррелирует с шириной апикального базиса нижней челюсти (до лечения r=0,734567, p^{Sp}=0,000341, после лечения r=0,713109, p^{Sp}=0,000144). Из вновь возникших корреляционных связей: ширина зубной дуги верхней челюсти в области моляров коррелирует с длиной апикального базиса верхней челюсти (r=0,616287, p^{Sp}=0,004955), длина фронтального отдела верхней зубной дуги коррелирует с длиной фронтального отдела нижней зубной дуги (r=0,547074, p^{Sp}=0,015346), длина основания верхней челюсти коррелирует с размерами угла основания верхней челюсти к основанию черепа (r=-0,575263, p^{Sp}=0,009969), отношение задней высоты лица к передней коррелирует с длиной основания верхней челюсти (r=0,596717, p^{Sp}=0,006995), ширина апикального базиса верхней

челюсти коррелирует с шириной апикального базиса нижней челюсти (r=0,764446, p^{Sp}=0,000138) и др. Перечисленные примеры статистически значимых корреляционных связей демонстрируют принадлежность их к фактору, согласованность изменений параметров и совпадение результатов корреляции с результатами лечения.

Корреляционные связи параметров, причастных к изменению высоты прикуса: до и после лечения дистальной окклюзии зубных рядов девять связей; вновь возникших в процессе лечения десять статистически значимых корреляционных связей. Все они имеют прямое отношение к изменению высоты прикуса. Особенно выделяются четыре пары корреляционных связей: угол наклона верхнего резца к основанию челюсти коррелирует с межрезцовым углом (до лечения r=0,914210, p^{Sp}=0,000000, после лечения r=0,705519, p^{Sp}=0,000739). Эта связь демонстрирует начало процесса повышения прикуса в период лечения дистальной окклюзии зубных рядов с удалением двух премоляров верхней челюсти – верхние резцы после удаления премоляров под влиянием аппарата перемещаются дистально, уменьшая наклон до физиологического состояния, нижние частично уменьшают протрузию, и верхние и нижние резцы принимают более вертикальное положение и вступают в контакт. Межрезцовый угол увеличивается, прикус повышается. Угол положения подбородка коррелирует с углом основания нижней челюсти к основанию черепа (до лечения r=0,716887, p^{Sp}=0,000552, после лечения r=0,738365, p^{Sp}=0,000306). Эта прямая сильная высокой значимости связь возникает одновременно с повышением прикуса, повышается передняя высота лица с увеличением угла основания нижней челюсти к основанию черепа со смещением подбородка кзади – происходит ротация нижней челюсти по часовой стрелке.

Отношение задней высоты лица к передней коррелирует с углом основания нижней челюсти к основанию черепа (до лечения r=-0,808727, p^{Sp}=0,000028, после лечения r=-0,784262, p^{Sp}=0,000071); угол SNB коррелирует с углом положения подбородка (до лечения r=-0,696039,

p^{Sp}=0,000933, после лечения r=-0,717720, p^{Sp}=0,000540). Две последние обратные связи также подтверждают результат лечения. Все параметры имеют высокую корреляционную зависимость внутри группы.

Из десяти вновь возникших корреляционных связей семь прямых, три обратных; значимых – шесть, высокой значимости – четыре; несколько слабее по силе связи по сравнению с корреляционными связями до и после лечения. Несовпадение результатов корреляции с результатами лечения выявлено при отсутствии изменений в параметрах в процессе лечения и при слабо изменившихся параметрах.

В группе корреляционных связей функционально зависимых параметров мы отнесли одну корреляционную связь углов SNA и SNB (до лечения r=0,738039, p^{Sp}=0,000308, после лечения r=0,841392, p^{Sp}=0,000006). Оба параметра имеют высокую корреляционную зависимость в группе. Прямая, тесная, высокой значимости корреляционная связь подтверждает результаты лечения – оба параметра к концу лечения уменьшились в размерах, что статистически гарантировано.

Одна корреляционная связь до и после лечения дистальной окклюзии зубных рядов между эстетическими параметрами: ширина зубной дуги в области верхних моляров коррелирует с носогубным углом (до лечения r=-0,7552412, p^{Sp}=0,014181, после лечения r=-0,517365, p^{Sp}=0,023294). Эта корреляционная связь подтверждает результат лечения: на фоне сужения зубной дуги в области верхних моляров носогубный угол немного увеличился к концу лечения, о чем свидетельствует обратная корреляционная связь.

Вновь возникли девятнадцать корреляционных связей эстетической направленности, преимущественно средней и умеренной тесноты, связи значимые, прямые. Размеры межгубного угла коррелируют с расстоянием верхней губы до референтной линии sn-pg (r=-0,503249, p^{Sp}=0,028060) и с расстоянием нижней губы до референтной линии sn-pg (r=-0,569110, p^{Sp}=0,010988). Расстояние верхней губы до линии sn-pg коррелируют с

расстоянием нижней губы до линии sn-pg (r=0,840409, p^{Sp}=0,000007) и также с шириной зубной дуги в области нижних премоляров (r=-0,565816, p^{Sp}=0,011567); расстоянием нижней губы до линии sn-pg коррелируют с шириной нижней зубной дуги в области премоляров (r=-0,468580, p^{Sp}=0,043013). Ширина зубной дуги в области нижних моляров коррелирует с толщиной тканей в области надподбородочной борозды (r=0,499558, p^{Sp}=0,029424) и с размерами носогубного угла (r=-0,527044, p^{Sp}=0,020412). Размер подбородочногубного угла коррелируют с глубиной лица (r=-0,567842, p^{Sp}=0,011208). Угол ANB коррелирует с расстоянием нижней губы до линии sn-pg (r=0,467068, p^{Sp}=0,043782) и толщиной тканей в проекции Pg-pg (r=0,530440, p^{Sp}=0,019471). Длина основания нижней челюсти коррелирует с длиной основания носа (r=0,490393, p^{Sp}=0,033035). Расстояние нижней губы до линии sn-pg коррелируют с отношением задней высоты лица к передней (r=-0,489763, p^{Sp}=0,033295). Результаты корреляции двадцати описанных корреляционных связей совпали с результатами лечения. Не подтверждают результаты лечения корреляционные связи параметров, которые не изменили свои размеры в процессе лечения или их изменения не достигли статистически достоверного уровня.

Заключение. Корреляция рангов Спирмена объективно отражает взаимосвязь и согласованность изменений параметров челюстно-лицевой области в процессе лечения дистальной окклюзии зубных рядов. По непосредственным результатам лечения наибольшие изменения произошли в челюстных и костных параметрах, но они слабо отразились на изменении мягкотканевых параметров. Внешние изменения лица после удаления двух премоляров верхней челюсти проявились в виде тенденции к обострению черт лица вследствие западения губ и увеличения угла выпуклости носа. Этому способствовало изменение челюстных и костных параметров в пределах физиологического диапазона. Проведен факторный анализ [6] результатов ранговой корреляции. На основании анализа результатов лечения нами выявлены основные направления в изменениях

параметров – факторы, в соответствии с которыми из всех статистически значимых корреляционных связей 87 из 90 распределены в группы в зависимости от фактора. Факторный анализ позволил не только оценить силу связи, значимость и направление, но и выявить высокую корреляционную зависимость параметров, подтвердить причастность их к фактору, совпадения и несовпадения результатов корреляции и лечения. Результаты ранговой корреляции подтверждают результаты лечения дистальной окклюзии зубных рядов и при статистически достоверных изменениях параметров в процессе лечения.

Список литературы:

1. Виноградова О.Б., Еловикова А.Н., Няшин Ю.И., Дубинин А.Л. Исследование влияния удаления комплектных зубов на эстетику лица в процессе ортодонтического лечения дистальной окклюзии зубных рядов // Российский журнал биомеханики. – 2017. Т. 21. № 3. С. 287-303.
2. Герасимов А.Н. Медицинская статистика. Учебное пособие. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. 475 с.
3. Данилова М.А., Пономарева М.Л., Горева О.Б., Комплексное лечение растущих пациентов с сочетанной формой дистальной окклюзии зубных рядов и вертикальной резцовой дизокклюзией // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. Т. XII. № 3 (46). С. 38-42.
4. Жижин К.С. Медицинская статистика. Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2007. 149 с.
5. Жулев Е.Н., Долидзе А.Г. Оценка эффективности современных методов ортодонтического лечения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы // Ортодонтия. – 2012. № 3 (59). С. 32-35.
6. Жулев Е.Н., Табер Я.А., Бухнин А.В., Николаева Е.Ю. Факторный анализ строения лицевого скелета и зубных рядов у пациентов со скученным положением зубов // Ортодонтия. – 2005. № 2 (29). С. 13-17.
7. Персин Л.С. Клинико-рентгенологическая и функциональная характеристика зубочелюстной системы у детей с дистальной окклюзией зубных рядов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1988. 48 с.
8. Польма Л.В. Вероятность изменения параметров мягких тканей лица при лечении дистальной окклюзии с удалением премоляров // Ортодонтия. – 2008. № 1 (41). С. 11-16.

9. Польма Л.В., Ломакина В.М. Влияние ортодонтического лечения на контур мягких тканей подбородочно-шейной области у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов // Ортодонтия. – 2008. № 1 (41). С. 29-34.

10. Польма Л.В., Ломакина В.М. Положение верхней губы — ключ к планированию лечения пациентов с дистальной окклюзией // 10-й съезд ортодонтов России. Тез. докл. Ортодонтия. – 2006. № 1 (33). С. 80.

11. Попов С.А., Тихонов А.В. Сагиттальные изменения параметров зубных рядов и челюстей у подростков с дистальной окклюзией при лечении с применением системы пассивного самолигирования в сочетании с аппаратом Гербста // Ортодонтия. – 2011. № 2 (54). С. 34-39.

12. Al-Nimri K.S.. Vertical Changes in Class II division 1 Malocclusion after Premolar Extractions // Angle Orthod / – 2006. Vol. 76. № 1. P. 52-58.

13. Basciftci F.A., Usumez S. Effects of Extraction and Nonextractin Treatnent on Class I and Class II Subjects // Angle Orthod / – 2003. Vol. 73. № 1. P. 36-42.

14. Conley R.S., Jerniga C. Soft Tissue Changes after Upper Premolar Extraction in Class II Camouflage Therapy // Angle Orthod / – 2006. Vol. 76. № 1. P. 59-65.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВ, ИОНОВ ХРОМА И НИКЕЛЯ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Д.м.н., профессор Казарина Л.Н., Серхель Е.В., к.м.н. Казарин А.С., Гулян У.Г.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра пропедевтической стоматологии, г. Нижний Новгород

Развитие материаловедения в ортопедической стоматологии происходят достаточно быстро в виду возрастающих требований врачей ортопедов. Высокая прочность, быстрота изготовления, а также высокие эстетические требования, задают постоянно новый темп развития конструкционным материалам для изготовления дентальных протезов [1]. Все материалы постоянно проходят проверку на биосовместимость с

организмом человека, но, однако даже при прецизионном изготовлении ортопедической конструкции могут возникнуть жалобы у пациента на установленный протез [2]. Жалобы чаще всего связаны с синдромом непереносимости конструкционного материала. В результате пациент, чаще всего обвиняет в возникшей проблеме врача ортопеда, так как жалобы возникли сразу или через некоторое время после фиксации протезов [3, 4]. Важно отметить тот факт, что самая высокая распространенность данного синдрома наблюдается у женщин после 40 лет с отягощённым соматическим статусом. По данным источников литературы встречаемость непереносимости металлических сплавов у пациентов с ортопедическими конструкциями в полости рта составляет 12% [5]. Для предупреждения развития данного синдрома нами предложена методика индивидуального подбора материалов.

Материалы и методы: На базе кафедры пропедевтической стоматологии были осмотрены 30 пациентов возрастом от 43–68 лет с жалобами на жжение в полости рта, невозможность приема соленой кислой пищи, чувство тока и дискомфорта. При осмотре обнаружено, что у 7 пациентов установлены металлокерамические протезы с вестибулярной облицовкой, у 9 литые несъемные мостовидные протезы, у 10 человек штампованно-паяные мостовидные протезы, у 4 человек золотые мостовидные протезы.

У всех пациентов установлен синдром непереносимости ортопедических конструкций в полости рта на основании приведенных жалоб и высокого показатели разности потенциалов (свыше 100 милливольт).

В комплексном лечении всем пациентам было проведено снятие конструкций, санация полости рта, установка временных протезов. Была назначена местная и системная противовоспалительная, детоксикационная терапия курсом на один месяц. После курса лечения у всех пациентов отмечалось исчезновение жалоб, нормализации слизистой оболочки полости рта, улучшение общего состояния.

Для ортопедической реабилитации пациентов был предложен способ подбора конструкционного материала методов поочередной фиксации индивидуальных пробников из разных материалов подходящих конкретной схеме протезирования. После фиксации каждого пробника через каждые 5 дней проводился замер разности потенциалов в полости рта, определение концентрации провоспалительных цитокинов интерлейкин-1бета и фактора некроза опухоли ротовой жидкости иммуноферментным методом.

При получении оптимальных показателей концентрации цитокинов и отсутствия жалоб у пациента, конкретный материал мог быть рекомендован к использованию для протезирования.

Клинический пример 1.

Пациент Б. Жалобы: Жжение после фиксации штампованно-паяного протеза на нижней челюсти. Рекомендовано: замена мостовидного протеза нижней челюсти с опорами 3.6, 3.3

Разность потенциалов в полости рта – 123 мВ.

Концентрация интерлейкинов-1бета (ИЛ-1β) и фактора некроза опухоли (ФНО-α) в ротовой жидкости пациента: 227,00 пг/мл и 8,23 пг/мл. С учетом клинической ситуации и пожеланий пациента подобран ряд материалов для протезирования. Изготовлены пробники. Результаты исследования после 5 дней фиксации каждого материала приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты исследования после 5 дней фиксации каждого материала

Материал для протезирования	ИЛ 1в	ФНО-б	Разность потенциалов mV
Кобальт-хромовый сплав	153,2	4,12	87
Никель-хромовый сплав	187,1	3,65	124
Титан	29,3	1,23	47
Диоксид циркония	24,2	1,12	17

На основании полученных результатов, сделан вывод о том, что для данного пациента оптимальными материалами для протезирования являются титан и диоксид циркония. В связи с требованием пациента максимальной эстетики был выбран диоксид циркония. При контрольном осмотре через год после протезирования какие-либо жалобы у пациента отсутствовали, явления непереносимости зубопротезных конструкций выявлены не были.

Пример 2. Пациент В. В полости рта, на нижней и верхней челюстях несъемные металлические протезы. Жалобы: беспокоит жжение, сухость, ощущение металлического вкуса в полости рта.

Разность потенциалов в полости рта: 130 мВ.

Концентрация интерлейкинов-1бета (ИЛ-1β) и фактора некроза опухоли (ФНО-б) в ротовой жидкости пациента: 197,00 пг/мл и 5,23 пг/мл. Принято решение о снятии конструкций и составлении ортопедического плана лечения с подбором подходящего материала для протезирования.

После нормализации показателей разности потенциалов и содержания ионов хрома и никеля в ротовой жидкости, с учетом клинической ситуации и пожеланий пациента подобран ряд материалов для протезирования. Изготовлены пробники.

Результаты исследования после 5 дней фиксации каждого материала приведены в таблице 2.

Таблица 2.

Результаты исследования после 5 дней фиксации каждого материала

Материал для протезирования	ИЛ 1в	ФНО-б	Разность потенциалов mV
Кобальт-хромовый сплав	53,2	3,12	43
Никель-хромовый сплав	187,1	3,65	114
Титан	29,3	1,23	44

На основании полученных результатов сделан вывод о том, что для данного пациента подходящими для протезирования материалами являются

титан и кобальт-хромовый сплав. В связи с требованием пациента максимальной эстетики был выбран кобальт-хромовый сплав с покрытием керамикой. При контрольном осмотре через год после протезирования какие-либо жалобы у пациента отсутствовали, явления непереносимости зубопротезных металлических конструкций выявлены не были.

Таким образом, данный метод подбора материала для протезирования дает возможность прогнозировать успешность ортопедической реабилитации пациентов с частичной потерей зубов, что положительно сказывается на долгосрочности результатов ортопедического лечения.

Список литературы:

1. Казарина Л.Н., Серхель Е.В., Пурсанова А.Е. Влияние иммунокоррегирующей терапии на ионный и цитокиновый профиль ротовой жидкости пациентов. Здоровье и образование в 21 веке, – 2017. Т. 19. № 10.
2. Кириллова Л.А., Кириллов С.К., Кузьменков А.Н., Стунжас Н.М. Патент на изобретение № 2248180 20.03.2005 «Способ профилактики гальваноза в полости рта».
3. Кузнецова О.А. Губанова Е.И., Шемонаев В.И. Патофизиология непереносимости металлических зубных протезов. Волгоградский научно-медицинский журнал, – 2013. № 1. С. 15-16.
4. Лебеденко И.Ю., Арутюнов С.Д., Манин О.И. Гальванические процессы в стоматологии. 10 с.
5. Михайлова Е.С. Цимбалистов А.В. Дубова М.А. Факторы риска в развитии непереносимости стоматологических конструкционных материалов и протезных конструкций. Вестник Санкт-Петербургского университета. серия 11. 119 с.

РАЗДЕЛ V. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Алексеева А.Э., Асташкина Е.В., Чулкова М.В.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, г. Рязань

Световая энергия лазера способствует удалению детрита, смазанного слоя, обеззараживанию корневой системы. Именно поэтому, все чаще лазерные технологии находят применение в эндодонтии.

Цель: изучить эффективность применения диодного лазера при обработке корневых каналов, его влияние на смазанный слой и внутриканальный детрит.

Введение. Лазерная стоматология – относительно новая технология, используемая врачами-стоматологами. С помощью нее возможно предоставить пациентам альтернативные, максимально комфортные методы лечения и продемонстрировать высокотехнологичное оснащение клиники.

На данный момент чаще всего в стоматологии используют диодные лазерные системы, имеющие широкий спектр показаний и приемлемую цену. Данный тип лазеров используется с 90-х годов прошлого века. За этот период времени врачи разных стран успели по достоинству оценить преимущества этой технологии в своей работе.

Содержание. Лечение лазером считается одним из самых безопасных и безболезненных. Его применение позволяет избежать возникновение микротрещин, минимализирует послеоперационный отек. Он не шумит и не создает вибрации, что важно для пациентов, которые боятся посещать врача-стоматолога. Лазерное лечение незаменимо в тяжелых случаях, с которыми невозможно справиться при помощи стандартного оборудования. Оно так же способствует усилению процессов регенерации тканей.

Диодные лазерные системы, имеют излучение с длиной волны 800–980 нм, обладающее значительным противовоспалительным, бактериостатическим и бактерицидным действием на разных уровнях.

На молекулярном уровне происходит электролитическая диссоциация ионов, энергия света передается электронам веществ, с которыми взаимодействует, что называется фотоэффектом.

На клеточном уровне изменения носят более выраженный характер. Изменяется энергетическая активность мембран клеток, активируются окислительно-восстановительные реакции, биосинтетические процессы (система ДНК-РНК-белок), активируются ферментные системы. Возрастает синтез АТФ, митотическая активность. Снижается активность перекисного окисления липидов. Способность восстанавливать генетический и мембранный аппараты клетки, оказывать антиоксидантное действие – в этом состоит уникальность лазерного света.

На органном уровне уменьшается длительность фаз воспаления, понижается чувствительность рецепторов, снижается отек, повышается скорость кровотока и увеличивается поглощение кислорода тканями.

В клинике мы можем видеть эффекты на организменном уровне: противовоспалительный, противоотечный, фибринолитический, тромболитический, миорелаксирующий, нейротропный, анальгезирующий, регенераторный, десенсибилизирующий, иммунокорригирующий, гипохолестеринемический, бактерицидный и бактериостатический.

В качестве источника излучения в конструкции аппарата используется полупроводниковый диод. По гибкому волокну излучение проводится к обрабатываемому участку.

При взаимодействии с тканями, высокоинтенсивный световой поток вызывает ряд последовательных изменений в тканях:

1. Коагуляция
2. Ожог
3. Обугливание

4. Сгорание

5. Абляция (испарение)

Последний эффект представляет собой ударное действие лазера. При взаимодействии с водой, содержащейся в тканях, происходит ее вскипание и микровзрывы.

При этом, механизм взаимодействия излучения зависит от вида ткани: ее состава, плотности, теплоемкости. Имеет значение содержание воды, меланина, гемоглобина – они являются хромофорами, поглощающими лазерный свет.

В эндодонтии когерентный монохроматический свет диодного лазера используется для подавления контаминации микроорганизмов в корневых каналах перед обтурацией – его воздействие полностью уничтожает анаэробные грамотрицательные бактерии.

Стандарты гигиены в эндодонтии достаточно высоки. Необходимо уничтожение микроорганизмов в труднодоступных областях корневого канала – апикальном сужении, латеральных ответвлениях, дентинных канальцах. Кроме того, микрофлора канала существует в виде биопленки, что значительно ухудшает действие на них дезинфицирующих растворов.

Применение лазера совместно с ирригацией в несколько раз эффективнее стандартной методики. Это связано с тем, что ирригация воздействует на глубину до 100 мкм, в то время, как воздействие лазера эффективно на глубину до 1000 мкм. Кроме того, при воздействии лазерного излучения происходит выпаривание остатков мягких тканей пульпы.

К показаниям для применения лазера в эндодонтическом лечении относятся острые и хронические воспалительные процессы в пульпе и периапикальных тканях.

Противопоказания можно разделить на местные и общие.

К местным относятся аллергическая реакция на анестетик, все формы лейкоплакии, пролиферативные заболевания слизистой оболочки полости рта.

К общим – онкологические заболевания, декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, иммунодефицитные состояния, заболевания крови, патология свертывающей системы крови, острые инфекционные заболевания, нервно-психические нарушения, восстановительный период после проведения любого оперативного вмешательства, первая половина беременности.

Технология применения достаточно проста.

Важно правильно выбрать настройки лазерного аппарата, так как при неверном режиме можно получить серьезные травмы или, в лучшем случае, нулевой эффект лечения. Все присутствующие в помещении (врач, ассистент и пациент) должны надеть защитные очки.

Первоначально необходимо провести стандартную медико-инструментальную обработку корневого канала, поместить в него бумажный пин, смоченный раствором гипохлорита натрия – канал должен быть влажным. Затем световод помещается в канал, не доходя до рабочей длины на 1 мм. Им совершаются вращательные движения по часовой стрелке. Волокно выводится, вставляется повторно, и вращательные движения совершаются против часовой стрелки в направлении апикального отверстия. Процедура повторяется 4 раза по 10 секунд, с интервалами 15 секунд между ними. В процессе лечения световод должен непрерывно перемещаться, удерживать на одном месте его нельзя. Начинать обработку следует от апикальной части, продвигаясь к коронке.

В результате достигается несколько эффектов:

– нейтрализация анаэробной и аэробной флоры,

– устранение болей,

– высушивание корневого канала и уменьшение апикального микроподтекания,

– гемостаз,

– пульпэктомия,

– удаление смазанного слоя,

– запечатывание труднодоступных боковых ответвлений корневого канала (поверхность канала становится стекловидной),

– пломбирование непосредственно после лазерной обработки.

Gutknecht и соавторы в 1996 году, используя диодный лазер со стандартными настройками (длина волны 810 нм, мощность 0,6 Вт), провел исследование, по результатам которого получил снижение бактериальной обсемененности корневых каналов на 88,92%. А при увеличении мощности и длины волны эффект достигал 97%.

Нами было проведено исследование по изучению воздействия лазерного излучения на структуру дентина в корневом канале с помощью электронной микроскопии. Для этого использовали витальные зубы, удаленные по ортодонтическим показаниям. Образцы разделили на группы по 5 зубов в каждой: 1 группа – стандартная медико-инструментальная обработка корневых каналов без использования лазерного излучения, 2 группа – традиционная медико-инструментальная обработка с применением диодного лазера.

Проводилось одонтопрепарирование с трепанацией коронки зуба, ампутация коронковой пульпы с использованием турбинного наконечника, экстирпация корневой пульпы, медико-инструментальная обработка корневых каналов с применением ручных и машинных никель-титановых инструментов, 3% раствора гипохлорита натрия, 17% эдта. Затем каналы были высушены бумажными стерильными пинами. Во второй группе после стандартной методики обработки корневых каналов применили лазерное излучение – 4 раза по 10 секунд с интервалами 15 секунд в импульсном режиме мощностью 0,6 Вт. В результате исследования на электронограммах первой группы можно наблюдать частичное удаление смазанного слоя, наличие большого количества дентинных опилок, обтурирующих доступ к дентинным канальцам, остается много закрытых канальцев. Во второй группе количество раскрытых дентинных канальцев намного больше, дентинные трубочки полностью и широко раскрыты, смазанный слой

практически не наблюдается, поверхность корневого дентина гладкая на всю длину канала.

Обработка во второй группе оказалась более эффективной и благоприятной для последующего пломбирования. Лучший антибактериальный эффект за счет раскрытия дентинных трубочек, удаления смазанного слоя, богато обсемененного патогенной флорой и воздействия лазера на значительно большую глубину.

Выводы. Была изучена эффективность применения диодного лазера при обработке корневых каналов, его влияние на смазанный слой и внутриканальный детрит.

Лазерная стоматология – это один из способов предоставить пациенту комфортное и практически безболезненное лечение, получить достойные результаты своей работы. Ирригация корневых каналов традиционным способом требует больших затрат времени и сил, при этом не всегда возможно достижение стойкого и длительного результата.

Применение диодного лазера улучшает качество обработки корневого канала и сокращает время лечения. Более эффективно проходит стерилизация канала и удаление смазанного слоя. Кроме того, энергия лазера оказывает благоприятное воздействие, как на дентин, так и на периапикальные ткани.

Список литературы:

1. Амирханян А.Н., Москвин С.В. Лазерная терапия в стоматологии. Стоматолог практик. 2010.
2. Гуськов А.В., Зиманков Д.А., Мирнигматова Д.Б, Наумов М.А. Лазеры в терапевтической и ортопедической стоматологии. Символ науки: междунар. науч. ж. 2015.
3. Митронин А.В., Чунихин А.А. Лабораторная оценка влияния лазерного излучения на структуру дентина корневых каналов при эндодонтическом лечении. Стоматология для всех. 2010.
4. Москвин С.В. Основы лазерной терапии. М., Тверь: Триада. 2016.
5. Соловьёва Т.И., Аполихина И.А. Диодные лазеры в медицинской практике. Инновации на основе информ. и коммуникационн. технол. 2014.

6. Успенская О.А., Лукиных Л.М. Влияние механической и антисептической обработки на микрофлору корневого канала Нижегородский медицинский журнал. 2003. № S1. С. 71-73.

7. Успенская О.А., Лукиных Л.М. Критерии оценки эффективности лечения верхушечных периодонтитов: сообщение 2 // Нижегородский медицинский журнал. 2002. № 1. С. 97.

8. Успенская О.А., Шевченко Е.А. Оценка клинического течения верхушечного периодонтита после лечения. Фундаментальные исследования. 2004. № 2. С. 160-161.

9. Успенская О.А. Клинико-лабораторное обоснование совершенствования методов лечения верхушечного периодонтита Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Тверской государственный медицинский университет. Тверь, 2001.

10. Шугайлов А.И., Максименко А.А. Лазеры в стоматологии. Мед. бизнес. 2009.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ PHP И ИГР-У

Говорун С.М., Русских В.Э., Громова С.Н., Петров С.Б.

ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России, г. Киров

Кариес зубов одно из распространенных заболеваний твердых тканей полости рта, как у взрослых, так и у детей. По данным ВОЗ распространенность заболевания кариеса среди разного контингента колеблется от 80–98% [1]. В последние два десятилетия отмечается тенденция роста заболевания кариесом зубов среди детей и особенно определяется прямая зависимость интенсивности кариеса от гигиенического состояния полости рта [2, 7, 8]. Чтобы снизить интенсивность распространения зубного кариеса, необходима тщательная гигиена полости рта, именно это является одной из главных задач профилактической стоматологии [4, 5, 6].

Несмотря на то, что с 15 апреля 2015 года по 31 декабря 2020 проходит государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», где одним из мероприятий является «Первичная профилактика стоматологических заболеваний среди населения Российской Федерации», а следовательно и обучение гигиене полости рта, уровень гигиены детей и подростков в Кировской области и других областях оставляет желать лучшего [5].

Для оценки состояния гигиены полости рта врачи-стоматологи используют различные индексы гигиены. Наиболее популярными являются индексы PHP и ИГР-У [3].

Целью исследования: в клинических условиях и при помощи статистического анализа выявить наиболее эффективный индекс для определения гигиены полости рта.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 42 студента Кировского Государственного медицинского Университета стоматологического факультета в течение 28 календарных дней (средний возраст 21,3 год). Все студенты прошли предварительный осмотр полости рта и по данным терапевта все учащиеся являются практически здоровыми.

Клиническая эффективность обоих индексов оценивалась при контролируемой чистке зубов при использовании всеми одной зубной пасты и одинаковых зубных щёток.

Для оценки и сравнения динамики показателей индексов PHP и ИГР-У примирялись показатели динамического ряда: абсолютный прирост, темп прироста, темп роста на основе программы «Statistica 8.0». Построение демонстрационного графика на основе Microsoft EXEL

Результаты и обсуждение. При определении данных индексов гигиены, оценивается разное количество поверхностей зуба (рис. 1).

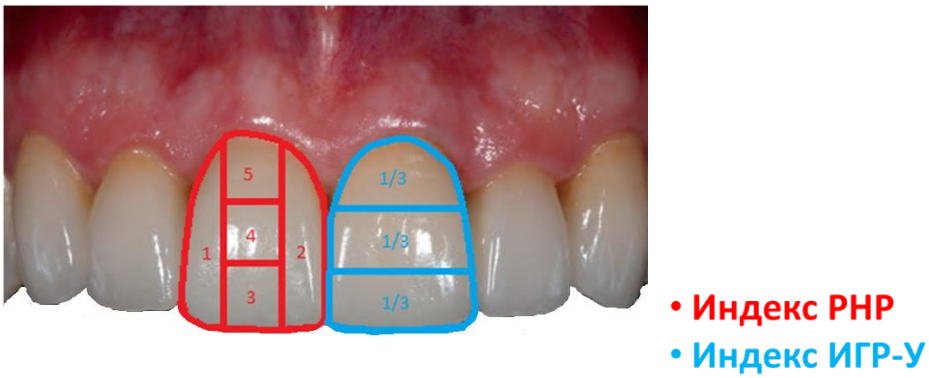


Рис. 1. Поверхности зубов, оцениваемые при определении гигиенических индексов.

Наглядность индекса PHP по сравнению с индексом ИГР-У заключается в разделение поверхности зуба на 5 составляющих частей, в то время как индекс Грин-Вермильона делит зуб на 3 части, что более точно демонстрирует количество налёта на поверхности зуба и состояния гигиены полости рта.

На основании полученных результатов и рассчитав в программе «Statstica 8.0» темп прироста индекса PHP с первого по двадцать восьмой дни исследования, получили положительную динамику, а именно отрицательный процент прироста -16,5% с погрешностью сигма 28,17. В то время как при подсчете темпа прироста индекса OHI-S, его положительна динамика всего составила -1,8% с погрешностью сигма 49,28.

Также подсчитав темп роста по формуле – 100 – тема роста, получили следующие данные: индекс PHP составил 116,5% с сигмой 28,17, а гигиенический индекс ИГР-У равен 101,8% с погрешностью 49,28.

Проанализировав данные результаты, мы наглядно убеждаемся в разности данных индексов, а также в том, что индекс PHP более информативен по сравнению с индексом Грин-Вермильона (табл. 1).

Таблица 1.

Темпы прироста гигиенических индексов

Показатель динамического ряда	Индекс PHP	Индекс ИГР-У
Темп прироста с 1 – 28 дни исследования	- 16,5% ± у 28,17	- 1,8% ± у 49,28
Темп роста с 1 – 28 дни исследования (100% + темп прироста)	116% ± у 28,17	101,8% ± у 49,28

Также с помощью программы «Microsoft Exel» и полученных результатов на первый, четырнадцатый и двадцать восьмой лет исследования был построен график динамики гигиенических индексов PHP и ИГР-У (рис. 2).

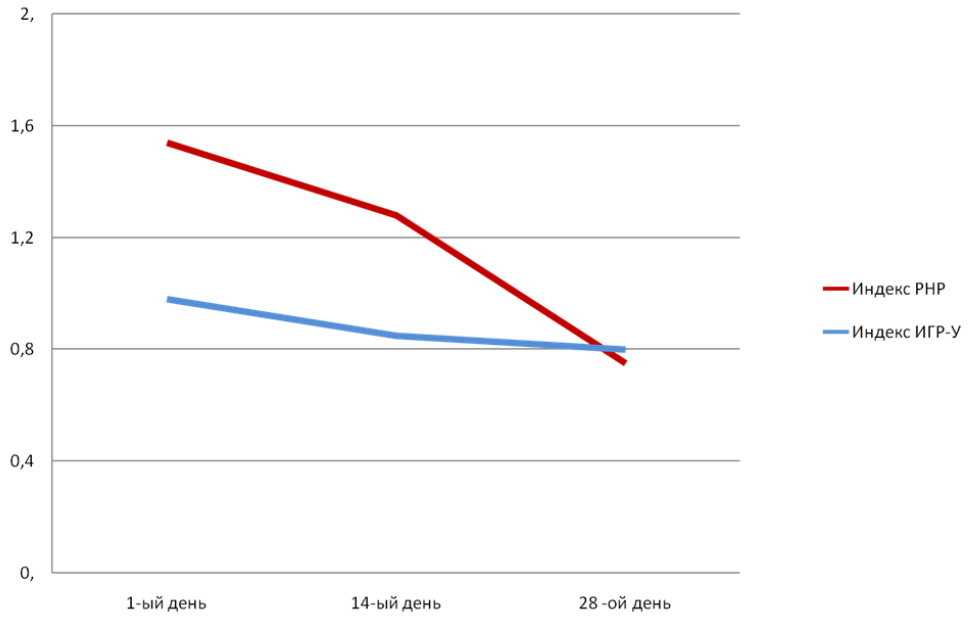


Рис. 2. Динамика гигиенических индексов.

Данный график иллюстрирует, что прямая индекса PHP более центростремительная по сравнению с кривой индекса OHI-S. Проведенный анализ ещё раз подтверждает, что индекс PHP более точен, чем индекс Грин-Вермильона.

Выводы. На основании проведённых исследований и полученных результатов мы можем констатировать, что индекс PHP более эффективен и точнее оценивает состояние гигиены полости рта. Индекс Грин-Вермильона менее чувствителен, поэтому может показывать не все гигиенические изменения на поверхностях зубов.

Данный анализ помог рассчитать более точный метод определения гигиены полости рта, что особенно значимо при клинической оценке эффективности очищения полости рта.

Список литературы:

1. Громова С.Н., Румянцев В.А. Регуляция микробного, кислотно-основного и минерального баланса в полости рта современными средствами гигиены (Слепое контролируемое исследование) // Стоматология, – 2012. № 2. С. 16-19.
2. Громова С.Н., Синицына А.В. Оценка уровня стоматологического здоровья 12- и 15-летних школьников г. Кирова по критериям ВОЗ // Вятский медицинский вестник, – 2015. №2. С. 37-40.
3. Громова С.Н., Синицына А.В., Лелекова Ю.С. Стоматологический статус школьников 12 и 15 лет г. Уржума Кировской области по критериям ВОЗ (2013) // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2017. № 4. С. 42-45.
4. Жулев Е.Н., Александров А.А., Шевченко Е.А., Успенская О.А. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта при бруксизме Нижний Новгород, 2017. Издательство: Кировский государственный медицинский университет / С. 364-365.
5. Моисеева А.И., Журавлева А.В. Стоматологический статус студентов 3 курса стоматологического факультета // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. Сборник материалов XIX Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. Под ред. Л.М. Железнова, М.П. Разина, Е.С. Прокопьева. Киров, 2018.
6. Успенская О.А., Качесова Е.С. Повышение эффективности местного медикаментозного лечения быстро прогрессирующего пародонтита. Cathedra - кафедра. Стоматологическое образование. 2017. № 59. С. 28-30.
7. Успенская О.А., Круглова Н.В. Особенности лечения пациентов с десквамативным гингивитом // Dental Forum. 2016. № 4 (63). С. 72.

8. Хамадеева А.М. Поведенческие факторы риска и стоматологическое здоровье детей школьного возраста в местностях с разной интенсивностью кариеса зубов // Хамадеева А.М., Синицына А.В., Турдыев Б.З., Леус П.А., Громова С.Н. Гаврилова Т.А. / Вятский медицинский вестник – 2016. № 3. С. 78-83.

ГИСТОГЕМАТИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Д.м.н., профессор Чуйкин С.В., д.м.н., доцент Акмалова Г.М.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

До настоящего времени патогенетические механизмы возникновения красного плоского лишая слизистой оболочки рта (КПЛ СОР) остаются неясными и являются предметом широкого обсуждения стоматологов, дерматологов [1-4, 6].

Между кровью и органами, тканями имеются особые барьеры (гистогематические барьеры-ГГБ), функции которых представляют собой многоуровневые системы защиты организма, направленные на обеспечение общего и локального гомеостаза [5]. Защитная функция охраняемых гистогематическими барьерами органов и тканей реализуется за счет изменения проницаемости барьера для того или иного вещества и количественно оценивается коэффициентом соотношения (КС). Углубленных исследований функционирования ГГБ при красном плоском лишае слизистой оболочки рта не проводилось, что является актуальным на сегодняшний день.

Для изучения функционирования гистогематических барьеров при КПЛ СОР в проведенном нами исследовании участвовал 191 человек с различными формами данного заболевания (с типичной – 43 пациента, экссудативно-гиперемической – 43 человека, эрозивно-язвенной – 47

пациентов, гиперкератотической – 24 человека, атипичной формой – 28 больных, буллезной – 6 человек), 30 человек без КПЛ СОР составили контрольную группу. Элементный состав сыворотки крови и ротовой жидкости (цинка, меди) определяли методом атомно- абсорбционной спектрофотометрии в пламени ацетилен-воздух. Затем в целях определения направленного транспорта данных минеральных элементов, отражающих функционирование гистогематических барьеров, рассчитали коэффициент соотношения (КС) сыворотка крови / ротовая жидкость.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью методов медико-биологической статистики.

Значения коэффициента соотношения сыворотка крови / ротовая жидкость для цинка (зI=10%, F=4, $p<0.001$) зависели от фактора «групповой принадлежности». В частности средние уровни КС в контрольной группе и «типичной» и «гиперкератотической» группах оказались достаточно близки (1.58±0.18, 1.67±0.39 и 1.68±0.17 соответственно) и значимо не различались ($p>0.7$). Тем не менее, заметна тенденция к росту коэффициента соотношения при переходе от «типичной» формы к «экссудативно-гиперемической» и далее «эрозивно-язвенной» (1.67±0.39, 2.20±1.11 и 2.64±2.27 соответственно), а также от «гиперкератотической» к «атипичной» и «буллезной» (1.68±0.17, 1.86±0.28 и 2.02±0.28 соответственно).

Значимое повышение функциональной активности ГГБ со снижением проницаемости для цинка установлено у больных с тяжелым клиническим течением КПЛ СОР.

Зависимость от фактора «групповой принадлежности» коэффициента соотношения сыворотка крови / ротовая жидкость для меди оказалась более слабой, хотя и значимой (зI=13%, F=9.9, $p<<0.0001$).

Таким образом, у пациентов с КПЛ СОР установлено нарушение состояния проницаемости ГГБ для некоторых минеральных элементов (цинка, меди), что имеет значение в патогенезе заболевания.

Список литературы:

1. Chuykin S.V., Akmalova G.M., Chuykin O.S., Makusheva N.V., Aphlakhanova G.R. The concept of blood-tissue barries in denistry // Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. 2017. Т. 9. № 4. С. 415-419.

2. Shevchenko E.A., Kurylev V.V., Uspenskaya O.A., Kondyurov I.M., Rossohin V.F. The estimation of a virus component for diagnosis and treatment of oral inflammatory diseases //Современные технологии в медицине. 2012. № 3. С. 96-99.

3. Гажва С.И. Структура стоматологической заболеваемости слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ / С.И. Гажва, А.В. Дятел, С.В. Худошин // Современные проблемы науки и образования. – 2014. № 6.

4. Гилева О.С. Эффективность применения новых многокомпонентных схем терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта у больных с различной системной патологией / О.С. Гилева // Проблемы стоматологии. – 2011. № 5. С. 24-29.

5. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Гусева А.В., Абрамова Е.С. Новый подход к лечению пациентов с тяжелыми формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Клиническая стоматология. – 2015. Т. 75. № 3. С. 30-35.

6. Ронь Г.И., Акмалова Г.М. Роль вирусной инфекции в развитии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Пародонтология. 2014. Т. 19. № 1. С. 24-26.

7. Чуйкин С.В., Акмалова Г.М., Чернышева Н.Д. Особенности клинического течения красного плоского лишая с локализацией на слизистой оболочке полости рта // Клиническая дерматология и венерология. 2015. Т. 14. № 3. С. 72-75.

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ АДГЕЗИВНО-ВОЛОКОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ШИНИРОВАНИЯ МЕТОДОМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

К.м.н. Гулуев Р.С., к.м.н. Матросов В.И., ГусеваТ.А.

ФГКУ «Медико-санитарная часть МВД России по Нижегородской области»,

г. Нижний Новгород

Введение. Заболевания пародонта представляют одну из наиболее распространенных и сложных патологий в стоматологии, как в России, так и за рубежом [2, 3, 5, 8, 14, 16], занимая второе место после кариеса [4, 6]. По данным Е.Н. Жулева [7] распространенность заболеваний пародонта резко возросла вместе с прогрессом цивилизации и достигла в нашей стране 95–100%, тогда как по данным Гажвы С.И. с соавт. [3] в Нижегородской области она составляет 98–100%.

В настоящее время широкое внимание стало уделяться комплексному подходу к лечению заболеваний с полиэтиологической природой. Этот подход должен оказывать влияние на все звенья этиопатогенетической цепочки, положительно влиять на динамику состояния организма и приводить к быстрейшему выздоровлению [1, 2, 15]. Комплексный подход также, заключается в тесном взаимодействии специалистов разных специальностей и профилей, использованием всех имеющихся методов и средств для решения конкретных поставленных задач.

На современном этапе развития стоматологии большое значение уделяется выбору материалов для лечения, оптимально подходящих по своим свойствам в каждой конкретной клинической ситуации [9, 11, 13, 18]. Так, на рынке стоматологического оборудования в настоящее время адгезивно-волоконные материалы для временного шинирования зубов представлены широким ассортиментом, вызывающим затруднение у врачей-стоматологов [10, 12, 17].

Цель исследования: создать математическую модель шинированного зубного ряда и определить биомеханические параметры адгезивно-волоконных материалов, различных по структуре и химическому строению.

Материалы и методы. Настоящая работа посвящена математическому обоснованию применения адгезивно-волоконных материалов для временного шинирования. Для этого была создана математичская модель шинированного зубного ряда переднего отдела нижней челюсти от клыка до клыка.

Моделирование процессов деформации шины под действием статической нагрузки заключалось в последовательном решении трех задач.

1. Прорисовка геометрической расчетной конечно-элементной модели, использовался программный пакет **Rhinoceros 4.0**. В ходе этого этапа по данным справочной литературы по классическим значениям метрических показателей построены модели зубов, костной ткани, тканей периодонта, десны. Построение конструкции шины (рис. 1).

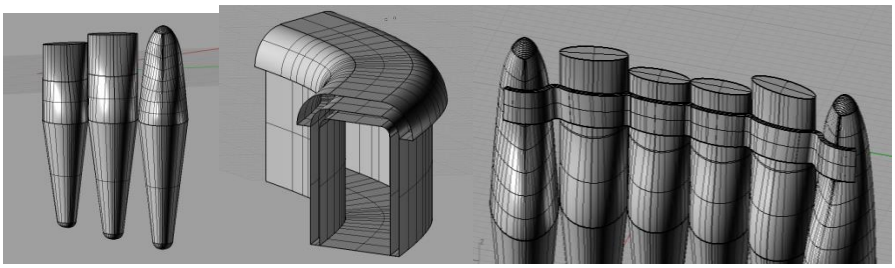


Рис. 1. Прорисовка зубов, тканей периодонта и элементов шины.

2. Построение на базе полученных объемов расчетной трехмерной твердотельной конечно-элементной математической модели, соответствующей системе «шина – опорные зубы» (рис. 2).

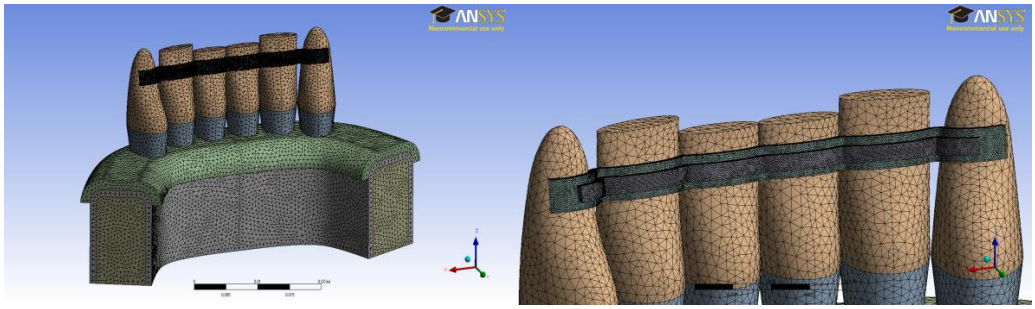


Рис. 2. Трехмерная модель шинированного зубного ряда, разделенная на конечные элементы.

3. Решение задачи по определению напряженно-деформированного состояния (НДС) модели шины методом конечных элементов с использованием программного комплекса ANSYS версии 14.0. При проведении исследования нами были проанализированы нагрузки на шинированный зубной ряд в центральной окклюзии (1), при выведении подвижных зубов из окклюзии (2), при боковой окклюзии (3), тем самым были проверены распределения напряжений в шине, зубах и пародонте в трехмерном пространстве.

В процессе исследования были получены графические картины напряженного состояния шины, твердых тканей зуба, костной ткани, тканей периодонта. Закономерности распределения напряжений иллюстрировались разными цветами, ранжировались по стандартизированной 9-ти ступенчатой шкале (рис. 3).

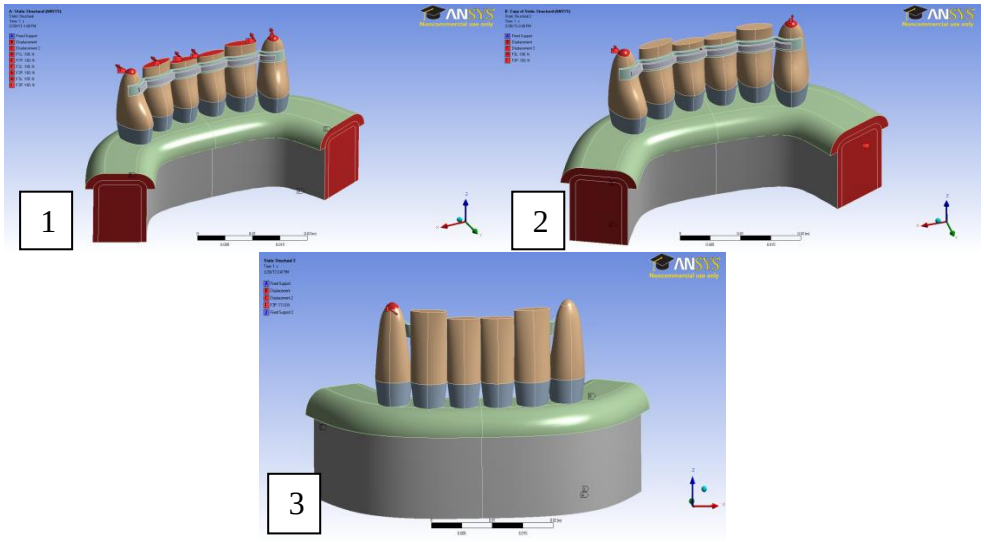


Рис. 3. Виды нагрузок на модель.

Результаты исследования.

Первое исследование – изучение распределения давления с силой 100Н в горизонтальной плоскости по оси всех зубов, имитация нагрузки в центральной окклюзии. В ходе математического анализа эксперимента мы отметили, что показатели среднего максимального отклонения меньше при

шинировании, чем в не шинированном зубном ряду примерно в 1,5 раза. Отличие в этом показателе у шин из разных систем не значительны.

Показатели распределения эквивалентных напряжений по Мезису и гидростатическое давление на ткани периодонта больше для шинированного примерно в 2,5 раза, но компенсируется равномерностью распределения и топографией расположения. Эти показатели в шинах не отличаются (рис. 4).

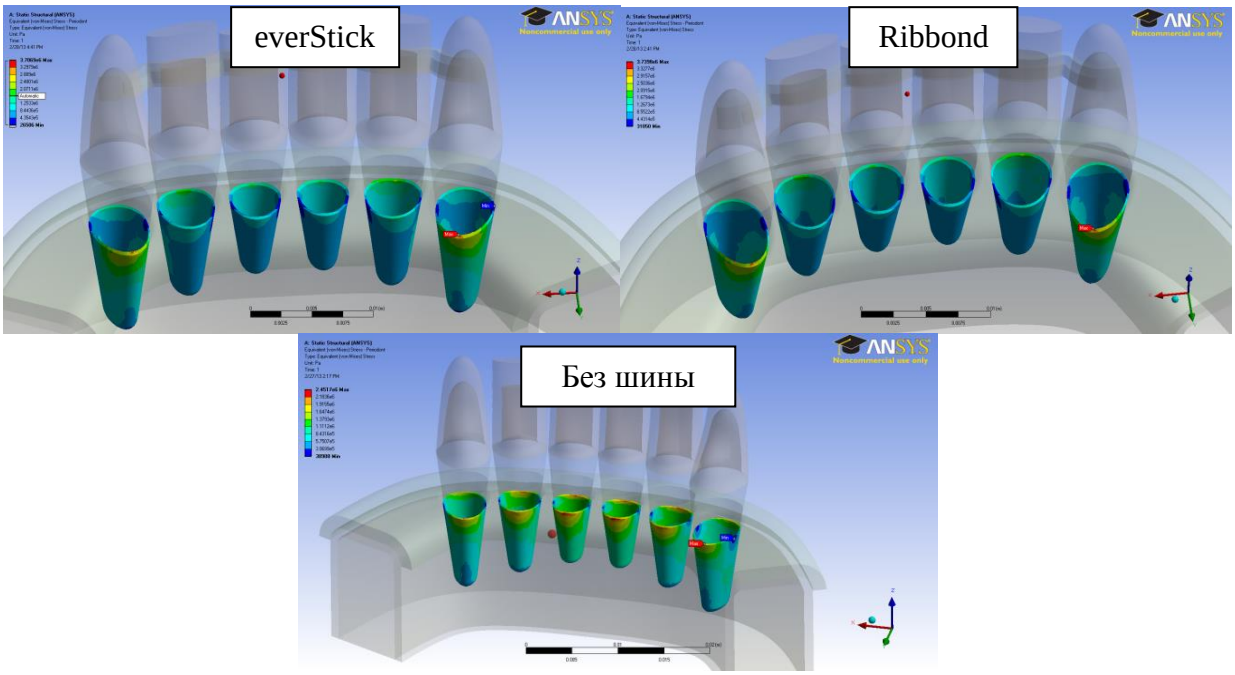


Рис. 4. Распределение эквивалентных напряжений по Мезису в периодонте при шинировании системой «everStick», «Ribbond» и без шинирования.

На шину на основе неорганической матрицы «everStick» распределяется в 1,45 раз меньшее давление, более равномерно по всей шине, чем в случае с системой на основе органической матрицы «Ribbond». Что же касается гидростатического давления – меньшее по значению давление в 1,53 раза распределяется более равномерно. Отмечены тенденции к созданию очагов компрессии в межзубных промежутках (рис. 5).

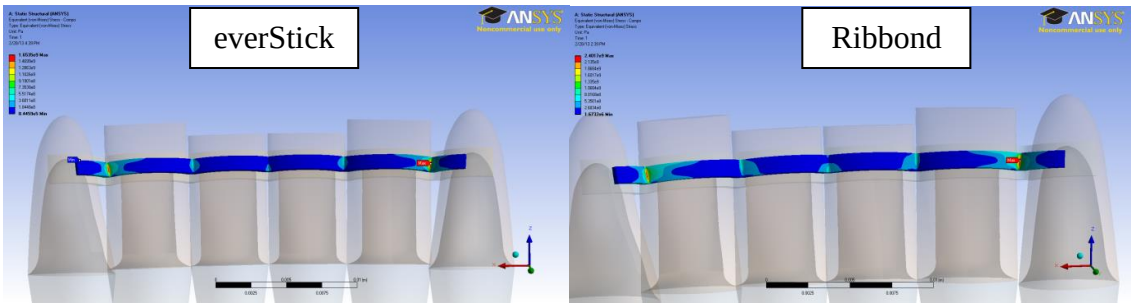


Рис. 5. Распределение эквивалентных напряжений по Мезису в конструкции шины при шинировании системой «everStick» и «Ribbond».

Более низкий модуль упругости неорганических материалов позволяет создавать прочное и устойчивое объединение зубов в блок, с компенсацией деформаций как зубов, так и шины.

При втором исследовании – выведение резцов из прикуса силой 100Н в горизонтальной плоскости по оси клыков нижней челюсти показатели максимальной общей деформации примерно в 2 раза меньше при шинировании подвижных зубов, чем без фиксации шины. Относительно периодонта зубов отмечается увеличение эквивалентных напряжений при отсутствии шины в 1,93 раза. Одновременно с этим, нагрузка приходится только на периодонт клыков, что является травмирующим моментом, который может в дальнейшем привести к деструкции костной ткани и увеличению их подвижности. Гидростатическое давление, распределяющееся на не шинированные зубы так же больше в 1,77 раз, что еще раз подтверждает перегрузку периодонта зубов в отсутствии шинирования (рис. 6).

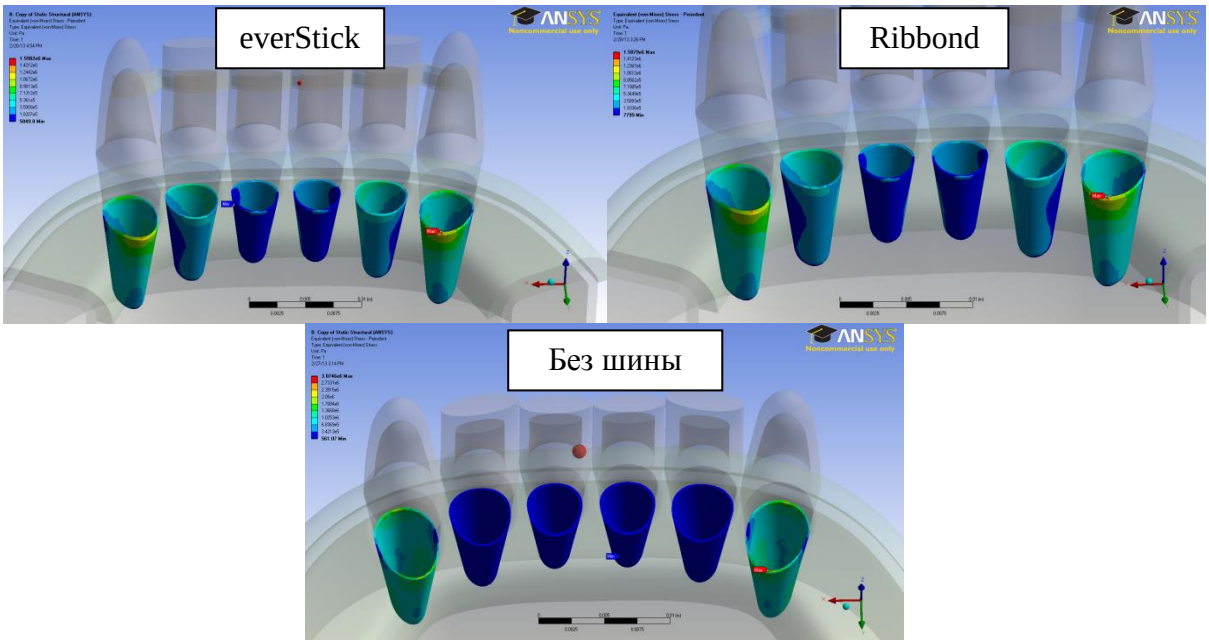


Рис. 6. Распределение эквивалентных напряжений по Мезису в периодонте при шинировании системой «everStick», «Ribbond» и без шинирования.

Эквивалентные напряжения в шинах на основе неорганической матрицы в 1,86 раз меньше, чем при шинировании системой на основе полиэилена, распределение напряжений по шине обеспечивает более стабильную фиксацию его даже при увеличении подвижности зубов. Показатели гидростатического давления на шину из этого материала так же свидетельствуют о равномерности распределения меньшей в 1,96 раз нагрузки (рис. 7).

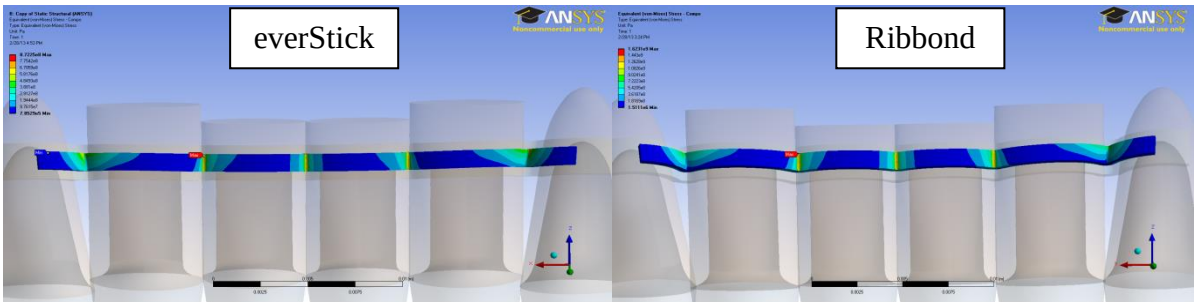


Рис. 7. Распределение эквивалентных напряжений по Мезису в консрукции шины при шинировании системой «everStick» и «Ribbond».

В третьем исследовании проведен анализ поведения зубного ряда по отношению к боковым нагрузкам и распределения деформаций при имитации клыкового ведения Исследование распределения давления с силой 100Н в горизонтальной плоскости по оси одного клыка и 50Н.

Так общая деформация в ситуации без шины в 6, 34 раза больше, чем в шинированном зубном ряду.

Показатели эквивалентного напряжения на ткани периодонта при отсутствии шины периодонт клыка подвергается в 4 раза более высокой нагрузке. Также шина перераспределяет эту нагрузку равномерно по своему ходу на периодонт всех зубов, включенных в шину, что не приводит к перегрузке и созданию очагов компрессии. Показатели гидростатического давления так же свидетельствуют об этом (4,42 раза). Это локальное воздействие может привести к травме и увеличению степени патологического процесса. Шина же предотвращает это пагубное воздействие, стабилизируя и равномерно распределяя нагрузку (рис. 8).

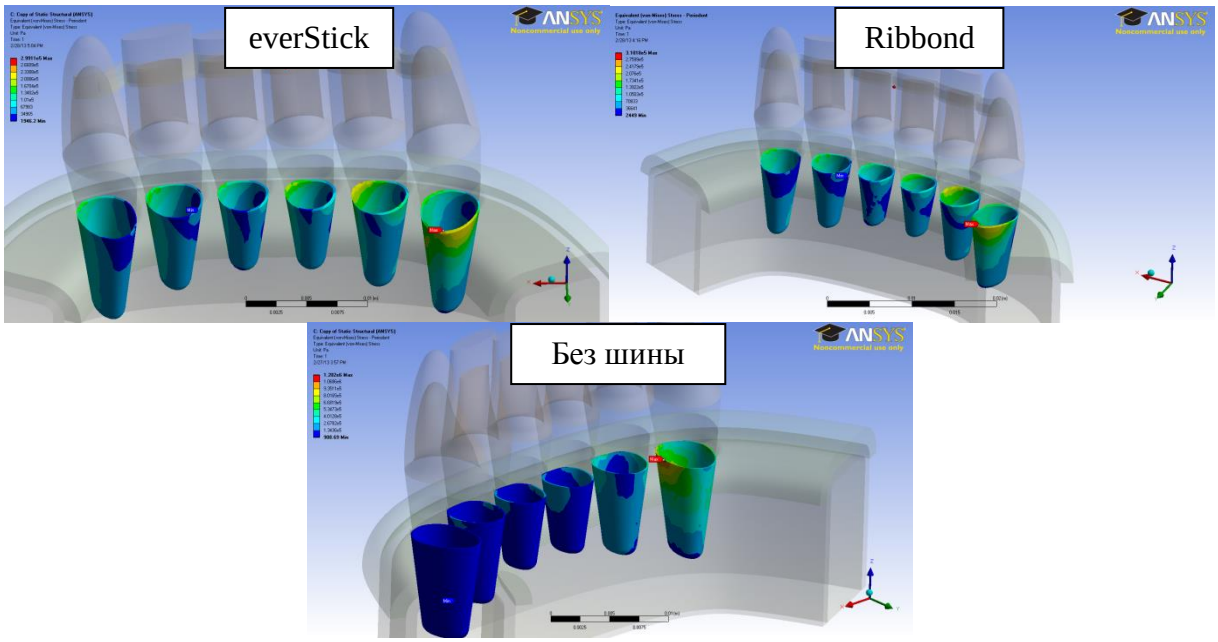


Рис. 8. Распределение эквивалентных напряжений по Мезису в периодонте при шинировании системой «everStick», «Ribbond» и без шинирования.

Давление при шинировании материалом на основе органической матрицы в 1,4 раза больше. Это свидетельствует о создании очагов компрессии и возможном дебондинге шины. Соответственно при увеличении нагрузки или степени подвижности шина из такого рода материалов будет либо вывихивать опорных зуб, либо отслаиваться от композита. Данные по гидростатическому давлению на шину позволяют констатировать, что при шинировании системой «EverStick» давление в 1,45 раз меньше. Также имеется тенденция к более равномерной передаче нагрузки по всей шине (рис. 9).

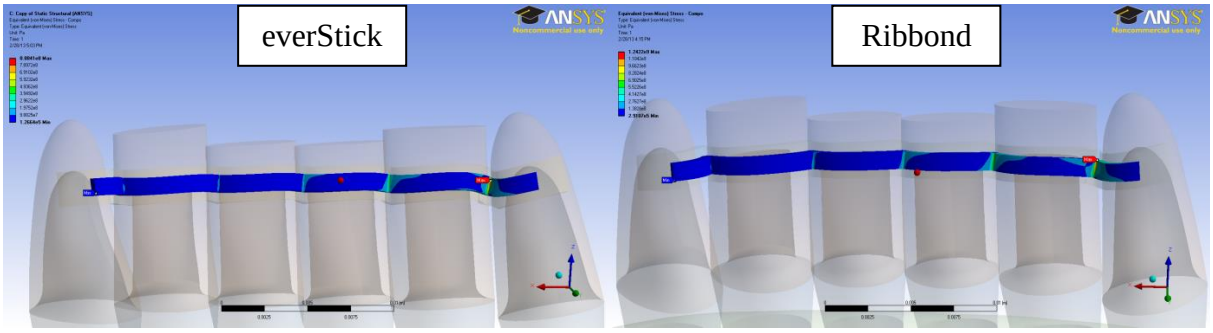


Рис. 9. Распределение эквивалентных напряжений по Мезису в конструкции шины при шинировании системой «everStick» и «Ribbond».

Эти особенности позволяют применять шинирующие адгезивно-волоконные материалы на основе неорганической матрицы также и при более тяжелых формах хронических пародонтитов.

Анализируя данные лабораторного исследования, нами были сделаны **выводы:**

1. Анализ картин напряженно-деформированного состояния шины из адгезивно-волоконных материалов показал, что распределение напряжений определяется не только местом приложения нагрузки, но и показателями эластичности и упругости армирующего элемента шины.

2. Экспериментально доказана эффективность применения адгезивно-волоконных материалов по сравнению с не шинированным зубным рядом.

Адгезивное армирование предупреждает создания паразитарных нагрузок и вывихивающих моментов в области зубов с ослабленным пародонтом, что ведет впоследствии к их потере.

3. При нагрузках в передней окклюзии в испытании 1, нами были получены данные о возникновении паразитарных напряжений в области наиболее подвижных зубов (центральных резцов) как в периодонте, так и в твердых тканях. Причем эти напряжения всецело зависят от армирующего волокна. В случае, когда модуль упругости адгезивно-волоконной системы приближен по значению к модулю упругости композита и тканей зубов (неорганическая матрица) – мы получили более равномерное распределение жевательного давления (в 1,45 раз) в сагиттальном и вестибуло-оральном направлениях.

4. При неравномерных окклюзионных нагрузках (2, 3) наличие шины приводит к выравниванию ее значений и перераспределению давления между зубами, включенными в шину. Следует обратить внимание на тот факт, что в ходе эксперимента было доказано, что адгезивно-волоконные материалы на основе неорганической матрицы распределяют нагрузку на опорные ткани всех зубов более равномерно (в 1,4 раза) в трансверзальном направлении, что дает им преимущество при включении в шину зубов с больней подвижностью.

5. При изучении напряжено – деформированного состояния шинированного зубного во всех случаях исследования нами были выявлены области повышенного давления (паразитарые напряжения) в области апроксимальных поверхностей зубов. Эти области требуют дополнительного укрепления, создания зон декомпрессии, что приведет к равномерному распределению нагрузки в шине, и, как следствие, более длительной эксплуатации.

6. Модуль упругости материалов на основе неорганической матрицы наиболее приближен к таковому твердых тканей зубов. Этот фактор

обеспечивает равномерное распределение давления в системе зуб-шина-пародонт, и снизит риск возникновения паразитарных напряжений.

Таким образом, результаты математического моделирования шинированного зубного ряда не противоречат использованию адгезивно-волоконных систем для временного шинирования на основе органической матрицы при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести и обосновывают необходимость использования адгезивно-волоконных систем на основе неорганической матрицы для временного шинирования зубов при хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени тяжести, поскольку их модуль упругости приближен по значению к модулю упругости композита и тканей зубов (неорганическая матрица), что обеспечивает более равномерное распределение жевательного давления (в 1,45 раз) в сагитальном, вестибуло-оральном и трансверзальном направлениях.

Список литературы:

1. Dimitrescu A.L. Etiology and Pathogenesis of Periodontal Disease / A.L. Dimitrescu. – Berlin-Heidelberg, 2010. 323 p.

2. Gera I. Risk factors for destructive periodontitis. Behavioral and acquired factors (literature review) / I. Gera // Fogorv Sz. – 2004. Vol. 97 (1). P. 11-21.

3. Joffe E. GlasSpan и Aelitflo при шинировании зубов / E. Joffe // Пародонтология. – 1996. № 1. P. 40-41.

4. Lima P.M.A. Aggressive and Chronic Periodontitis Correlate With Distinct Cellular Sources of Key Immunoregulatory Cytokines / P.M.A. Lima, P.E.A. Souza, J.E. Costa // J. Periodontology. – 2011. Vol. 82 (1). P. 86-95.

5. Rappelli G. Tooth splinting with fiber-reinforced composite materials: achieving predictable aesthetics / G. Rappelli, A. Putignano // Pract Proced Aesthet Dent. – 2002. Aug. Vol. 14 (6). P. 495-500.

6. Аболмасов Н.Г. Современные представления и размышления о комплексном лечении заболеваний пародонта / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, А.А. Гелетин // Российский стоматологический журнал. – 2009. № 5. С. 26-32.

7. Акулович А.В. Адгезивные системы в пародонтологии / А.В. Акулович // Пародонтологня. – 2009. № 2. С. 26-33.

8. Гажва С.И. Клиническая эффективность консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита различными препаратами / С.И. Гажва, Ю.В. Меньшикова // Клиническая стоматология. – 2011. № 3. С. 34-36.

9. Григорян А.С. Морфофункциональные основы клинической симптоматики воспалительных заболеваний пародонта / А.С. Григорян, О.А. Фролова // Стоматология. – 2006. № 3. С. 11-17.

10. Грудянов, А.И. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, В.В. Овчинникова. – М.: МИА, 2007. – 80 с.

11. Губин М.А. Перспективы реорганизации региональной системы лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта / М.А. Губин, Е.В. Мезенцев, О.В. Лазутиков // Материалы VIII ежегодного научного форума «Стоматология 2006». – М., 2006. С. 131-133.

12. Жулев Е.Н., Ортопедическая стоматология. МИА, 2012, 824 с.

13. Иорданишвили А.К. «Возрастная» эпидемиология заболеваний пародонта / А.К. Иорданишвили, А.В. Тихонов, С.В. Солдатов // Пародонтология. – 2010. № 1. С. 25-28.

14. Луцкая И.К. Адгезивное шинирование подвижных зубов / И.К. Луцкая, Н.В. Новак // Новое в стоматологии. – 2010. № 4. С. 1-6.

15. Поликушин О.В. Новый взгляд на исследование проблемы шинирования зубов. Усиливающие волокна для шинирования зубов. Преимущества техники и материалов «RIBBOND» / О.В. Поликушин // Новое в стоматологии. – 2005. № 7. С. 79-82.

16. Салимов Т.М. Инновационный метод интерпроксимальной адаптации армирующих волоконных систем при шинировании зубов с помощью универсального устройства / Т.М. Салимов // Казанский медицинский журнал. – 2009. № 3. С. 435-437.

17. Смирнова А.В. Шинирование зубов при локализованном пародонтите травматической этиологии / А.В. Смирнова, Б.Т. Мороз // Институт Стоматологии. – 2011. № 1 (50). С. 84-85.

18. Успенская О.А., Казарина Л.Н., Герберт Й. Применение многофункционального эндодонтического аппарата в стоматологической практикеЭндодонтия Today. – 2017. № 1. С. 54-56.

19. Чумаченко Е.Н. Выбор рациональных конструкций временных зубных протезов на основе применения информационных технологий / Е.Н. Чумаченко, О.О. Янушевич, С.Д. Арутюнов // Стоматология. – 2010. № 1. С. 50-54.

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ РЕСТАВРАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ BEAUTIFUL II

Харитонова Т.Л., Лебедева С.Н., Киселева В.О.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Актуальность. В настоящее время данная тема пользуется популярностью, так как в современной стоматологии ещё не существует совершенного пломбировочного материала для всех клинических ситуаций. Обосновывается это спектром материалов и методик, применяемые для лечения и реставрации зубов. Как правило, с этой целью используют композиционные материалы, выбор которых очень огромен, поэтому для врача создаётся определённая трудность в практической деятельности.

Цель: изучить эстетический реставрационный материал Beautiful II (Shofu, Япония), относящийся к группе гиомеров и являющийся унисерсальным.

Задачи:

- Выявить преимущества и недостатки данного материала.
- Рассмотреть показания и примеры клинического применения Beautifil II.
- Провести опрос стоматологических поликлиник в отношении использования реставрационного материала Beautiful II в г. Саратов.

Материалы и методы. Были проанализированы научные статьи, и методические разработки. По данному материалу проведен опрос 15-ти врачей стоматологов 10-ти стоматологических клиник, 7 из которых – частные и 3 – муниципальные, с целью выявления осведомленности о применении препарата Beautiful II. Был осуществлён опрос 15-ти врачей стоматологов-терапевтов 10-ти стоматологических клиник.

Были заданы следующие вопросы:

- Известен ли Вам препарат Beautiful II от компании Shofu (Япония)?

- Если да, то применяете ли Вы его в практике и в каких клинических ситуациях?

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного опроса мы выяснили, что 100% врачей данный материал не используют, а 30% специалистов слышали о данном препарате.

Beautiful II является ГИОМЕРОМ, материалом, созданным на основе технологии S-PRG (поверхностная предварительная реакция стеклоиномера). Неорганический наполнитель представлен предварительно прореагировавшими микрочастицами стекла.

Данная технология (S-PRG), обеспечивает композиту специальные свойства, такие как накопление и выделение фтора и устойчивость к адгезии зубной бляшки, без изменения физических параметров [2], что является очень важным, особенно с учетом процесса фотополимеризации [11],

Пломбировочный материал имеет следующий состав: многофункциональные стеклонаполнители и наполнители S-PRG на основе алюмино-силикатного стекла, содержащего фтор и бор[6]. Доля наполнителя: 83,3% веса (68,6% объема)

Размер частиц: 0,01 – 4,0 μm, средний размер частиц: 0,8 μm, базис: пластмасса Bis-GMA/TEGDMA [5].

Цвета: A1, A2, A3, A3.5, A4, B1, B2, C2, Inc (режущий край), BW (белый, отбеленный), A2O, A3O.

Производитель заявил следующие преимущества:

- стабильность цвета;
- антимикробный эффект;
- оптимальная полируемость;
- прочность и устойчивость к изнашиванию.

Стабильность цвета. Оттенок данного материала одинаков до и после световой полимеризации. Это способствует правильному подбору цвета даже при послойной технике применения [8].

Антимикробный эффект. Благодаря взаимодействию с компонентами слюны и элементами наполнителя S-PRG, формируется пленка. Эта пленка минимизирует адгезию зубных отложений и колонизацию бактерий [1]. Это особенно важно при лечении зубов у пациентов молодого возраста в условиях декомпенсации кариозного процесса или на фоне сочетанной патологиию [12].

Оптимальная полимеризуемость. Из-за среднего размера частиц (~0,8 μm) Beautifil быстро и без затруднений полируется [5].

Прочность и устойчивость к изнашиванию. Гомогенная микроструктура содержащая большое количество наполнителя, придает хорошие физические свойства.

Beautiful используется в применении композитных виниров:

Beautiful так же может применяться для создания прямых композитных виниров, он легко устанавливается, формируется, полируется. Простой в применении, хорошо сохраняет расположение и форму.

Другие области применения материала:

Реставрации всех полостных дефектов класса I–V в области боковых и фронтальных зубов, клинообразных дефектов и кариеса корня [9]. Прямые облицовочные виниры, наращивания культи, ремонт реставраций [7].

Было проведено клиническое сравнение материалов Beautiful и Silux Plus Брюсом Мейтисом в 2015 г. [10].

Реставрации с Beautiful и Silux характерно отличались с точки зрения маргинального изменения цвета спустя 6 и 18 месяцев. Через 6 месяцев после реставрации, выполненные Silux, имели отличающуюся анатомическую форму, маргинальное прилегание существенно изменилось между 6 и 18 месяцами, изменилась и шероховатость на поверхности [3].

Очень важным критерием для реставрации является ретенция. Ретенция обоих материалов составляла 100% спустя 18 месяцев.

Через 18 месяцев Beautiful был выше чем Silux Plus по пяти критериям (анатомическая форма, наличие кариеса, краевое прилегание, шероховатость

поверхности, чувствительность), Silux Plus – по одной позиции (краевое изменение цвета), оба материала оказались равны по двум позициям (ретенция, изменение цвета).

Оценка экспертов (F.J. Trevor Burke, Russell J. Crips, Peter Sands and Norman Tulloch) в практическом опыте применения композит Beautiful II: Общее число реставраций 354 зуба: 90 – 1 класс, 59 – 2 класс, 55 – класс, 12 – 4 класс, 138 – 5 класс.

Экспертам было предложено оценить материал (свойста, качество):

- Простота использования – 4,4 баллов.
- Вязкость материала – 3,8 баллов.
- Полупрозрачность/непрозрачность – 2,9 баллов.
- Рентгеноконтрастность – 2,8 баллов.
- Эстетические свойства – 4,5 баллов.
- Конкурентоспособная цена и экономичность в использовании – 2,7 баллов [4].

Статистика применения Beautiful II в г. Саратов:

В ходе проведенного опроса 15-ти врачей стоматологов в 10-ти стоматологических клиниках, 7 из которых – частные и 3 – муниципальные г. Саратова, мы выяснили, что никто из врачей данный материал не использует, а 30% специалистов слышали о данном препарате. Основной причиной его не использования на клиническом приеме, доктора назвали его дороговизну.

Выводы:

1) Beautiful привлекает эстетическим видом реставраций с превосходным произведением цвета, прекрасными рабочими характеристиками и антимикробным эффектом на поверхности материала. Единственный недостаток данного композита – высокая стоимость.

2) Композиционный материал Beautiful II применяют при: прямых косметических реставраций, изготовлении виниров и восстановлении культи

зуба, восстановлении травматических повреждений режущего края, лечении пришеечных эрозий и кариеса корня, реставрации полостей I–V класса.

3) Таким образом, материал Beautiful II является универсальным материалом, показанием для использовани которого является большинство клинических случаев и, соответственно, он незаслуженно обделен вниманием, хотя это тоже объяснимо с материальной точки зрения.

Список литературы:

1. Журнал «Вестник Стоматологии», издательство: Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины (Одесса). – 2014. С. 68-70.

10. http://www.shofu-meisinger.ru/obuchenie/giomer-beautifil.html

2. Бобылева Ю.В., Петрова А.П., Коротков М.М. Оценка физико-технических характеристик фотополимеризующих устройств в стоматологии // Евразийское Научное Объединение. 2018. Т. 2. № 1 (35). С. 96-98.

3. Петрова А.П., Лепилин А.В., Суетенков Д.Е. Эффективность дифференцированного подхода к проведению лечебно-профилактических мероприятий у детей с гастродуоденальной патологией // Стоматология детского возраста и профилактика. 2003. № 3-4. С. 13.

4. Успенская О.А., Плишкина А.А., Жданова М.Л. Гиперестезия зубов. Нижний Новгород, 2017.

5. Yap A.U.J., Tham S.Y., Zhu L.Y., LeeShort H.K. Term fluoride release from various aesthetic restorative materials // Oper Dent. – 27 (2002). P. 259-265.

6. Matis B. 18 months of Beautifil and Silux clinical trials plus restoration material // Dent Mater. – 29 (2010). P. 193-198.

7. Private Dentistry Journal «A practice-based evaluation of the handing of Shofu Beautifil», June 2012.

8. Saku S., H. Kotake, R.J. Scougall-Vilchis, S. Ohashi, M. Hotta Antibacterial activity of composite resin with glass-ionomer filler particles // Dent Mater. – 29 (2010). P. 193-198.

9. Tanta Dental Journal/Editor in Chief: Prof // Wedad Etman.-December 2014.-P.161-234.

10. https://stomatologclub.ru/stati/terapiya-10/pryamaya-kompozitnaya-restavraciya-pereloma-centralnogo-rezca-1266/

11. Dhull K.S., Nandlal B. Comparative evaluation of fluoride release from PRG-composites and compomer on application of topical fluoride //J Indian Soc Pedod Prev Dent. – 27 (1) (2009). P. 27-32.

12. Sunico M.C., Shinkai K., Kotoh Y. Two year clinical performance of occlusal and cervical giomer restorations // Oper Dent. – 30 (2005). P. 282-289.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЖИДКИХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НА МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПОЛОСТИ РТА И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЭМАЛИ ЗУБОВ

К.м.н., доцент Гущина О.О., д.м.н., профессор Казарина Л.Н., к.м.н., доцент Элларян Л.К., к.м.н. Сулягина О.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра пропедевтической стоматологии, г. Нижний Новгород

Развитие кариесогенной ситуации в полости рта зависит от ряда местных факторов, которые усиливают действие друг друга и формируют неблагоприятные условия для минерализации и реминерализации твердых тканей зубов. Своевременное выявление и устранение таких факторов риска позволяет повысить плотность эмали, особенно, в период третичной минерализации, а также улучшить местные защитные свойства ротовой полости [2]. Большинство исследований подтверждает, что одним из главных местных факторов развития кариесогенной ситуации являются зубные отложения, содержащие патогенную микрофлору. Факультативные и анаэробные стрептококки, вейллонеллы, факультативные и анаэробные

дифтероиды составляют около 80% всей микрофлоры полости рта. По данным разных авторов, количество бактерий в слюне колеблется в среднем около 750 млн в 1 мл, микробная же концентрация в биопленке и десневой борозде почти в 100 раз выше [3, 4]. Качественная индивидуальная гигиена полости рта значительно снижает количество зубного налета и влияет на видовое представительство микроорганизмов [4, 5]. При этом применение дополнительных средств гигиены в виде ополаскивателей и суспензий облегчают уход за ротовой полостью и оказывают дополнительное лечебно-профилактическое действие [1].

Жидкие ополаскиватели фирма SPLAT основаны на растительных компонентах, не содержат антибактериальных средств, фтора, при этом входящие в их состав активные компоненты, такие как, наночастицы гидроксиапатита, лактат кальция, лактопероксидаза, лактоферрин, должны обеспечивать комплексное воздействие на всю полость рта и оказывать эффективное противокариозное действие.

Цель исследования – изучить влияние жидких средств по уходу за полостью рта на микрофлору зубного налета, оценить их реминерализующее, противовоспалительное, очищающее действие, а также органолептические свойства.

Материалы и методы – исследование проводилось на кафедре пропедевтической стоматологии ПИМУ и в отделе лабораторных исследований НИИПМ ПИМУ. Для работы были выбраны новые средства фирмы SPLAT, а именно, жидкая суспензия INNOVA и ополаскиватель «Ультракомплекс».

На первом этапе исследования для оценки органолептических свойств ополаскивателей они были протестированы группой пациентов из 50 человек, в возрасте от 18 до 35 лет. После полоскания в течение 1 минуты, пациентам предлагалось оценить и описать в анкете: вкусовые качества продукта; его очищающий и дезодорирующий эффект; воздействие ополаскивателя на слизистую оболочку полости рта.

Во втором этапе исследования приняли участие 55 человек, в возрасте от 18 до 25 лет, из них 40 пациентов были включены в основную и 15 в контрольную группу. Всем пациентам проводилось стоматологическое обследование: оценка уровня гигиены полости рта по индексу Green-Vermillion (ИГРУ), оценка степени воспаления десны с помощью индекса РМА, оценка резистентности эмали на основании ТЭР теста и определение pH ротовой жидкости с помощью портативного pH-метра. После обследования пациенты основной группы были разделены на две подгруппы по 20 человек. Пациентам рекомендовали чистить зубы привычной для них зубной пастой, а в качестве дополнительного средства гигиены 2 раза в день после чистки зубов использовать ополаскиватель. Первая подгруппа после чистки зубов применяла ополаскиватель «Ультракомплекс», вторая подгруппа – жидкую суспензию INNOVA. Повторное обследование всех групп, включая контроль, проводилось через 3 недели.

Всем пациентам проводилось микробиологическое исследование зубного налета до начала исследования и через 20 дней. Забор материала осуществлялся стерильным инструментом, натощак, до чистки зубов и языка, со щечных поверхностей 1.6 и 2.6 зубов и вестибулярных поверхностей 3.1 и 4.1 зубов. В стерильных пробирках типа Эппендорф материал в течение 15 минут доставляли в лабораторию. Готовый материал высевали на плотные дифференциально-диагностические среды с количественным и качественным подсчетом микроорганизмов. Культивирование осуществляли в аэробных и микроаэрофильных условиях при температуре 37°C в течение 24–72 часа, затем идентифицировали микроорганизмы и осуществляли количественный подсчет колоний с помощью единицы КОЕ/мл.

Всем пациентам на основании полученных результатов исследования были даны рекомендации по необходимым лечебным и профилактическим мероприятия, методу чистки зубов, выбору предметов и средств гигиены.

Результаты исследования – анализ анкет 50 респондентов показал, что абсолютно все опрошенные после применения ополаскивателя

«Ультракомплекс» и жидкой суспензии INNOVA отмечали высокий дезодорирующий эффект, приятное чувство гладкости зубов и длительное ощущение свежести, напоминающее состояние после чистки зубной пастой.

Оценка вкусовых качеств ополаскивателя и его воздействия на слизистую оболочку рта по результатам анкет респондентов представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты анкетирования

	«Ультракомплекс»		Суспензия INNOVA	
	положительная оценка	отрицательная оценка	положительная оценка	отрицательная оценка
Вкусовые качества (вкус, аромат)	90% «приятный», «мятный»	10% «горький» и «резкий»	100% «приятный», «нежный», «мягкий»,	нет
Воздействие на слизистую полости рта	50% «приятный» «нежный» ощущений нет	50% «жжение», «онемение», «пощипывание языка»	95% «мягкий» «обволакивающая консистенция»	5% «пощипывание языка»

По нашим данным, небольшой процент участников отрицательно отозвались об органолептических свойствах ополаскивателя «Ультракомплекс», что может быть объяснимо входящими в его состав эфирными маслами. Суспензия INNOVA понравилась опрошенным своей нежной и мягкой консистенцией и получила в 100% положительную характеристику.

Результаты стоматологического обследования были следующие. При первичном осмотре основной группы гигиена полости рта определялась как неудовлетворительная (1,6±0,05 балла в 1-ой подгруппе и 1,8±0,06 балла в 2-ой подгруппе), при этом 75% пациентов утверждали, что чистят зубы

2 раза в день. Такой невысокий гигиенический уровень, очевидно, связан с неправильным методом чистки зубов и недостаточными мануальными навыками пациентов. После применения «Ультракомплекс» (1 подгруппа) индекс снизился до 1,2±0,03 балла. Таким образом, очищающая способность ополаскивателя составила 31%. После применения INNOVA (2 подгруппа) индекс снизился до 1,0±0,07 балла, и таким образом, очищающая способность суспензии позволила улучшить уровень гигиены на 44%, и значительно снизить количество зубного налета ($p<0,05$). Достоверных изменений значений ИГРУ в контрольной группе нами отмечено не было.

Средний показатель индекса РМА в начале исследования в основной группе составлял 33%, что соответствует легкой степени тяжести гингивита. Эти данные подтверждались жалобами пациентов на кровоточивость десен при чистке зубов и приеме твердой пищи. После применения ополаскивателей в 1 подгруппе значение РМА снизилось до 9%, во 2 подгруппе до 15%. Достоверных изменений значений РМА в контрольной группе нами отмечено не было. В результате оба ополаскивателя показали противовоспалительное действие на ткани пародонта, изменив их состояние в лучшую сторону: «Ультракомплекс» (1 подгруппа) в 3,6 раза, INNOVA (2 подгруппа) в 2,2 раза ($p<0,05$).

ТЭР-тест у пациентов основной группы колебался до применения ополаскивателей в пределах от 1 до 7 по 10-балльной шкале, и составлял в среднем 4,1 балла в 1 подгруппе и 3,2 балла во 2 подгруппе. После применения ополаскивателей значения резистентности эмали составляли от 0 до 2, в среднем значении 0,9±0,09 балла после применения «Ультракомплекс» и 1,3±0,09 балла после суспензии INNOVA. Таким образом, улучшение резистентности эмали после применения ополаскивателя «Ультракомплекс» произошло в 4,5 раза, что составило эффективность препарата 78%, и после применения суспензии INNOVA в 2,5 раза, что составило эффективность 60% ($p<0,05$). Такие изменения произошли, по-видимому, благодаря входящим в состав ополаскивателей активным

компонентам, оказывающим реминерализующее действие на эмаль зубов – лактату кальция в «Ультракомплекс» и наночастицам гидроксиапатита в INNOVA. В контрольной группе обследуемых среднее значение ТЭР теста соответствовало 2,8 балла, при этом изменений показателя через 14 дней мы не наблюдали.

Изучение pH ротовой жидкости у пациентов контрольной и основной групп до начала исследования не выявило существенных изменений от нормы. Среднее значение pH составило 6,7 и 6,65 соответственно. После применения ополаскивателей мы наблюдали незначительное увеличение pH до 6,9 в 1 подгруппе и до 6,8 во 2 подгруппе.

По результатам микробиологического исследования зубного налета до применения жидких средств гигиены полости рта количество грам-положительных бактерий (энтерококки, стафилококки, стрептококки) было превышено у половины обследованных, также в 60% результатов были выделены грибы рода Candida в превышающих норму количествах. При этом число лактобактерий определялось в количестве от 10^2–10^4, что соответствовало норме микрофлоры полости рта [3].

После применения «Ультракомплекс» и суспензии INNOVA количественный состав общей микрофлоры, в частности грамм-положительных бактерий снижался на 2–3 порядка. Грибы рода Candida обнаруживались значительно реже: у 10% обследованных вместо 55% (1 подгруппа – «Ультракомплекс»), и у 15% обследованных вместо 60% (2 подгруппа – INNOVA), при этом их количество снижалось от исходных на 1–2 порядка. Лактобактерии после применения «Ультракомплекс» оставались в пределах нормы или снижались на 1–2 порядка, не выходя за пределы нормы. Количественного изменения числа лактобактерий после применения INNOVA не прослеживалось. В контрольной группе микробиологическое исследование зубного налета через 14 дней не отличалось от полученных результатов ранее. Количество грам – положительных бактерий (энтерококки, стафилококки, стрептококки) и

грибов рода Candida были выделены в превышающих норму количествах в 70% результатов.

В нашей работе мы получили существенные изменения микробного пейзажа полости рта в сторону улучшения. На это повлияло не только уменьшение общего количества зубного налета, а также видовое изменение патогенной микрофлоры.

Заключение – применение ополаскивателя «Ультракомплекс» и жидкой суспензии INNOVA в качестве дополнительных средств гигиены приводит к улучшению микробного пейзажа полости рта, за счет снижения количества грамм-положительных бактерий и грибов рода Candida, что снижает риск развития кариесогенной ситуации. Обладая высокой очищающей способностью, жидкие средства гигиены снижают количество зубного налета и улучшают гигиену полости рта. Ополаскиватель «Ультракомплекс» и суспензия INNOVA «Жидкая эмаль» способствуют повышению резистентности эмали зубов, оказывая минерализующее действие.

Список литературы:

1. Kuvatanasuchati J. Phenotypic and genotypic characteriration of the oral Streptococci, Lactobacilli and pediococci / J. Kuvatanasuchati, N. Chamroensaksri, S. Tanasupawat // Trop. Biomed. – 2012. Vol. 29. № 2. P. 254-264.

2. Донцова Д.А. Влияние жидких средств гигиены на состояние микрофлоры зубного налета / Д.А. Донцова, Е.Н. Рябоконь, Т.П. Осолодченко, Л.Г. Штикер // Annals of Mechnikov Institute. – 2009. № 1. С. 48-51.

3. Кузьмина Э.М., Янушевич О.О. Профилактическая стоматология: Учебник. – М.: Практическая медицина, 2016. 544 с.: цв.ил.

4. Микрофлора полости рта: норма и патология : Учебное пособие / Е.Г. Зеленова, М.И. Заславская, Е.В. Салина, С.П. Рассанов; под науч. ред. А.Н. Маянский. – Н. Новгород: НГМА, 2004. 158 с.: ил. мяг.

5. Поверхностные образования на зубах: клиника, диагностика, методы удаления: учебное пособие / О.О. Гущина, Л.Н. Казарина. – Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2017. 124 с.: ил.

6. Успенская О.А., Ганичева О.В., Шевченко Е.А. Морфологические изменения в эмали и дентине, возникающие при отбеливании зубов // Эндодонтия Today. 2017. № 4. С. 66-68.

7. Успенская О.А., Круглова Н.В. Стоматологическое здоровье учащихся нижегородской епархии // Стоматология. 2016. Т. 95. № 6-2. С. 130-131.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ МИКРОРЕЛЬЕФА ЗУБОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Д.м.н., доцент Ломиашвили Л.М., Погадаев Д.В., Михайловский С.Г., к.м.н. Анисимова И.В., к.м.н., доцент Мусиенко А.И., к.м.н., доцент Золотова Л.Ю.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск

Созданные природой органы и ткани нашего организма регулярно подвергаются серии негативных воздействий, как внешних, так и внутренних. В результате возникают дефекты тканей не только в виде незначительных повреждений, но и более глубоких структурных преобразований. Зубо-челюстной аппарат не является исключением. Зубы человека, на протяжении всего жизненного цикла подвергаются серьезным испытаниям. Прежде всего, они участвуют в механической переработки и формировании пищевого комка. Функционально-ориентированные группы резцов и клыков предназначены для отрыва и захвата пищи, группы премоляров и моляров для ее перетирания, перемалывания, пережевывания [2]. Ведь моляр в переводе с латинского обозначает слово «жернов», а премоляры – «преджернова». Переработка пищи как растительного, так и животного происхождения – дело серьезное! От того, каким образом взаимодействуют между собой системы «Жернов» зависит конечный результат формирования пищевого комка. Что касается стоматологии, то мы

все прекрасно понимаем, что от того как соприкасаются между собой поверхности зубов – зависит многое. Каждая поверхность коронковой части зуба имеет свое предназначение. Изначально, зуб как орган, сотворен таким образом, что на площади незначительных размеров располагается огромное количество борозд, углублений, ложбинок, впадин, щелей и множество других образований. Есть гармония форм, созданная природой (рис. 1, 2).



Рис. 1. Одонтоглифика нижнего моляра.



Рис. 2. Нижний зубной ряд.

Можно себе представить, как высоко при этом дифференцируется поверхность зубов. Чем больше степень дифференциации поверхности, тем объемнее рабочая поверхность зуба, тем лучше жевательная эффективность зубо-челюстного аппарата, тем быстрее идет процесс формирования пищевого комка. Дети мгновенно пережевывают, перетирают жесткую, грубоволокнистую пищу, не прилагая усилий, в дальнейшем все системы человеческого организма функционируют в достойном режиме. Желудочно-кишечный тракт принимает на себя хорошо механически переработанный пищевой комок. С годами изнашиваются поверхности зубов, процесс переработки пищи затрудняется, пищевой комок проглатывается недостаточно обработанным, после чего возникает серия проблем на различных уровнях, нарушаются процессы функционирования многих органов и систем [3].

Целью нашего исследования явилось измерение площади жевательной поверхности моляров при различной степени ее дифференциации.

Для исследования были отобраны интактные зубы человека, с которых сняты оттиски силиконовым материалом для получения идентичных копий. После дублирования коронковой части самотвердеющей пластмассой, жевательная поверхность у трех копий была обработана, а одна копия осталась неизменной (рис. 3а). Обработка проводилась путем сглаживания рельефа борозд II порядка при помощи текучего композита для второй копии (рис. 3б), полное сглаживание рельефа после препарирования композиционным материалом обычной консистенции для третьей копии (рис. 3в) и восстановление анатомической формы жевательной поверхности по авторской методике Ломиашвили Л.М. [1] (рис. 3г). Так как другие размерные характеристики остались неизменными, измерение площади жевательной поверхности программными средствами после 3D сканирования, позволило получить результаты, позволяющие говорить о значимом изменении поверхности. При сглаживании рельефа нижних моляров до уровня борозд I порядка зафиксировано уменьшение площади жевательной поверхности на 5,4%, а при полном сглаживании борозд на 22,4%.

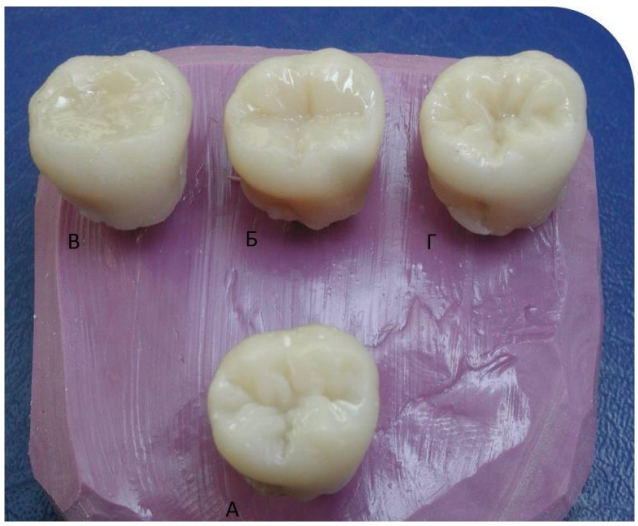


Рис. 3. Различная степень дифференциации борозд жевательной поверхности нижнего моляра.

Таким образом, реконструкция зубов является достаточно важным звеном в цепи восстановления функционально-физиологического взаимодействия органов и тканей полости рта. Владея современными технологиями, а также знаниями и умениями в области реконструктивной терапии врачи – стоматологи должны восстанавливать утраченные ткани зубов в гармоничном режиме, возобновляя индивидуальность форм, задуманных природой.

Список литературы:

1. Ломиашвили Л.М. Интеграция знаний и умений в реконструктивной терапии зубов. Междисциплинарный подход / Л.М. Ломиашвили, В.Б. Недосеко, В.В. Демин, Д.В. Погадаев, С.Г. Михайловский // Институт Стоматологии. – 2013. № 3 (60). С. 36-39.

2. Ломиашвили Л.М. Искусство моделирования зубов. Атлас / Л.М. Ломиашвили, Д.В. Погадаев, С.Г. Михайловский, Л.Г. Аюпова // Омск: Изд-во ИП Синеговский К.В., – 2016, 349 с.; Ил.

3. Михайловский С.Г. Эффективность модульных технологий реконструктивной терапии зубов в критериях качества жизни стоматологического пациента / С.Г. Михайловский, Л.М. Ломиашвили, О.С. Гилева, Л.А. Иванова, Е.Е. Полякова // Институт стоматологии. – 2018. № 1 (78). С. 42-44.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБФРАКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ

К.м.н., доцент Сувырина М.Б., Ситникова О.А.

Дальневосточный государственный медицинский университет, кафедрой стоматологии терапевтической, г. Хабаровск

Некариозные поражения твердых тканей зубов представляют собой обширную группу стоматологической патологии, включающую в себя множество нозологических форм, схожих между собой по картине проявления и генезу. При этом, согласно данным литературы, частота встречаемости кариозных и некариозных поражений зубов, возникающих

после прорезывания, в том числе и абфракционных дефектов увеличивается [1, 2, 4, 10, 11].

Окклюзионная теория абфракции объясняет форму дефекта. Образующееся в результате поражение глубокое, с острым углом у основания, иногда простирается в поддесневую область. Величина дефекта зависит от степени окклюзионного напряжения, продолжительности действия избыточных окклюзионных сил, их направления, частоты и места приложения [5, 6, 7, 8].

Согласно исследованиям, распространенность и интенсивность абфракционных дефектов и истирания зубов с возрастом тоже возрастает: от 0,95±0,36% до 13,95±1,25% и от 2,72±0,6% до 16,3±1,33% соответственно [3, 9].

Таким образом, значительный рост распространенности абфракций и обусловливает актуальность данной проблемы.

Целью данного исследования явилось изучение клинических аспектов абфракций зубов у людей в возрасте 20–35 лет и анализ факторов риска.

Задачами исследования явились выявление особенностей стоматологического статуса у пациентов с абфракциями зубов, систематизация клинических проявлений абфракционных поражений и анализ основных факторов риска.

В исследовании приняло участие 60 человек, которые были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 16 женщин и 14 мужчин, средний возраст которых составил соответственно 24 и 27 лет. Во вторую группу вошли 17 женщин и 13 мужчин в возрасте 40 и 43 лет соответственно.

На добровольной основе респонденты подверглись анкетированию закрытого типа с целью выявления факторов риска: курение, наличие ортопедического или ортодонтического лечения, использование абразивных зубных паст и жестких зубных щеток.

Всем обследуемым был проведен осмотр зубных рядов с использованием стоматологического зеркала и зонда с целью определения

интенсивности кариозного процесса и обнаружения абфракционных дефектов. Дифференциальная диагностика проводилась с клиновидным дефектом, кариесом и эрозией зубов.

Характер распределения переменных определялся с помощью теста ч2 Пирсона. Так как распределение значений переменных в выборках было неправильным, для характеристики групп и различий между ними рассчитывали медианы, 0,25; 0,75 процентили. Различие частот подтверждали с помощью непараметрического критерия Фишера и ч2 Пирсона.

В результате проведенного исследования было достоверно выявлено, что при наличии абфракционных дефектов у 52,6% респондентов отмечается гиперестезия, а у 31,5% – оголение корня зуба за счет рецессии десны ($p \leq 0,001$).

В первой группе у женщин в 87,5% случаев встречаются одиночные абфракции, у мужчин в 77,78% случаев абфракционные поражения носят системный характер. С возрастом распространенность системных абфракций у женщин возрастает. Таким образом, во второй группе системные абфракционные поражения встречаются в 64,3% случаев у женщин и в 90,9% случаев у мужчин. Полученные данные статистически достоверны ($p \leq 0,001$).

Преимущественно абфракционные дефекты локализуются на верхних премолярах, что соответствует 42% случаев, на втором месте на верхних молярах – 29%, на третьем месте на верхних клыках – 13%, реже на нижних премолярах и молярах – 10% и 6% соответственно.

Таким образом, на зубах верхней челюсти абфракционные дефекты встречаются статистически достоверно чаще, чем на нижней ($p \leq 0,05$).

В результате сбора анамнеза пациентов было выяснено, что 36,8% пациентов в возрасте 20–35 лет с абфракциями проходили ортодонтическое лечение, также 58,8% пациентов такого же возраста с абфракциями проходили ортопедическое лечение. Полученные данные статистически

значимы (p≤0,001), следовательно, использование ортопедических или ортодонтических конструкций можно отнести к факторам риска.

Однако, основными факторами риска возникновения абфракционных дефектов являются курение и использование жестких щеток и абразивных паст для удаления налета курильщика, что является статистически достоверным (p≤0,001).

Так же было выяснено, что в первой группе 52% женщин и 71,4% мужчин оказались с абфракционными дефектами при КПУ 5 (4ч7), а во второй группе данные показатели были соответственно – 82,3% и 84,6% при КПУ 11 (8,25ч13). Следовательно, можно предположить, что на распространенность абфракциооных дефектов также влияют окклюзионные нарушения, возникающие вследствие удаления зуба или несостоятельности композитных реставраций (p≤0,001).

Таким образом, с возрастом распространенность абфракционных поражений статистически значимо выше. У мужчин в возрасте 20–35 лет абфракционные дефекты системного характера встречается статистически значимо чаще, чем у женщин. Однако, с возрастом распространенность системных абфракций у женщин увеличивается. На зубах верхней челюсти абфракционные дефекты встречаются достоверно чаще, чем на нижней челюсти как у мужчин, так и у женщин. Основными факторами риска возникновения абфракций является ортодонтическое и ортопедическое лечение в анамнезе, курение и использование жестких щеток и абразивных паст.

Список литературы:

1. Дыбов Д.А., Круглов Т.Е. Изучение частоты возникновения рецидивирующего и вторичного кариеса у жителей амурской области / Стоматология – наука и практика, перспективы развития Материалы научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения Л.П. Иванова. – 2017. С. 47-49.

2. Жирков И.А., Лемещенко О.В. Уровень интенсивности кариеса зубов у жителей г. Петропавловска-Камчатского // Актуальные вопросы

современной медицины. Материалы 73-й итоговой научной конференции молодых ученых и студентов Дальневосточного государственного медицинского университета с международным участием. – 2016. С. 209-211.

3. Николаев А.И. Системный подход к диагностике и комплексному лечению кариозных и пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов клинико-лабораторное исследование: дис. … канд. мед. наук. Смоленск, – 2012. 116 с.

4. Никольский В.О., Успенская О.А., Ганичева О.В., Александров А.А. Структурные изменения твердых тканей зубов, возникающие при отбеливании // Проблемы стоматологии. – 2017. Т. 13. № 2. С. 29-32.

5. Оскольский Г.И., Ушницкий И.Д., Загородняя Е.Б., Юркевич А.В., Машина Н.М., Баишева В.И. Стоматологический статус населения Дальневосточного региона // Эндодонтия Today. – 2012. № 3. С. 10-14.

6. Ронкин К. Связь абфракций с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава // Dentalmarket. – 2010. № 5. С. 9-11.

7. Сувырина М.Б., Черникова В.М. Анализ распространённости кариеса в зависимости от локализации у новобранцев российских вооруженных сил / Актуальные проблемы стоматологии детского возраста сборник научных статей VI региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии. – 2016. С. 161-164.

8. Сувырина М.Б., Юркевич А.В. Оценка распространенности некариозных поражений твердых тканей зубов у взрослого населения (на примере Амурской области) // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2017. № 4 (64). С. 96-98.

9. Сувырина М.Б., Юркевич А.В., Круглов Т.Е Анализ распространенности абфракционных дефектов зубов и эффективности различных методов их лечения // Актуальные вопросы стоматологии. Сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. – Казань. – 2018. С. 433-437.

10. Успенская О.А., Ганичева О.В., Никольский В.О., Шевченко Е.А. Воздействие химического отбеливания зубов на гистологическую структуру эмали и дентина // Dental Forum. – 2017. № 2. С. 25-27.

11. Успенская О.А., Ганичева О.В., Шевченко Е.А. Морфологические изменения в эмали и дентине, возникающие при отбеливании зубов // Эндодонтия Today. – 2017. № 4. С. 66-68.

12. Успенская О.А., Плишкина А.А., Жданова М.Л. Гиперестезия зубов. Нижний Новгород, – 2017.

13. Юдина Н.А., Юрис О.В. Этиология и эпидемиология абфракционных дефектов зубов ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования // Медицинский журнал. – 2014. № 3. С. 14-16.

14. Юркевич А.В. Патоморфологический анализ слизистой оболочки десны при сахарном диабете и язвенной болезни желудка: автореф. дисс. док. мед. наук. Новосибирск, – 2005. 36 с.

15. Юркевич А.В. Патоморфологический анализ слизистой оболочки десны при сахарном диабете и язвенной болезни желудка: дисс. … док. мед. наук. Новосибирск, – 2006. 160 с.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Чулкова М.В., Должникова Т.В., Каландадзе В.Г.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань

Ведущей проблемой стоматологии является выбор материалов для эндодонтического лечения зубов.

Новые технологии и материалы позволяют проводить качественное лечение с целью длительного сохранения зуба. Существует широкий спектр материалов для пломбирования корневых каналов, и практическому врачу бывает трудно сделать выбор.

В данной статье рассмотрены материалы для временного пломбирования корневых каналов и критерии эффективности их применения.

Были проанализированы различные Российские и зарубежные источники информации, содержащие материалы о временном пломбировании корневых каналов.

Временное пломбирование корневых каналов зубов – это заполнение просвета корневых каналов пластическими нетвердеющими материалами,

обладающими, как правило, лечебными свойствами, на короткий период времени (от нескольких суток, до нескольких месяцев) с последующей заменой постоянным пломбировочным материалом.

Целесообразно применять пастообразные материалы, хорошо заполняющие канал и обеспечивающие герметичность и поддержание концентрации лекарственного вещества на достаточном уровне.

Цели применения материалов для временного пломбирования корневых каналов:

1) антисептическое и очищающее действие на систему корневых каналов и дентинных трубочек;

2) антисептическое и противовоспалительное действие на очаг воспаления в периодонте;

3) стимуляция регенеративной активности тканей периодонта и окружающей его кости альвеолярного отростка;

4) изоляция корневого канала при невозможности завершения его обработки в одно посещение.

Для пломбирования корневых каналов применяют несколько видов пластических нетвердеющих паст.

1. Пасты на основе антибиотиков и кортикостероидных препаратов.

В состав этих препаратов включают антибиотики широкого спектра действия. Другим компонентом является кортикостероид, чаще всего в состав паст вводят дексаметазон. Доза кортикостероидного препарата рассчитывается с целью уменьшения воспалительных и аллергических явлений, но не влияет на защитные реакции тканей периодонта и организма в целом.

Еще одним компонентом данных паст является рентгеноконтрастный наполнитель, позволяющий объективно оценить качество заполнения канала.

Пасты данной группы обладают сильным, но непродолжительным действием, вследствие чего их вносят в корневой канал на срок от 3 до 5 суток.

Препарат «Септомиксин форте» компании «Septodont» является ярким представителем данной группы препаратов. В состав включены три антибактериальных препарата широкого спектра действия : полимиксина В сульфат, тиротрицин, неомицина сульфат. Это дает возможность подавить микрофлору корневого канала, избежав образования антибиотико-резистентных штаммов.

Данный препарат является препаратом выбора при лечении острых и обострений хронических форм периодонтита. При этом корневой канал тщательно обрабатывают механически и медикаментозно, затем заполняют при помощи каналонаполнителя «Септомиксином форте». На зуб накладывают герметичную повязку на достаточно короткий период времени от 2 до 10 суток.

Другим представителем является *пасta Rubbo*.

В ее состав входят такие вещества, как неомицин, бацитрацин, полимиксин-В

Этот материал обладает бактерицидным действием на грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы.

Препарат рекомендуют применять следующим образом: предварительно расширенный, антисептически обработанный и высушенный канал наполняют пастой Rubbo на срок до 3 суток.

Пульпосептин.

В состав данной пасты входят следующие компоненты: хлорамфеникол, сульфат неомицин, дексаметазон.

Антибиотики, входящие в состав данного препарата, были выбраны из-за своего широкого диапазона бактериостатического действия. Хлорамфеникол обладает широким спектром антимикробного действия. Он

активен в отношении многих видов микроорганизмов, действует на штаммы бактерий, устойчивых к пенициллину, стрептомицину, сульфаниламидам.

Сульфат неомицина воздействует на большинство устойчивых к хлорамфениколу бактерий. Дексаметазон блокирует острые воспалительные, аллергические и болезненные процессы в периапикальной ткани.

2. Пасты на основе метронидазола.

Метранидазол является производным имидазола, активно подавляет анаэробную микрофлору корневых каналов, останавливает катаболическое разрушение тканей, блокируя воспалительные явления на биохимическом уровне.

Пасты на основе метронидазола применяют для временного заполнения сильно инфицированных корневых каналов, при гангренозном пульпите, острых и хронических периодонтитах, так как при данных процессах преобладает анаэробная микрофлора. Предотвращают вторичное инфицирование тканей периодонта микрофлорой полости рта и улучшают прогноз течения заболевания.

Пример такого *препарата «Гриназоль»* Фирмы «Septodont», он представляет собой пасту, содержащую 10% метронидазол.

3. Пасты на основе смеси антисептиков длительного действия

В состав препаратов этой группы, как правило, включают сильнодействующие антисептики: тимол, креозот, йодоформ, ментол и др.

Пасты являются нетвердеющими, рентгеноконтрастными и медленно рассасывающимися в корневых каналах.

Паста «Темпофор» включает в себя смесь антисептиков: тимола, крезола, йодоформа и камфоры с добавлением ментола. Обладает дезинфицирующим и дезодорирующим действием, не вызывает при этом дисбактериоз, стимулирует защитные свойства тканей периодонта. В детской стоматологической практике не оказывает влияние на развитие зачатка постоянного зуба. Позволяет быстро купировать болезненные ощущения и уменьшить риск болевой реакции после пломбирования корневых каналов.

Йодоформная паста «Йодент»

В состав данного материала входят: йодоформ, кристаллический хлорфенол, камфора, тимол, ментол.

Эти вещества оказывают бактерицидное действие. После удаления пульпы или ее распада, тщательной механической и медикаментозной обработки и высушивания канала пасту вводят с помощью каналонаполнителя на всю длину канала, излишки пасты удаляют с устья канала и закрывают зуб дентин-пастой или водным дентином без давления на 2–3 суток. Затем пасту удаляют из канала, и при наличии положительной динамики пломбируют постоянным материалом.

4. Препараты на основе гидроксида кальция.

Антибактериальное действие препаратов на основе гидроксида кальция обусловлено высоким значением его pH (ок. 12,5). Вследствие этого он обладает бактериостатическим и бактериолитическим действием, а так же нейтрализует бактериальные эндотоксины, снижает функциональную активность остеокластов, повышает активность остеобластов, уменьшает местный воспалительный ответ. Из-за высокощелочной реакции гидроксид кальция вызывает лизис некротизированных тканей, стимулирует регенерацию костной ткани. Препараты на основе гидроксида кальция в виде пасты преимущественно выпускаются в шприцах с одноразовыми насадками для непосредственного введения препарата в корневой канал во избежание контакта материала с воздухом. Можно также использовать традиционную методику пломбирования канала пастой с применением эндодонтических инструментов, каналонаполнителей.

Metapaste

В состав входят гидроксид кальция, сульфат бария.

Материал имеет высокое значение pH, равное 12,5, которое не опускается ниже 12,0 в очаге воспаления даже через 9 дней после первого введения. Этот материал обладает ярко выраженным бактерицидным действием, легко вступая в прямой контакт с 99,9% микрофлоры,

находящейся в очаге воспаления, которая при этом начинает погибать уже через 1–6 минут, сам очаг воспаления становится стерильным через 48 часов. Зуб закрывают на срок 2–4 недель.

Кальсепт

В состав входит: кальция гидроксид, сульфат бария, натрия хлорид, сода, вода дистиллированная.

Средство выполняет антисептическую обработку пролонгированного действия, что позволяет предотвратить дальнейшее развитие патологических процессов. В результате предварительной обработки и дальнейшего запечатывания каналов данным лекарственным составом обеспечивается гибель до 95% патогенных микроорганизмов. Подобный уровень эффективности положительно воздействует на прекращение воспалительных процессов и предотвращение их последующего распространения в пределах ротовой полости.

Выводы.

Проанализировав результаты исследований Российских и зарубежных ученых, мы пришли к выводу, что представители каждой из перечисленных выше групп достойны внимания, и их применение в практике дает высокий процент эффективности лечения.

Оценка качества эндодонтического лечения проводится непосредственно после лечения и в отдаленные сроки (через 6, 12 мес).
Проведенные исследования показали, что временное пломбирование корневых каналов позволяет статистически значимо снизить частоту осложнений.

Через 6 месяцев после проведенного лечения, с использование материалов (представителей каждой группы) количество осложнений было минимальным.

Через 12 месяцев положительная рентгенологическая динамика чаще наблюдалась в группе, где использовалась паста на основе гидроокиси кальция.

Мы считаем, что наиболее эффективно применение материалов на основе гидроксида кальция, так как, при применении данных материалов в клинических исследованиях 93% из 97% инфицированных корневых каналов были очищены от микроорганизмов за период от 1 до 3 месяцев.

Также, в последних исследованиях отечественных и зарубежных ученых было выявлено, что при использовании материалов на основе гидроксида кальция восстановление в периапикальных тканях наблюдается у 95% пациентов, а остановка воспаления и резорбции у 97% пациентов.

Временная обтурация корневых каналов зубов является важным этапом эндодонтического лечения и определяет его дальнейшую «судьбу». Поэтому подход к выбору материала, так же, требует:

– анализа характера течения патологического процесса,

– технических возможностей применения материала у пациента.

Список литературы:

1. Молоков В.Д., Временное пломбирование корневых каналов: учебное пособие / Молоков В.Д., Доржиева З.В., Клюшникова М.О. – Иркутск: ИГМУ, 2012. 30 с.

2. Спектор С.М. «Метапекс» и «Метапаста» -материалы гидроксида кальция нового поколения. // Эндодонтия today. – 2002. № 3-4. С. 43-45.

3. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / ред. Л.А. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. 912 с.

4. Терапевтическая стоматология: учебник / ред. Е.В. Боровский. – М.: МИА, 2009. 840 с.

5. Успенская О.А. Клинико-лабораторное обоснование совершенствования методов лечения верхушечного периодонтита. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Тверской государственный медицинский университет. Тверь, 2001.

6. Успенская О.А., Шевченко Е.А. Оценка клинического течения верхушечного периодонтита после лечения // Фундаментальные исследования. – 2004. № 2. С. 160-161.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

К.м.н. Гулуев Р.С., к.м.н. Матросов В.И., Гусева Т.А.

ФГКУ «Медико-санитарная часть МВД России по Нижегородской области»

Введение. Воспалительные заболевания пародонта представляют собой серьёзную медико-социальную проблему, которая является актуальной и в настоящее время [1, 2, 3, 9, 11, 12, 13, 14]. По данным ВОЗ (2009) [16], распространённость воспалительной патологии пародонта в возрастной группе 35–44 года по всему миру составляет 94,3%, а число людей, пользующихся зубными протезами при воспалительных заболеваниях пародонта – 78,2%, при нуждаемости – более 99,9%.

Проблема повышения эффективности комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта остается одним из актуальных вопросов в современной стоматологии [3]. Данные специальной научной литературы свидетельствуют о том, что нет единого стандартизировнного подхода как к консервативному лечению, так и не существует рекомендаций по выбору ортопедических конструкций при минимальном количестве ретенционных пунктов, для восстановления анатомо-функциональных свойств зубочелюстной системы [5, 10, 15]. Поэтому оптимизация комплексного лечения заболеваний пародонта в настоящее время является необходимой и своевременной, а поиск новых вариантов решения данной проблемы является оправданной.

Одним из способов повышения эффективности лечения заболеваний пародонта является использование шинирующих конструкций из различных композитных материалов, к использованию которых в настоящее время отсутствуют обоснованные показания и не до конца изучены их механические свойства и прочностные характеристики.

По данным ряда авторов [6, 7, 8, 12] шинирование обеспечивает равномерное распределение жевательной нагрузки между пародонтом зубов,

создает покой пораженным тканям, способствует повышению эффективности комплексной терапии и стимулирует репаративные изменения в тканях пародонта.

Выбор волокнистой основы для шинирующей конструкции имеет большое теоретическое и практическое значение для стоматологии. До настоящего времени на отечественном и зарубежном рынках материалы, используемые для шинирования представлены достаточно широко, различаются по химическому составу и свойствам. Однако, сравнительная эффективность их до конца не изучена. Поэтому целью нашего исследования является изучение прочностных характеристик усиливающих волокон различных композитных шинирующих материалов и степени адгезии их к тканям зубов (EverStick,Robbond).

Материалы и методы исследования. Материалами для исследования служили образцы шинирующих волокон из материалов из различных классов, отличающихся по химическому составу.

Нами были использованы волокна Ribbond и EverStick.

Ribbond, Ribbond Inc., (полиэтилен) обладает низким уровнем модуля деформации при сжатии. Дополнительные адгезивные свойства обеспечивает предварительная плазменная обработка поверхности арматуры. Самая сложная архитектоника плетения из всех арматур.

EverStick, StickTech (стекловолокно) – обладает уникальной метакрилатной матрицей. Каждое тончайшее силанизированное стекловолокно в составе пучка окружено оболочкой из полиметилметакрилата, пористая структура которого наполнена неполимеризованными мономерами Боуэна (bis-GMA). В процессе фотоотверждения такого пучка происходит не только объединение отдельных волокон в прочную, но гибкую (за счет полиметилметакрилата) балку, но и сополимеризация (за счет bis-GMA) с матриксом окружающего волокно композиционного материала, обеспечивая создание единой

монолитной структуры. За счет этого волокно everStick имеет высокие показатели адгезии и прочности на изгиб.

Для достижения цели исследования были изготовлены модели шинирующих конструкций, выполненных из материалов Ribbond и EverStick. За основу были взяты удалённые зубы, в которых были по стандартной методике отпрепарированы пазы для компазитного материала материала. После этого произведено шинирование при помощи арматур, жидкотекучего композита Filtek Flow и адгезивной системы Adper Prompt L-Pop 3M ESPE. Шинирующее волокно было расположено в разомкнутом состоянии, чтобы при дальнейшем испытании отрыв происходил запрограмированно посередине образца.

Методика испытания.

Образцы испытывались в аппарате «TiniusOlsen». При комнатной температуре (23 ^{o}C) стандартные заготовки помещались и закреплялись между траверсами аппарата. По стандартной программе было проведено измерение максимального порога силы на растяжение и отрыв при постепенном расхождении траверс со скоростью движения 0,01 мм/с. Был получен запрограммированный отрыв по середине стандартной заготовки. По полученным данным были составлены схемы отражающие зависимость деформации и силы, приложенной к заготовкам.

Результаты исследований. В ходе исследований были протестированы образцы шин из двух видов армирующих волокон, разных по химическому составу, строению и свойствам. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Максимальные значения сил, прилагаемых к заготовкам на отрыв

EverStick (H)	Ribbond (H)
104	53
79	74
80	82
114	61

94	75
81	80
78	62
105	74
113	70
95	63
85	69
100	85
99	79
113	60
102	66
93	75
96	74
111	80
105	60
95	65

Также были получены данные о соотношении деформации, относительного удлинения и времени эксперимента. В ходе исследования было выявлено, что материал EverStick имеет более выраженные пластические свойства и деформируется при более высоких показателях силы. Средняя деформация материала EverStick была равна 0.5±0.1 мм, а материала Ribbond соответственно 0.25±0.75 мм.

Представлены графики зависимости средних деформаций и силы приложенной к шинам до момента отрыва для исследуемых материалов. (рис. 1).

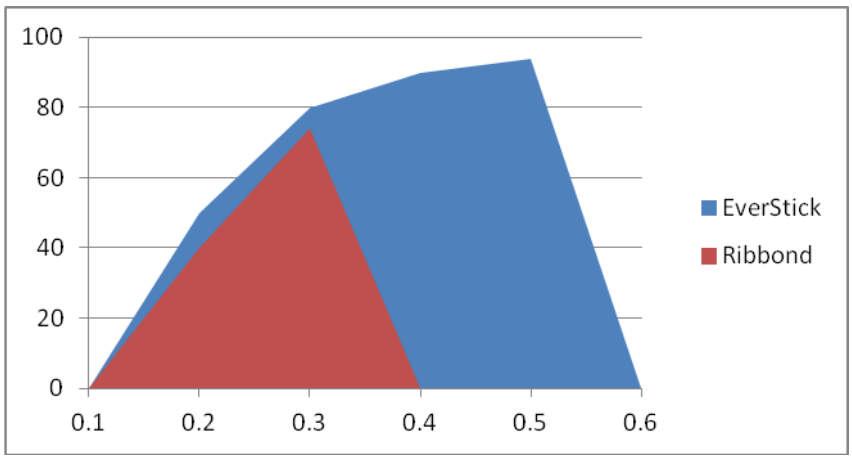


Рис. 1. Соотношение силы и деформации шин.

В результате исследований были получены данные об адгезии шины к твердым тканям зубов и её прочностные характеристики. Для шины из материал EverStick эти показатели оказались равны 94,25±15,17 Н, а для шины из материала Ribbond 74,8±18,04 Н. Средние показатели статистически проанализированы и дают точное представление о свойствах адгезии проверяемых материалов с доверительной частотой t=0,999.

Выводы.

При всем многообразии представленных способов и материалов для шинирования зубов ни один из них не имеет всего комплекса положительных свойств и не может рассматриваться как универсальный. В своем исследовании мы использовали материалы, выполняющие одну и ту же функцию при этом имея различное химическое строение. Основой исследования было – изучение адгезии шинирующих материалов к тканям зубов и их пластических свойств. Нами проведен сравнительный анализ армирующих материалов из двух групп, отличающихся по химическому составу и свойствам. Кроме того, устанавливалось предельное значение нагрузки на шину и свойства пластичности армирующих материалов при деформации.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что армирующие материалы на основе органической матрицы имеют более высокие показатели прочности и адгезии к материалу шины. Их использование позволяет повысить эффективность шинирования, уменьшить риск дебондинга и поломки шины. Также эти материалы обладают большей пастичностью, что позволяет шине компенсировать боковые нагрузки и так же снижает риск отрыва шины от тканей зуба.

Наряду с этим, показатели свойств материалов для шинирования на основе неорганической матрицы достаточно высоки, что позволяет применять их в качестве средств для временного шинирования с использованием неинвазивной техники. Однако, пластичность армирующих материалов на основе неорганической матрицы ниже в 2 раза, что

способствует более жесткой иммобилизации зубов в шине, и сильной чувствительности к боковым нагрузкам.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что проблема изучения свойств армирующих материалов до конца не изучена и требует дальнейшего исследования. Это необходимо для выполнения протокола ведения пациентов с заболеваниями пародонта и для определения показаний к использованию материалов из разных групп для иммобилизации зубов.

Список литературы:

1. Lindhe Y. Texbook of clinical periodontology / Y. Lindhe Y – Copenhagen, Munksgaad, – 1993.648 p.
2. Wench SL. The effect of laent tmed in a secondary cure upon the phigical properties of three composite resins/ SL. Wench // Quintessence. – 2007. № 18. P. 35-5.
3. WHO. Global Oral Health Data Bank. Geneva: WHO, – 2002.
4. Аболмасов Н.Г. Современные представления и размышления о комплексном лечении заболеваний пародонта / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, П.Н. Гелетин, А.А. Соловьёв. // Российский стоматологический журнал. – 2009. № 5. С. 26-32ВОЗ (2009).
5. Гильмияров Э.М. Клинико-метаболическая база данных по хроническому генерализованному пародонтиту / Э.М. Гильмияров, В.П. Бережной, И.Е. Гильмияров, В.П. Тлустенко // Стоматология. – 2008. № 5. С. 20.
6. Григорян А.С. Болезни пародонта / А.С. Григорян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина [и др.]. – М., 2004. 287 с.
7. Грудянов А.И. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, В.В. Овчинникова, – М.: МИА, – 2007. 80 с.
8. Емгахов З.В., Антонова И.Н., Иорданишвили А.К. Сравнительная оценка биосовместимости основных видов стоматологических базисных полимеров (экспериментальное исследование). «Пародонтология». СПб. – 2012. С. 16-20.
9. Жулев Е.Н. Показания к применению шинирующих конструкций при ортопедическом лечении заболеваний пародонта / Е.Н. Жулев, М.Ю. Саакян // Нижегород. Мед. журнал, – 1993. № 1. С. 39-41.
10. Жулев Е.Н., Александров А.А., Шевченко Е.А., Успенская О.А. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта при бруксизме Нижний Новгород, – 2017.

11. Каламкаров Х.А. Патогенез и принципы лечения функциональной перегрузки пародонта // Стоматология. – 1995. № 3. С. 44-51.

12. Копейкии В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародоита-М.; Триада Х, – 1998. 175 с.

13. Леонтьев А.А. Комплексный подход к профилактике заболеваний пародонта / А.А. Леонтьев // Пародонтология. – 2010. № 2 (55). С. 76-77.

14. Лукиных Л.М. Болезни пародонта / Л.М. Лукиных, Е.Н. Жулев, И.Н. Чупрунова. Н. Новгород: Изд-во НГМА, – 2005. 322 с.

15. Перова М.Д. Биологические механизмы репаративной регенерации тканей пародонта: (Аналитический обзор) // Новое в стоматологии. – 2001. № 8. С. 62-70.

16. Саакян М.Ю. Специальная подготовка полости рта к протезированию при ортопедическом лечении заболеваний пародонта: учебно – метод. Пособие / М.Ю. Саакян. Н. Новгород: НГМА, – 2001. 28 с.

17. Успенская О.А., Качесова Е.С. Роль общих и местных факторов в возникновении и развитии хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени. Современные проблемы науки и образования. – 2017. № 5. С. 188.

18. Янушевич О.О. Болезни пародонта / О.О. Янушевич, И.Н. Кузмина // Россиский стоматологический журнал. – 2009. № 1. С. 43-45.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

К.м.н., доцент Тирская О.И., Казанкова Е.М.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,

г. Иркутск

Актуальность. Лечение разнообразных эрозивных поражений СОПР остается частой проблемой, с которой приходится сталкиваться врачу-стоматологу. Причем это может быть как банальная травматическая эрозия или язва, так и тяжелый инфекционно-воспалительный процесс, захватывающий практически всю слизистую полости рта [4]. Местная консервативная терапия является неотъемлемой частью комплекса лечебных

мероприятий. Основными ее задачами являются купирование боли, воспаления и способствование заживлению. Проведение местной терапии затрудняется тем, что лекарственный препарат быстро элиминируется из полости рта благодаря высокой саливации, обычно сопровождающей эрозивные поражения слизистой оболочки полости рта, поэтому обеспечить достаточный по времени контакт лекарственного препарата с раневой поверхностью сложно.

Медицина предлагает огромное количество разнообразных препаратов для местного лечения раневых и эрозивных процессов различной этиологии [5]. В последние годы в общей хирургии были разработаны и с успехом применены раневые покрытия. Благодаря этим инновационным разработкам удается добиться значительного улучшения при местном консервативном лечении различных видов ран, язв, ожогов и отморожений [1, 2, 3]. В связи с этим представляется актуальным изучение эффективности применения этих средств и у пациентов с эрозивными проявлениями в полости рта.

Цель работы. Оценить эффективность комбинированного применения пленочного покрытия Гидрофилм и геля Фламена при лечении эрозивных поражений слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы.

В исследовании участвовали 7 пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и 10 пациентов с травматическими поражениями слизистой полости рта. В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на две клинические группы. Первую (контрольную) группу составили 8 пациентов (5 пациентов с травматической эрозией, 3 пациента с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом), которым применялась стандартная схема местного лечения эрозий: аппликация на эрозию геля лидохлор, антисептическая обработка 0,05% раствором хлоргексидина, аппликация на эрозию метилурациловой мази, обработка проводилась пациентами 3 раза в сутки. Вторую группу составили 10 пациентов (5 пациентов с травматической эрозией, 5 пациентов с

хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом), которым в схему местного лечения были включен липосомальный гель Фламена, в состав которого входят природные компоненты: дигидрокверцетин (0,4%), лецитин (3%), глицин (5%), хелеритрин и сангвинарин (0,01%). За счет своих компонентов гель оказывает выраженное противовоспалительное, небольшое болеутоляющее действие, активно стимулирует развитие репарационных процессов, способствует восстановлению сосудистой и нервной трофики поврежденных тканей. Методика: после антисептической обработки полости рта бледно-розовым раствором перманганата калия, участок слизистой оболочки с эрозией изолировали от слюны, высушивали, наносили на эрозию гидрогель Фламена и аккуратно покрывали пленочным покрытием Гидрофилм, захватывая здоровую СОПР примерно на 1 см (фиксируется только к высушенной слизистой). Наносили 2 раза в день, поскольку из-за подвижности слизистой оболочки при артикуляции, приеме пищи сохранности пленки в течение суток достичь не удавалось.

Оценка клинической эффективности лечения проводилась по выраженности субъективных критериев: стихания болевого синдрома, дискомфорта от проводимой процедуры. Для определения этих показателей пациенты самостоятельно заполняли опросники с использованием бальной визуальной шкалы. Эффективность лечебных мероприятий в группах оценивалась по срокам заживления эрозий (осмотр пациента проводили на 2, 4, 6 сутки).

Результаты. Основным субъективным симптомом у всех пациентов было ощущение боли. При проведении курса лечения у большинства больных отмечалась положительная динамика в виде уменьшения выраженности этого симптома. При сравнении средних показателей в группах по бальной шкале отмечалось снижение интенсивности боли в первой группе на 42,4%, а во второй группе – на 56,1%. Однако в первой группе пациенты отмечали более кратковременный обезболивающий эффект после нанесения лидохлора, достаточно быстро проходящий при его

элиминации из полости рта. При сравнении показателей дискомфорта от лечебных процедур пациенты в первой группе отмечали горький вкус хлоргексидина (77%) и анестезирующий эффект лидохлора (100%), который, несмотря на локальное нанесение на эрозию, вызывает также неприятное онемение слизистой языка, щек и губ. Пациенты второй группы указывали на неплохую переносимость лечебных процедур, в ряде случаев отмечалась досрочное освобождение эрозии от пленочного покрытия, при этом в полости рта ощущается геля (30%).

Применение гидрогеля Фламена и пленочного покрытия Гидрофилм во второй группе способствовало сокращению сроков эпителизации эрозий у пациентов с травматическими эрозиями на 1,8 дня, а у пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом легкой формы на 1,6 дня (по сравнению со сроками лечения в первой группе).

Выводы. Таким образом, проведенная оценка результатов показала, что сочетание применения пленочного покрытия и геля Фламена повышает эффективность местного лечения эрозивных дефектов благодаря обеспечению длительного контакта лекарственного препарата с очагом поражения с одной стороны и предотвращению контаминации эрозивной поверхности микроорганизмами, особенно при плохой гигиене, с другой.

Список литературы:

1. Аралова М.В. Лечение трофических язв нижних конечностей гидроактивными раневыми покрытиями / М.В. Аралова // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. № 2. С. 25-28.

2. Шевченко Е.А., Успенская О.А., Загребин Е.А. Изменение уровня секреторного иммуноглобулина а в ротовой жидкости при лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции у женщин разных возрастных групп Современные проблемы науки и образования. – 2016. № 5. С. 141.

3. Успенская О.А., Шевченко Е.А. Исследование влияния ряда лекарственных препаратов на течение местных воспалительных процессов ротовой полости и урогенитального тракта у беременных с хпн//Фундаментальные исследования. – 2015. № 1-4. С. 837-839.

4. Успенская О.А., Шевченко Е.А., Болтенко С.А. Современные методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин с урогенитальной инфекцией и без нее//Современные проблемы науки и образования. – 2015. № 1-1. С. 1324.

5. Винник Ю.С. Применение раневых покрытий на основе коллаген-хитозанового комплекса в местном лечении длительно незаживающих ран / Ю.С. Винник, С.В. Якимов, Е.Ю. Тепляков, О.А. Жабович // Сибирский медицинский журнал. – 2004. № 8. С. 35-37.

6. Воронин А.С. Применение раневых покрытий в комплексном лечении ран и раневой инфекции кожи и мягких тканей / А.С. Воронин // Аспирантский вестник Поволжья. – 2010. № 7-8. С. 158-161.

7. Казанкова Е.М., Тирская О.И. Синдром Стивенса–Джонсона в практике врача-стоматолога // Стоматология. – 2016. № 5. С. 51-52.

8. Успенская О.А. Современные методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2011. № 1. С. 21.

9. Успенская О.А. Этиопатогенетическое обоснование терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции. Автореферат дис. ... доктора медицинских наук / Твер. гос. мед. акад.Тверь, – 2015.

10. Успенская О.А., Шевченко Е.А., Болтенко С.А. Современные методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин с урогенитальной инфекцией и без нее. Современные проблемы науки и образования. – 2015. № 1-1. С. 1324.

11. Успенская О.А.Клиническое обоснование эффективности применения атаракса и эплана в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита, отягощенного урогенитальной патологией. Аспирантский вестник Поволжья. – 2015. № 1-2. С. 188-190.

12. Успенская О.А., Круглова Н.В., Голдобина П.В. Теоретические основы применения плазмолифтинга в практике врача-пародонтолога. Международный журнал экспериментального образования. – 2015. № 12-3. С. 408.

ОЦЕНКА ИНТЕРФЕРОНООГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГЕРПЕС ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Д.м.н., доцент Успенская О.А., к.м.н. Спиридонова С.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра терапевтической стоматологии,

г. Нижний Новгород

Герпес – самая распространенная вирусная инфекция человека, длительно существующая в организме, преимущественно в латентной форме.

По данным ВОЗ герпесвирусная инфекция занимает 2-е место (15,8%) после гриппа (35,8%), как причина смерти от вирусных инфекций. На территории России от хронических герпетических инфекций страдает около 22 миллионов человек.

По данным официальной статистики вирусом герпеса инфицировано более 3,7 млрд человек в возрасте до 50 лет, или 67% населения.

Более миллиона россиян ежегодно страдают от «простуды» на губах. Каждый 5 россиянин заболевает герпетическим стоматитом от 2 до 10 раз в год. И лишь у 5% населения земного шара отмечается невосприимчивость к вирусу простого герпеса 1 типа.

В большинстве индустриальных стран вирус простого герпеса 1-го типа инфицирует к 40 годам жизни около 80% населения, заболеваемость генитальным герпесом имеет стабильную тенденцию к постоянному увеличению, установлено, что 26% женского населения старше 12 лет имеют антитела к вирусу простого герпеса 2-го типа.

Несмотря на то, что герпес-вирус не представляет непосредственной угрозы здоровью человека, однако значительно снижает качество его жизни (включая психические расстройства, высокий уровень депрессии и суицидальные наклонности), и негативно влияет на репродуктивную систему (бесплодие, невынашиваемость беременности и внутриутробное инфицирование плода).

Под влиянием различных экзогенных и эндогенных факторов, повреждающих иммунную систему, возможно ослабление котролирующих механизмов и активация вируса, т. е. его размножение и возникновение рецидива заболевания.

Нарушение ответа иммунной системы на вирусную инфекцию могут быть связаны как с предшествующим иммунодефицитом, так и влияние персистирующих герпес-вирусов на иммунокомпетентные клетки.

В интерфероновом и цитоконовом статусе у пациентов, страдающих герпес-вирусной инфекцией, отмечается снижение продукции стимулированного ИНФ-г, что говорит об истощении противовирусной защиты, свидетельствующую в пользу наличия и превалирования воспалительного процесса. Гиперпродукция стимулированного ИНФ-г говорит о необходимости этиотропной фармакотерапии при бессимптомном и атипичном течении герпетической инфекции.

Именно интерфероны являются одними из основных цитокинов в защитной функции организма в ответ на внедрение вирусного агента. Противовирусный эффект ИФН-б/в при герпес-вирусной инфекции (ГВИ) давно доказан и широко используется в терапии данного заболевания.

ИНФ-б и ИНФ-в обладают выраженным противовирусным и противоопухолевым действием, в гораздо меньшей степени проявляют иммуномодулирующие свойства. Основными клетками продуцентами для ИНФ-б являются макрофаги, для ИНФ-в – клетки эпителия, фибробласты.

ИНФ-г обладает выраженным иммуномодулирующим действием, вместе с интерлейкином-2 (ИЛ-2) и фактором некроза опухолей (ФНО или TNF) относится к основным провоспалительным цитокином, является индуктором клеточного звена иммунитета. Противовирусные и противоопухолевые свойства выражены слабее чем у ИНФ-б и ИНФ-в. Основными клетками продуцентами ИНФ-г являются Т-лимфоциты, натуральные или естественные киллеры (NK-клетки). Индуцирующим сигналом для выработки могут быть любой антиген или другие цитокины.

Противовирусный эффект интерферонов заключается в подавление синтеза вирусной РНК, подавление синтеза белков оболочки вируса. Все эти факторы усиливают фагоцитарные и цитотоксические реакции в зоне воспалительного очага и способствую эффективной элиминации инфекционного агента.

ИФН-г является одним из факторов дифференцировки В-клеток. Он может либо усиливать, либо подавлять В-клеточный иммунный ответ, на поздних стадиях ИФН-г усиливает секрецию иммуноглобулинов.

Длительная персистенция вируса приводит к вторичному иммунодефициту, который в свою очередь способствует активации вируса.

Образуется своеобразный порочный круг, где первичным может быть каждый из основных компонентов этиопатогенеза.

Цель исследования – оценить состояние интерферонового статуса пациентов, страдающих хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом (ХРГС).

Материал и методы. Обследовано и пролечено 75 пациентов (24 мужчин и 51 женщина), страдающих ХРГС в возрасте от 18 до 71 года. У всех пациентов частота обострения ХРГС составила более 3 раз в год, анамнез заболевания – более одного года.

Диагноз был поставлен на основании характерного поражения слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожных покровов лица, а также с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР), позволившей выявить в слюне ВПГ-1 и ВПГ-2. На основании получаемой терапии пациенты были разделены на 3 группы. Пациенты 1-й группы в количестве 25 человек получали лечение ацикловиром по 1 таблетке (200 мг) 5 раз в день, 5 дней. Пациенты 2-ой группы в количестве 25 человек получали лечение фамвиром по 1 таблетке (250 мг) 3 раза в день, 5 дней. Пациенты 3-ей группы в количестве 25 человек получали лечение фамвиром по 1 таблетке (250 мг) 3 раза в день, 5 дней и кагоцел по 2 таблетки (12 мг) 3 раза в день, 5 дней. Местное лечение для пациентов всех групп было одинаковым: гель Виру-мерц серол наносили на проблемные участки

слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ 4–5 раз в день, 5 дней. В случае возникновения рецидивов заболевания пациентам во всех группах назначали повторную терапию.

На момент начала обследования у всех пациентов были зарегистрированы клинические проявления рецидива ХРГС.

Всем пациентам проводили контрольные обследования: в первый день клинических проявлений и на 14 день после начала лечения.

Оценка интерферонового статуса включала изучение следующих параметров: уровеня циркулирующего в крови ИФН (сывороточный ИФН), уровня продукции спонтанно вырабатываемого ИФН, уровня продукции ИФН-б лейкоцитами, уровня продукции ИФН-г лейкоцитами.

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы «Biostat»,а также программного продукта «Microsoft Excel» с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Исследование интерферонового статуса у пациентов с ХРГС на фоне лечения показало различную динамику восстановления показателей в группах (табл. 1).

Таблица 1.

Показатели расширенного интерферонового статуса у обследуемых пациентов с ХРГС

Параметры Интерферо-нового статуса	Норма	1 группа «А»		2 группа «Ф»		3 группа «ФК»	
		1-ый день	14-ый день	1-ый день	14-ый день	1-ый день	14-ый день
Сыв ИФН (титр, ЕД/мл)	2–8	0,9±0,02	0,7±0,02	0,7±0,05	0,7±0,03	0,8±0,03	0,8±0,03
Спонт ИФН (титр, ЕД/мл)	0	0,1±0,01	0,7±0,1	0,2±0,01	0,2±0,01	0,2±0,01	0,2±0,01
Стим ИФН-б	80–640	18,8±3,0	7,3±1,2	17,2±2,4	12,2±1,2	14,3±2,3	18,3±2,4

(титр, ЕД/мл)							
Стим ИФН-б [log2(титр)]	4,1±0,1	2,8±0,2	1,4±0,1	2,5±0,2	2,0±0,2	3,8±0,2	3,5±0,1
Стим ИФН-г (титр, ЕД/мл)	32–128	15,4±2,1	9,8±1,3	13,2±1,5	10,0±1,8	14,2±2,1	20,0±1,4
Стим ИФН-г [log2(титр)]	3,5±0,2	2,9±0,1	1,9±0,2	2,3±0,2	1,9±0,2	2,9±0,2	2,7±0,3

У пациентов 1-ой группы наблюдалось повышение уровня, спонтанно продуцируемого ИФН с 0,14±0,012 ЕД/мл до 0,73±0,039 ЕД/мл ($p<0,05$). Достоверно снижалась выработка лейкоцитами стимулированного ИФН-б, сывороточного ИНФ и ИФН-г.

На фоне лечения у пациентов 2 группы наблюдалось снижение уровня стимулированного ИФН-б с 17,2±2,4 ЕД/мл до 12,2±1,2 ЕД/мл($p<0,05$). Содержание спонтанного ИФН и сывороточного ИФН оставалось неизменным. Было отмечено, что на фоне лечения только противовирусными препаратами способность лейкоцитов к продукции ИФН-г имела тенденцию к снижению.

Для пациентов 3-ей группы характерно повышение выработки стимулированного ИФН-б, что соответствовало моменту стихания обострения ХРГС. На 14 день лечения уровень выработки спонтанного ИФН-г достиг нижней границы нормы с 14,2±2,1 ЕД/мл до 20,0±1,4 ЕД/мл ($p<0,05$). Уровень сывороточного ИФН и спонтанного ИФН оставался неизменным.

Таким образом, изучение ИФН статуса у пациентов с ХРГС выявило различное восстановление способности лейкоцитов к продукции ИФН в зависимости от проводимой терапии. Под влиянием комплексной терапии происходило наиболее значимое увеличение продукции ИФН-г, а также улучшение синтеза ИФН-б к окончанию лечения. В 1-ой и во 2-ой группах на

фоне монотерапии, только противовирусными препаратами, повышения сниженной способности лейкоцитов к продукции ИФН-б и ИФН-г у пациентов получено не было.

Таким образом, можно сделать выводы о том, что для пациентов, страдающих ХРГС характерно усиление синтеза мРНК ИНФ-б, что соответствует началу вирусной инфекции. Кроме того, у части пациентов до начала лечения наблюдалось снижение выработки мРНК ИФН-г – цитокинов, продуцируемых Т-хелперами 1 типа, т. е. дисбаланс работы клеточного звена иммунитета.

В группе, получавшей комплексное лечение фамвиром и кагоцелом, активность мРНК ИФН-г достоверно увеличивалась на 14 сутки обследования и сохранялась на значительном уровне. В двух других группах отмечалось снижение данного показателя.

Проведенное исследование состояния интерферонового профиля пациентов с ХРГС позволило доказать, что снижению активности герпес-вирусной инфекции сопутствовала тенденция к увеличению экспрессии мРНК ИФН-г. Тенденция к снижению выработки мРНК ИФН-г на фоне лечения свидетельствует о сохранении нарушений в клеточном звене и активации гуморального иммунитета у пациентов с ХРГС.

В связи с этим, наиболее целесообразным оказалось назначение комплексной терапии с включением в схему препаратов Фамвир и Кагоцел.

Список литературы:

1. Интерферониндуцирующая активность геля Виру-Мерц Серол in vitro и его эффективность при купировании рецидивов простого герпеса / А.Н. Наровлянский, А.А. Халдин, М.В. Мезенцева, Д.В. Баскакова, Т.Б. Гетия // Российский журнал кожных и венерических болезней. Приложение «ГЕРПЕС». – 2009. № 1. С. 28-32.

2. Тареева Т.Г. Система иммунокоррекции при хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях у беременных / Т.Г. Тареева, В.В. Малиновская, И.О. Шугинин и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. № 4(5). С. 82.

3. Шульженко А.Е. Цитокиновая система в иммунопатогенезе рецидивирующей герпес-вирусной инфекции и пути коррекции / А.Е. Шульженко, И.Н. Зуйкова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2009. № 1. С. 17-23.

4. Роль местного иммунитета полости рта в течении хронического рецидивирующего герпетического стоматита / Л.М. Лукиных, С.А. Спиридонова // Стоматология. – 2013. № 6. Т. 92. С. 20-22.

5. Клинические проявления герпес-вирусной инфекции на фоне проведения обезболивания в полости рта / О.А. Успенская, С.А. Спиридонова, А.А. Плишкина // Журнал научны статей Здоровье и образование в ЧЧІ веке. – 2016. № 2. Т. 18. С. 60-62.

7. Wold, A. Genital HSV-1 infection / A. Wold // Sex Transm Infect. – 2006. Vol. 82. № 3. P. 189-190.

8. Pithon, M.M. Primary herpetic gingivostomatitis in an adult patient using an orthodontic Appliance / M.M. Pithon, A.C. Andrede // Int. J. Odontostomat. – 2010. Vol. 4. № 2. P. 157-160.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ СУХОГО РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА

К.м.н., доцент Позднякова А.А., д.м.н., профессор Гилева О.С., к.м.н., доцент Либик Т.В., Синтюрина А.А.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

Введение. В структуре эндокринной патологии у населения особое место занимает сахарный диабет 2-го типа (СД2), который отличается хроническим, нередко тяжелым течением, чаще выявляется у лиц трудоспособного возраста, приводит к снижению качества жизни пациентов и составляет значимую медико-социальную проблему национальных систем здравоохранения всех стран мира. Значительное место в отечественной и зарубежной литературе отводится освещению стоматологических проблем сахарного диабета и поиску путей их решения [1, 2, 3, 5, 6].

Сахарный диабет, воздействуя практически на все органы и ткани полости рта, сопровождается тотальным поражением сосудистой системы, снижением местных иммунных реакций и активацией резорбции костной ткани; способен приводить к развитию воспалительных заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит), сопровождающихся состояниями затрудняющими: пережевывание и проглатывание пищи, артикуляцию, дикцию, фонацию, приводящих к охриплости голоса, кашлю, жжению, болевым ощущениям в полости рта, повышенной травматизации и инфицированию слизистой полости рта (СОР), деминерализации эмали зубов и увеличению числа зубов, пораженных кариесом, кандидозу полости рта, дисгеузии, дисфагии, галитозу, трудностям в ношении зубных протезов [4]. Особую важность приобретает рациональный подбор средств индивидуальной гигиены по уходу за полостью рта у пациентов с СД2.

Цель исследования – проанализировать ближайшие результаты использования специального ополаскивателя для сухого рта у пациентов с сахарным диабетом второго типа.

Материалы и методы. Комплекс клинических и лабораторных исследований проведен в период с сентября по декабрь 2016 года на базе кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний и стоматологической клиники ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, куда за стоматологической помощью обратилось 45 человек с СД2 в возрасте 40–65 лет, проходящих госпитальное лечение в эндокринологическом отделении ГБУЗ ПК «Пермская краевая клиническая больница» (ПККБ).

Согласно цели исследования, по результатам целевого комплексного клинико-лабораторного обследования, после получения информированного согласия, была сформирована группа пациентов из 15 человек (6 мужчин и 9 женщин в возрасте 42–65 лет) с СД2-ассоциированными воспалительными заболеваниями пародонта в стадии обострения, которым для ухода за полостью рта было рекомендовано использование специального

ополаскивателя «ДиаДент Актив» (ООО «Аванта»). Рекомендовалось ежедневное двукратное (утро-вечер) использование 10–15 мл ополаскивателя «ДиаДент Актив» в режиме 20–30-секундного энергичного полоскания полости рта с последующим сплевыванием.

План, структура и методология исследования, используемые в работе, утверждены Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России.

Диагнозы основного заболевания (СД2 в стадии компенсации; Е11 по МКБ-10) были поставлены на основе результатов клинико-лабораторных исследований, проведенных в эндокринологическом отделении ПККБ при участии сотрудников кафедры эндокринологии с курсом клинической фармакологии ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России.

В процессе комплексного стоматологического обследования у пациентов с СД2 оценивали состояние твердых тканей зубов по индексу КПУ, характеризующему интенсивность кариозного процесса. Уровень гигиены пациентов с СД2 оценивали по динамике упрощенного индекса гигиены OHI-S (Green-Vermillion, 1964). Обследовали вестибулярные поверхности 1.6, 1.1, 2.6, 3.1 зубов и язычные поверхности 3.6 и 4.6 зубов после их окрашивания раствором Люголя. Определение зубного налета проводили визуально и с помощью внутриротовой камеры SopraLife (Acteon) в режиме дневного света. Для оценки противовоспалительного действия ополаскивателя «ДиаДент Актив» использовали индекс PMA (C. Parma, 1960), позволяющий выявить наличие и распространенность воспаления в тканях десны; противовоспалительный эффект определяли, как редукцию индекса PMA в динамике исследования. Степень выраженности гингивита, исходя из цвета и степени отечности десны, а также ее кровоточивости при зондировании оценивали с помощью показателя LSGI (Loe H., Silness J., 1963). Степень кровоточивости определяли в баллах для каждой поверхности

десны. Общий балл по кровоточивости десны для пациента вычисляли суммированием значений для каждой исследуемой десневой поверхности.

Кроме объективных показателей, отражающих степень выраженности десневого геморрагического симптома, ориентировались и на субъективно определяемую пациентами степень кровоточивости десен по Kotzschke (1975). Диапазон баллов по суммарному показателю варьировал от 0 (отсутствие кровоточивости десны) до 8 (выраженная или спонтанная кровоточивость десны).

На этапах исследования, на базовой и заключительной точках отсчета проводили визуальный осмотр и люминесцентное обследование слизистой оболочки губ, щек, неба, десны, дна полости рта для выявления патологических элементов (пузыря, волдыря, пятна, папул, эрозии, трещины, язвы и др.) и иных возможных проявлений, типичных для аллергизирующего и/или местно-раздражающего действия жидких средств гигиены полости рта. Ориентировались на субъективные проявления объективных симптомов заболеваний мягких тканей полости рта и красной каймы губ (ККГ) аллергического или токсического генеза (жалобы на жжение, зуд, отек, боль, косметический дефект, сухость, шелушение, пигментацию и др.), возникающих в процессе использования ополаскивателей. Для подтверждения / исключения аллергического генеза поражений СОПР и ККГ пациентов направляли в городской аллергологический центр.

Дисгеузическое действие ополаскивателя определяли субъективно по жалобам пациентов на возникновение расстройства вкусоощущения в процессе использования: агеузии – утраты привычных вкусовых ощущений; гипогеузии – снижения вкусоощущения (сладкого, соленого, кислого и др.); дисгеузии – инверсии вкусовых ощущений при приеме сладких, кислых, соленых и др. продуктов питания. Для оценки дезодорирующего действия ополаскивателя пациентам предлагалось оценить свежесть дыхания, дать субъективную характеристику (частоту и степень выраженности) неприятного запаха в полости рта (галитоза) в баллах (от 0 до 5), а также

изменение этих ощущений на фоне использования специального ополаскивателя «ДиаДент Актив».

Клинико-функциональные исследования проводили на 2-х точках отсчета: до начала пользования ополаскивателем и по завершению 2-х недельного курса его применения.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе первичного стоматологического обследования исходные показатели распространенности кариеса зубов составили 98,4%, индекс КПУ – 24,36±5,19, при компоненте «К» – 7,51±1,43, «П» – 7,68±1,79, «У» – 9,17±1,97. У 33,3% пациентов в ходе обследования выявлены клинические признаки острого псевдомембранозного кандидоза СОР (В37.0 по МКБ-10); десквамативный глоссит (К05.13 по МКБ-10) наблюдали у 53% пациентов, сухая форма эксфолиативного хейлита (К13.02 по МКБ-10) диагностирована у 60% обследованных.

Состояние гигиены полости рта на момент первичного обследования у всех пациентов определяли, как «плохое» (индекс OHI-S – 3,37±0,31). К заключительному этапу исследования среднегрупповой показатель достоверно ($p<0,01$) снизился до 1,15±0,15. Редукция индекса составила 65,9%, что отразило высокую очищающую способность специального ополаскивателя «ДиаДент Актив».

Исходные значения индекса PMA отражали наличие симптоматического средне-тяжелого гингивита (57,98±4,21), показатели индекса LSGI (1,88±0,02) указывали на высокую степень и диффузный характер (проявления в нескольких десневых сегментах) десневой кровоточивости. Значения индекса Kotzschke (4,27±1,13) указывали на средне-тяжелую степень выраженности десневого геморрагического симптома. По завершению исследования, на фоне 2-х недельного использования специального ополаскивателя «ДиаДент Актив» достоверно снизились показатели всех исследуемых индексов: PMA – до 21,88±7,19

(снижение на 62,3% при p<0,001) и LSGI – до 0,41±0,02 (снижение на 78,2% при p<0,001).

За счет улучшения состояния гигиены полости рта, по индексу OHI-S, снижения интенсивности и распространенности воспаления десневого комплекса (по индексам PMA, LSGI) достоверно (p<0,001) снизились значения показателя Kotzschke – до 0,83±1,12 (снижение на 81,8%), отражающего субъективную оценку выраженности десневой кровоточивости.

У 33,3% пациентов с клиническими признаками острого псевдомембранозного кандидоза СОР, объективные признаки которого были подтверждены данными микроскопического исследования, к моменту завершения исследования, на фоне применения специального ополаскивателя «ДиаДент Актив» было отмечено стихание или полное исчезновение клинических симптомов: снижение выраженности отечно-болевого и парестетического симптомов, исчезновение налета, очагов гиперемии и десквамаций СОР, улучшение вкусоощущения за счет устранения кислого привкуса в полости рта. У 4 из 5 (80,0%) пациентов отмечена полная элиминация грибковой флоры в мазках по данным микроскопического исследования, что с высокой долей вероятности могло объективизировать противогрибковое действие используемого ополаскивателя.

До начала исследования жалобы на наличие галитоза выявляли у всех пациентов (среднегрупповой показатель выраженности галитоза – 4,65±0,35); жалобы пациентов преимущественно сводились к наличию постоянного неприятного, нередко зловонного запаха изо рта. По завершению 2-х недельного использования специального ополаскивателя «ДиаДент Актив», по субъективным ощущениям пациентов проявления галитоза достоверно – до 1,22±0,10 (p<0,01) снизились, а у 26,7% пациентов практически исчезли. Таким образом, очевидный антигалитозный эффект проявлялся у большинства пациентов к концу первой недели пользования ополаскивателем.

В динамике 2-х недельного использования ополаскивателя «ДиаДент Актив» у пациентов группы наблюдения не было отмечено случаев аллергических реакций, признаков местно-раздражающего и дисгеузического действия, что подтверждалось как результатами объективной клинико-люминесцентной оценки СОР и ККГ, так и субъективными заключениями пациентов.

Выводы. По результатам проведенного краткосрочного исследования двукратное ежедневное применение специального ополаскивателя «ДиаДент Актив» у пациентов с СД2-ассоциированными воспалительными заболеваниями пародонта обеспечивало достоверное очищающее (противоналетное), противовоспалительное и антигеморрагическое действие, оказывало выраженный дезодорирующий (антигалитозный) эффект у больных с СД2–ассоциированными гингивитом, пародонтитом и стоматитом; безопасность краткосрочного (2-х недельного) применения ополаскивателя была объективизирована отсутствием его аллергизирующего, местно-раздражающего и дисгеузического действия.

Список литературы:

1. Гилева О.С. Лекарственно-обусловленная ксеростомия: новый взгляд на актуальную проблему / О.С. Гилева, А.А. Позднякова, Е.Н. Смирнова // Маэстро стоматологии. – 2015. № 4 (60). С. 30-35.
2. Особенности клинической симптоматологии заболеваний слизистой оболочки полости рта и влияние ксеростомического симптома на стоматологические составляющие качества жизни [Электронный ресурс] / А.А. Позднякова, О.С. Гилева, Т.В. Либик, Л.Я. Сатюкова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. № 2.
3. Особенности диагностики и лечения ксеростомического синдрома при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа [Электронный ресурс] / О.С. Гилева, Е.Н. Смирнова, А.А. Позднякова, Т.В. Либик // РМЖ. – 2016. № 20. С. 1340-1345.

4. Прозорова Н.В. К оценке состояния полости рта у больных сахарным диабетом / Н.В. Прозорова, К.Е. Мамыкин, Р.А. Фадеев // Институт стоматологии. – 2015. № 4 (69). С.69.
5. Сравнение эффективности применения специализированных средств для проведения индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа / Л.Ю. Орехова, Э С. Силина, Р.С. Мусаева, А.А. Бармашева // Пародонтология. – 2013. Т. 18. № 4 (69). С. 7-11.
6. International Diabetes Federation. Diabetes atlas. 7th edition 2015; Available from: http://www.idf.org/diabetesatlas.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА БИОЛОГОЧИСКИМ СПОСОБОМ НОВОЙ РАЗРАБОТАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКОЙ

Иващенко В.А.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар

Актуальность. Кариес зубов, в настоящее время являющийся самым распространенным заболеванием, приводит к таким последствиям, как разрушение твердых тканей зуба, вплоть до полного разрушения коронковой части зуба и его корня [1]. Одним из осложнений кариозного процесса является пульпит, в свою очередь приводящий к периодонтиту и в дальнейшем к удалению зуба по показаниям, при отсутствии адекватного лечения. Удаление даже одного зуба, как органа, приводит к нарушениям функции зубочелюстной системы, что, в свою очередь, сказывается на качестве жизни пациента. Так же депульпированные зубы становятся очагами инфекции и интоксикации, что приводит к заболеваниям внутренних органов [2, 3].

В современной стоматологии лечение острого очагового пульпита на терапевтическом приеме биологическим способом заключается в проведении некрэктомии пораженного дентина, антисептической обработки сформированной полости, подготовки к пломбированию с использованием лечебной прокладки и собственно пломбированию созданной полости. В ходе применения вышеуказанного биологического способа лечения часто возникают такие осложнения, как прогрессирование воспалительного процесса в тканях пульпы, ввиду невозможности адекватной антисептической обработки кариозной полости и невозможности добиться стерильности дентина и дентинных канальцев, что приводит к прогрессированию воспалительного процесса в тканях пульпы. В сложившейся ситуации ход лечения изменяется в сторону экстирпации тканей пульпы зуба, что не самым положительным образом влияет на состояние самого зуба в целом, ставя под угрозу продолжительность его функционирования в зубочелюстной системе [4, 5].

Таким образом, на качество и исход биологического способа лечения пульпита немаловажную роль оказывает лечебная прокладка, как препарат пролонгированного действия, способного оказывать лечебное действие на протяжении какого-то времени после препарирования и антисептической обработки кариозной полости. Состав лечебных прокладок варьирует, но недостатком их является то, что они не способны в полной мере оказать влияние на микрофлору кариозной полости и дентина. Одним из основных компонентов лечебных стоматологических прокладок является гидроокись кальция [6]. Известно, что гидроксид кальция обладает pH=12,4, что оказывает разрушающее действие на микроорганизмы кариозной полости и дентинных канальцев, способствует разрушению некротизированных тканей и уменьшает проницаемость дентинных канальцев для бактериальных компонентов стимулируя образование заместительного дентина. Но есть и минусы в воздействии гидроокиси кальция на пульпу – при избыточном внесении в кариозную полость есть риск ожога пульпы, из-за высокой

щелочной среды, в отдаленных последствиях – образование дентиклей в просвете полости зуба и его корневых каналов, что так же может привести к развитию воспалительного процесса в пульпе зуба, необходимости эндодонтического лечения и возникающими на этом фоне трудностями для инструментальной обработки корневого канала [7]. Установлено, что отложение заместительного (вторичного) дентина происходит на протяжении всего времени функционирования витального зуба, что дает нам возможность отказаться от включения в состав своей разработанной стоматологической лечебной прокладки гидроксида кальция в пользу других компонентов, способных сократить длительность лечения пульпита биологическим методом с высоким показателем исхода и качества лечения. Необходимо учесть, что при остром очаговом пульпите уже есть раздражение участка тканей пульпы, в том числе отростков одонтобластов, что служит дополнительным сигналом к продуцированию заместительного дентина на начальном этапе консервативного лечения острого очагового пульпита [8, 9].

Исходя из выше представленной информации, нам представилась интересной и актуальной разработка новой стоматологической прокладки для лечения острого очагового пульпита биологическим способом, методом прямого и непрямого покрытия тканей пульпы зуба без использования гидроксида кальция. Задачей нашего исследования было разработка стоматологического препарата, который будет обладать выраженным лечебным действием, а именно: противовоспалительным, бактерицидным, обезболивающим и одонтотропным.

Цель исследования. Повышение эффективности биологического метода лечения острого очагового пульпита с применением разработанной стоматологической прокладки для прямого и непрямого покрытия тканей пульпы зуба.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось у пациентов, на базе СП КубГМУ Минздрава России г. Краснодар, которым

был поставлен диагноз – острый очаговый пульпит. В исследовании участвовали 50 пациентов, которые были разделены на две группы: 1 группа – применялась разработанная стоматологическая лечебная прокладка, 2 группа – контрольная группа, где применялся препарат «Кальцесил» (ВладМиВа).

Критериями выбора пациентов для проведения биологического способа лечения острого очагового пульпита являлись: явления острого очагового пульпита с самопроизвольными болями длительностью 10–20 минут и светлым промежутком более 5 часов, жалобы на самопроизвольные боли впервые начались не более суток назад, отсутствие неприятных ощущений при накусывании на зуб, при рентгенологическом исследовании отсутствие изменений в периапикальных тканях, возраст пациентов 19–35 лет, низкий индекс КПУ, хорошая гигиена полости рта.

Пациентам во время клинического обследования собирали анамнез жизни, проводили основные методы диагностики: опрос, осмотр, зондирование, перкуссию, термометрию, пальпацию, определяли индекс КПУ. Из дополнительных методов исследования применяли ЭОД аппаратом «ЭндоЭст-3Д» (Геософт) в режиме «EOD», показатели до 20 мкА являлись критерием отбора пациентов для исследования.

При осмотре у пациентов были обнаружены кариозные полости с локализацией полостей I класс по Блэку. Из анамнеза выяснялось, что самопроизвольные боли появились менее суток назад, продолжались 10–20 минут, со светлыми промежутками 5–10 часов. В ходе диагностических мероприятий определялись болевые ощущения от механических и температурных раздражителей, сохраняющиеся в течении 4–5 минут после устранения раздражителя.

Первичный сбор показателей ЭОД проводили после некрэктомии дентина с помощью боров, экскаваторов и использования кариес маркеров, для контроля некрэктомии пораженного дентина. Далее устанавливали

электрод ЭОД измерителя и фиксировали данные измерения. Показатели ЭОД на исследуемых зубах с кариесом дентина были в пределах 10–17 мкА.

После сбора данных ЭОД исследования под анестезией производили формирование дна и стенок кариозной полости, ее антисептическую обработку теплым раствором хлоргексидина биглюконата 0,05%, высушивание стерильным ватным тампоном с последующим наложением первой группе пациентов на дно сформированной кариозной полости разработанную стоматологическую лечебную прокладку, второй группе – «Кальцесил» (ВладМиВа). Пациентам обеих групп накладывалась временная пломба, сроком на 21 день.

Во второе посещение после начала лечения, по истечении 21 дня, пациентам двух групп проводили удаление временной пломбы и проводили ЭОД исследование со сбором жалоб. Исходя из полученных результатов принималось решение о возможности постоянного пломбирования сформированной кариозной полости или изменения тактики лечения.

В ходе дальнейшего исследования, после постоянного пломбирования, пациентам повторно проводились ЭОД измерения на 30, 60 и 90 день с момента начала лечения.

В ходе лечения зубов разработанной стоматологической лечебной прокладкой были определены критерии эффективности на разных этапах наблюдения:

1) У пациентов отсутствовали жалобы на самопроизвольные боли;
2) Перкуссия безболезненная;
3) Реакция на термопробу – кратковременна;
4) Показатели ЭОД исследования не превышают показатели нормы интактного зуба (2–6 мкА).

Оценка вышеперечисленных показателей на всех этапах наблюдения указывала на положительную динамику биологического способа лечения с использованием разработанной стоматологической лечебной прокладкой зубов с диагнозом – острый очаговый пульпит.

Результаты исследования и их обсуждение. У 4 пациентов второй группы через 21 день после начала лечения показатели ЭОД исследования были свыше 20 мкА, сохранились жалобы на самопроизвольные боли, что указывало на отрицательную динамику лечения. Этим пациентам была произведена витальная экстирпация пульпы с последующим пломбированием корневых каналов методом латеральной конденсации и постановкой постоянной пломбы. Данные пациенты были исключены из исследования.

У 2 пациентов второй группы на 30 день исследования показатели ЭОД были свыше 20 мкА и присутствовали самопроизвольные боли, что так же указывало на отрицательную динамику лечения. Им была произведена витальная экстирпация с пломбированием корневых каналов методом латеральной конденсации и постановка постоянной пломбы. Данные пациенты были исключены из исследования.

Эффективность проведенного лечения оценивали по результатам ЭОД диагностики и наличия жалоб у исследуемых обеих групп через 21, 30, 60 и 90 дней с момента начала лечения (таблица 2). Для определения вариабельности данных были рассчитаны средние ошибки средних арифметических показателей (таблица 2).

Анализируя данные таблицы 2 можно сделать заключение о том, что разработанная стоматологическая лечебная прокладка для консервативного лечения острого очагового пульпита оказывает противовоспалительное действие уже на 21 день исследования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочных действий и противопоказаний и может быть рекомендован для консервативного лечения пульпита в условиях амбулаторного стоматологического приема.

Таблица 2.

Показатели ЭОД исследования до и после лечения

Группа	Показатели ЭОД мкА				
	До лечения	Через 21 день	Через 30 дней	Через 60 дней	Через 90 дней
1	12,4 мкА ± 1,82 n=25	5,96 мкА ± 0,86 n=25	5,04 мкА ± 0,79 n=25	4,12 мкА ± 0,51 n=25	3,52 мкА ± 0,49 n=25
2	12,96 мкА ± 1,99 n=25	7,61 мкА ± 1,32 n=21	7,26 мкА ± 1,04 n=19	6,1 мкА ± 1,03 n=19	5,1 мкА ± 0,86 n=19

Выводы. Разработанная стоматологическая лечебная прокладка для биологического способа лечения острого очагового пульпита обладает рядом положительных свойств, что позволяет предупредить развитие воспалительного процесса и ликвидировать очаг воспаления на ранних этапах его возникновения, предотвратить эндодонтическое лечение зуба, тем самым сохранив зуб витальным и увеличив его срок эксплуатации в зубочелюстной системе.

Разработанная стоматологическая лечебная прокладка для лечения острого очагового пульпита методом прямого и непрямого покрытия пульпы зуба обладает специфическими и полипотентными свойствами в отношении предупреждения развития воспаления и снижения болевой чувствительности в тканях пульпы зуба.

Проведенные исследования в ходе лечения и после, говорят о снижении симптоматики жалоб, вплоть до полного их отсутствия, что указывает на положительный терапевтический эффект от применения разработанной стоматологической лечебной прокладки.

Список литературы:

1. Рувинская Г.Р. Современные принципы консервативного лечения пульпита / Г.Р. Рувинская, Ю.В. Фазылова // Современные проблемы науки и образования. – 2012. № 5. С. 35-37.
2. Робустова Т.Г. Хронический апикальный периодонтит, причинно-следственная связь очагов инфекции с сопутствующими заболеваниями / Т.Г. Робустова, А.В. Митронин // Российский стоматологический журнал. – 2007. № 1. С. 38-41.
3. Митронин А.В. Изучение влияния хронического апикального периодонтита на состояние организма пациента / А.В. Митронин, И.Д. Понякина // Стоматология. – 2007. № 6. Т. 86. С. 26-29.
4. Николаев Д.А. Опыт применения биоактивного заменителя дентина для прямого покрытия пульпы / Д.А. Николаев, С.В. Гусева, Ж.В. Перлина, Н.А. Цыганков // Эндодонтия today. – 2017. № 3. С. 43-47.
5. Чэнь Вэй. Арсенал современных лечебных прокладок, используемых в стоматологии / Чэнь Вэй, Эль Уаззани Мохаммед, Г.П. Казанцева // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. № 1. С. 158-162.
6. Рувинская Г.Р. Эффективность противомикробных препаратов в лечении обратимых пульпитов биологическим методом / Г.Р. Рувинская, Ю.В. Фазылова // Вестник Современной Клинической Медицины. – 2015. Т. 8 (1). С. 42-45.
7. Сирак А.Г. Динамика репаративного дентиногенеза после лечения глубокого кариеса и острого очагового пульпита разработанной поликомпонентной лечебной пастой / А.Г. Сирак, С.В. Сирак // Медицинские науки. – 2013. № 5. С. 384-388.
8. Сирак А.Г. Клинико-морфологическое обоснование применения комбинированной пасты при биологическом методе лечения пульпита / А.Г. Сирак, Л.А. Паразян, Е.В. Щетинин, С.В. Сирак, [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. Т. 1. № 4. С. 384-388.
9. Иващенко В.А. Клинико-лабораторная оценка временных паст при лечении хронического апикального периодонтита / В.А. Иващенко, А.А. Адамчик // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. № 4. С.49-52.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Д.м.н., профессор Пинелис Ю.И., Лхасаранова И.Б.
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»,
г. Чита

Заболевания пародонта – одна из наиболее распространенных и сложных патологий челюстно-лицевой области. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), функциональные расстройства зубочелюстной системы, обусловленные потерей зубов от заболеваний пародонта, развиваются в 5 раз чаще, чем при осложнениях кариеса [1, 4, 5, 9].

Среди всех воспалительных заболеваний пародонта особое место отводится хроническому генерализованному пародонтиту (ХГП), который представляет серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему [2, 3, 10].

Эффективность лечения хронического генерализованного пародонтита до настоящего времени оставляет желать лучшего, это длительность и сложность лечения, короткие периоды ремиссии заболевания, различные степени тяжести течения процесса, что подтверждается постоянными научно-практическими работами [5, 6, 7].

Целью работы явилась оценить эффективность стандартного комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

Материалы и методы. Нами за период с 2015–2017 гг. в Клинике ФГБОУ ВО ЧГМА обследовано 55 пациентов с ХГП. Все больные с учетом рекомендаций ВОЗ разделены на 3 группы: Контрольная группа – 15 человек практически здоровых людей в возрасте 18–24 года.

1-ая группа клинического сравнения – 20 больных в возрасте 25–44 года, с хроническим генерализованным пародонтитом, получающие комплексное лечение.

2-ая группа клинического сравнения – 20 больных, с хроническим генерализованным пародонтитом в возрасте 44–60 лет с хроническим генерализованным пародонтитом получающие комплексное лечение.

Основные клинические методы (упрощенный индекс гигиены, определение глубины пародонтальных карманов, оценка кровоточивости десен, рецессии десны, пародонтальный индекс, патологическую подвижность зубов) и дополнительные методы исследования (ортопантомография).

Комплексное лечение больных с ХГП включало: обучение гигиене полости рта; проведение профессиональной гигиены и санации полости рта; антисептическую обработку тканей пародонта раствором 0,06%-м раствором хлоргексидина, 1%-м раствором перекиси водорода; наложение нетвердеющей повязки, в состав которой входили цеталкония хлорид, холина салицилат, преднизалон, метронидазол на 20 минут; по показаниям – открытый и закрытый кюретаж патологических карманов, Вектор-терапия, озонотерапия, аппликации гелем «Холисал», «Метрогил дента» – 2 раза в день в течение 5 дней. Одновременно проводили избирательное пришлифовывание, рациональное протезирование или наложение ортопедических шинирующих аппаратов. Кроме того, пациенты получали противоспалительные, десенсибилизирующие и антибактериальные препараты в течение 5–7 дней.

Результаты. При изучении стоматологического статуса больных 1-й группы сравнения (25–44 года) через 10 дней после завершения курса терапии отмечен положительный клинический эффект (табл. 1). Улучшилось общее состояние больных, в 75% наблюдений, отмечено прекращение кровоточивости в 61,1% случаев, появления запаха изо рта – 82%. Обучение навыкам личной гигиены и проведение профессиональной гигиены улучшило гигиеническое состояние полости рта на 66,7%. В меньшей степени проявлялись признаки воспалительных и деструктивных процессов в пародонте. В частности, слизистая оболочка десны становилась бледной,

менее отечной, уменьшалась кровоточивость десен, хотя усеченные вершины десневых сосочков сохраняли цианотичный оттенок. Индекс гигиены (OHI-S) улучшился и составил 1,6 балла, кровоточивость снизилась до 1 степени по Мюллеману (через 30 с после зондирования). Данные ортопантомографии свидетельствовали о подтверждении диагноза.

При изучении стоматологического статуса больных 2-й группы сравнения (45–60 лет) через 10 дней после завершения курса терапии также отмечен положительный клинический эффект (табл. 1). Улучшилось общее состояние больных, в 57% наблюдений, отмечено прекращение кровоточивости в 50% случаев, появления запаха изо рта – 65%. Обучение навыкам личной гигиены и проведение профессиональной гигиены улучшило гигиеническое состояние полости рта на 57,1%. Признаки воспалительных и деструктивных процессов в пародонте уменьшились, но вне значительной степени. Индекс гигиены (OHI-S) улучшился и составил 1,6 балла, кровоточивость снизилась до 1степени по Мюллеману (через 30 с после зондирования). Данные ортопантомографии так же свидетельствовали о подтверждении диагноза.

Таблица 1.

Результаты исследований стоматологического статуса больных до и после лечения (Me (25–75‰)

Показатель	Контроль	Больные ХГП			
		1 группа (n=20)		2 группа (n=20)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
КПИ	0,1	2,8* (2,7; 3,0)	2,1* (2,0; 2,3)	3,4*▪(2,9; 3,6)	2,9* (2,9; 3,0)
ИГ	0,5	2,4* (2,2; 2,7)	1,6* (1,4; 2,0)	2,8* (2,7; 3,0)	1,6* (1,5; 1,9)
РМА	0	57* (53,0; 59,0)	23* (21; 26)	60* (55; 63)	28* (27; 30)
CPITN	–	4* (3,7; 4,1)	1* (0,7; 1,3)	4* (3,7; 4,3)	1* (0,8; 1,2)
ИК	0	1,8* (1,7; 2,0)	1,1* (0,9; 1,2)	1,9* (1,8; 2,2)	1,3* (1,2; 1,4)

Примечание: *n* – число обследованных; * – значимость различий по сравнению с контролем (критерий Манна–Уитни); ▪ – значимость различий между группами; $p<0,05$.

Сравнительный анализ показал, что более существенные положительные изменения происходили в первой группе сравнения. Это в определенной степени свидетельствует о большем резервном потенциале местного иммунитета ротовой полости и возможности стимуляции защитных механизмов. Однако, несмотря на проведенное стандартное лечение, значения показателей состояния полости рта и тканей пародонта (ИГ, КПИ, PMA, CPITN, ИК) оставались на достаточно высоком уровне, указывая на сохранение очагов хронической инфекции в полости рта.

Через 6–7 месяцев у пациентов обеих групп сравнения: жалобы, клиническая картина и значения индексов стали такими же, как и до лечения. Всем им назначен повторный курс лечения.

Выводы. Таким образом, под действием стандартного комплексного лечения улучшение клинического статуса проявлялось, в основном, уменьшением субъективных жалоб пациентов и снижением степени воспаления десны на фоне улучшения гигиенического состояния полости рта. Эффективность лечения хронического генерализованного пародонтита до настоящего времени оставляет желать лучшего, это длительность и сложность лечения, короткие периоды ремиссии заболевания, различные степени тяжести течения процесса, что постоянно требует поиски новых способов лечения.

Список литературы:

1. Petersen P.E., Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. J Periodontal 2005; 76: 12: 2187-2193.

2. Гажва С.И., Гулуев Р.С. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) // Стоматология. – 2012. № 1 (75). С. 13-14.

3. Гажва С.И., Меньшикова Ю.В. Клиническая эффективность консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита различными препаратами // Клиническая стоматология. – 2011. № 3. С. 34-36.

4. Григорян А.С. Морфофункциональные основы клинической симптоматики воспалительных заболеваний пародонта / А.С. Григорян, О.А. Фролова / Стоматология. – 2006. № 3. С. 11-17.

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

6. Грудянов А.И. Организация пародонтологической помощи в стоматологических учреждениях / А.И. Грудянов, В.И. Калинин, Л.Ю. Орехова [и др.] // 6-й съезд стоматологической ассоциации России: тр. – М., 2000. С. 194-197.

7. Изменение гормонального статуса на фоне лечения быстропрогрессирующего пародонтита // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. № 1. С. 60-64.

8. Орехова Л.Ю. Особенности течения заболеваний пародонта у больных бронхиальной астмой / Л.Ю. Орехова, А.Ф. Долгодворов, В.Ю. Крылова // Пародонтология. – 2007. № 2 (43). – С. 41–43.

9. Результаты комплексного лечения больных хроническими генерализованным пародонтитом среднетяжелой степени / Пиекалнитс И.Я., Саввиди Г.Л., Битюков В.В. // Пародонтология. – 2009. Т. 53. № 4. С. 38-41.

10. Успенская О.А., Качесова Е.С. Изменения биохимических показателей крови при лечении быстропрогрессирующего пародонтита // Проблемы стоматологии. – 2017. Т. 13. № 2. С. 33-38.

11. Успенская О.А., Качесова Е.С. Роль общих и местных факторов в возникновении и развитии хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени // Современные проблемы науки и образования. – 2017. № 5. С. 188.

12. Цепов Л.М. и др. Факторы местной резистентноси и иммунологической реактивности полости рта. Способы их клинико-лабораторной оценки (обзор литературы) / Цепов Л.М., Орехова Л.Ю., Николаев А.И., Михеева У.Ф. // Пародонтология. – 2005. № 3 (36). С. 3-9.

13. Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России / О.О. Янушевич. – М.: МГМСУ, 2009. 228 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ПОЛОСТИ РТА

К.м.н. Серикова О.В., Елькова Н.Л., Прудникова М.М., Щербаченко О.И.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», г. Воронеж

Синдромные заболевания, классифицируемые как многоформная экссудативная эритема (МЭЭ), синдром Стивенса-Джонсона (ССД) и синдром Лайелла (СЛ) характеризуются, как правило, тяжелым или крайне тяжелым течением заболевания, в большинстве случаев требующих стационарного лечения. Сложность диагностики синдромных заболеваний, протекающих с поражением кожи и слизистой оболочки рта (СОР), связана с общностью этиологических факторов, сходностью развития клинической картины и одинаковой направленностью изменений основных показателей гомеостаза. Однако в течении этих заболеваний есть существенные различия, которые могут стать определяющими как в прогностическом аспекте, так и для осуществления ранней диагностики и определении тактики лечебных мероприятий в каждом конкретном случае [1].

Диагностика синдромных заболеваний, протекающих с поражением СОР и кожи очень сложна, что объясняется рядом причин:

1. Из-за сходства МЭЭ, ССД и СЛ между собой и наличием тех или иных симптомов аналогичных другим заболеваниям (корь, пузырчатка, сливной герпетический стоматит, системная красная волчанка, скарлатина).

2. Каждое из этих заболеваний характеризуется фазностью развития. Причем, даже в условиях одной нозологической формы клинические проявления в ранних фазах заболевания не только не однозначны, но и могут иметь весьма существенные различия.

3. Начало заболевания (продромальный период) и первые клинические симптомы могут быть абсолютно идентичными у МЭЭ, ССД и СЛ.

4. Все эти заболевания имеют однотипные причины, внезапное острое начало, склонность к рецидивированию [1].

Поэтому практический врач должен быть готов к пониманию того, что симптомы заболевания как бы развернуты во времени, а скорость смены клинических фаз абсолютно индивидуальна и не имеет жестко детерминированных закономерностей, определяющих продолжительность и характер развития каждой из фаз.

Касаясь проблемы диагностики красного плоского лишая СОР и красной каймы губ, следует заметить, что она вызывает значительный интерес у стоматологов, дерматологов, онкологов и врачей других специальностей. Это объясняется отсутствием четких механизмов развития заболевания, тяжелым, нередко перманентным течением, существующей тенденцией к озлокачествлению элементов поражения, а также частой взаимосвязью с общим состоянием организма пациента.

В связи с тем, что клинический опыт нашей кафедры стоматологии института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко охватывает почти четверть века наблюдений, можно констатировать тот факт, что встречаемость ошибочных диагнозов по годам не имеет тенденцию к снижению. И это несмотря на то, что в специальной литературе, в том числе и предназначенной для врачей-стоматологов вопросам клинико-лабораторной диагностики заболеваний год от года уделяется все больше внимания. Так, например, анкетирование 214 стоматологов-терапевтов, слушателей циклов усовершенствования кафедры, показало, что только 30% из них пытаются провести диагностику и назначить лечение в случаях патологии слизистой оболочки рта и губ, а остальные 70% врачей отправляют пациентов на профильные кафедры медицинского университета.

Анализ 568 консультативных направлений на кафедру от врачей-стоматологов из лечебных учреждений города и области по поводу красного плоского лишая свидетельствует, что чаще всего выявляется расхождение при диагностике таких заболеваний, как красный плоский лишай, различные формы хейлитов, эрозивно-язвенные поражения СОР, глоссалгия. При комплексном обследовании больных сотрудниками кафедры было выявлено, что несовпадения в диагнозах при направлении и окончательном диагнозе составили 28%.

Нами был проведен анализ клинико-лабораторных характеристик синдромных заболеваний, протекающих с поражением СОР и кожи, на основании которого были выдвинуты основные принципы дифференциальной диагностики МЭЭ, ССД и СЛ.

Аналогичная работа была проведена для описания таких тяжелых форм красного плоского лишая и красной каймы губ, как экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная.

Целью данного исследования явились построение и оценка эффективности нейросетевой системы в двух случаях: 1) для дифференциальной диагностики синдромных заболеваний МЭЭ, ССД и СЛ, протекающих с поражением СОР и кожи; 2) для дифференциальной диагностики экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной форм красного плоского лишая и красной каймы губ.

Материалы и методы. В настоящее время часто для дифференциальной диагностики тяжелых заболеваний и классификации их форм используют нейронные сети, которые привлекательны с интуитивной точки зрения, ибо они основаны на примитивной биологической модели нервных систем [2, 3].

Пользователь нейронной сети подбирает представительные данные, а затем запускает *алгоритм обучения,* который автоматически воспринимает структуру данных. При этом от пользователя требуется какой-то набор

эвристических знаний о том, как следует отбирать и подготавливать данные, выбирать нужную архитектуру сети и интерпретировать результаты.

Создание нейросетевой системы предусматривает проведение следующих этапов работы: изучение проблемы; постановку задачи; набор обучающих данных и тестирующих примеров; обучение нейросети; определение оптимальной схемы; проведение дополнительных экспериментов; разработку и создание интерфейса программы; подключение к ней обученных нейросетей; испытание системы на примерах, не входящих в обучающую выборку; доучивание системы на этих примерах [4].

В качестве нейронной структуры была выбрана сеть Кохонена, так как она удачнее всего осуществляет классификацию. Сеть Кохонена может распознавать кластеры в данных, а также устанавливать близость классов.. Сети Кохонена можно использовать и в тех задачах классификации, где классы уже заданы, – тогда преимущество будет в том, что сеть сможет выявить сходство между различными классами. Другая возможная область применения – обнаружение новых явлений. Сеть Кохонена распознает кластеры в обучающих данных и относит все данные к тем или иным кластерам. Если после этого сеть встретится с набором данных, непохожим ни на один из известных образцов, то она не сможет классифицировать такой набор и тем самым выявит его новизну. Обучается сеть Кохонена методом последовательных приближений. Начиная со случайным образом выбранного исходного расположения центров, алгоритм постепенно улучшает его так, чтобы улавливать кластеризацию обучающих данных.

Принцип построения системы для дифференциальной диагностики состоит в следующем. На основе таблицы дифференциальной диагностики, разработанной авторами, были составлены простые вопросы, ответы на которые имеют бинарный вид, то есть «Да» или «Нет». При составлении «вектора опроса», если следует ответ «Да», то компоненту вектора присваивается 1, если – «Нет», то 0. Это входные векторы. Аналогичный вид имеет и вектор выходных значений, его компоненты имеют бинарный вид.

Сеть Кохонена состоит из одного слоя нейронов. Число входов каждого нейрона равно n – это общее количество возможных симптомов заболевания. Количество нейронов m совпадает с требуемым числом классов, на которые нужно разбить (количество самих заболеваний). Значимость каждого из входов в нейрон характеризуется числовой величиной называемой весом.

После обучения классификация выполняется посредством подачи на вход сети испытуемого вектора, вычисления расстояния от него до каждого нейрона с последующим выбором нейрона с наименьшим расстоянием, как индикатора правильной классификации.

В период с 1990 по 2014 годы в отделении челюстно-лицевой хирургии № 1 Воронежской областной клинической больницы находилось на обследовании и лечении 38 822 пациента с различными заболеваниями лицевой части головы, зубо-челюстной системы и шеи. У 24943 были выявлены неспецифические воспалительные заболевания одонтогенного и неодонтогенного происхождения. Среди них у 250 (1,0%) были диагностированы неспецифические воспалительные заболевания СОР. Из этого числа больных была составлена группа пациентов с синдромными заболеваниями с поражением СОР и кожи (71 человек – 28,4%).

Для обучения созданной нейросети дифференциальной диагностики синдромных заболеваний МЭЭ, ССД, СЛ были взяты 179 случаев, данные которых были взяты из историй болезни пациентов с уже подтвержденными диагнозами. Данные остальных больных с МЭЭ, ССД, СЛ (соответственно 33, 26, 12 человек), наблюдавшихся в клинике, были оставлены для тестирования системы.

Аналогично для обучения нейросети, которая должна распознавать формы красного плоского лишая, были взяты 180 случаев, данные которых были взяты из историй болезни пациентов с также подтвержденными диагнозами. Данные 185 пациентов, наблюдавшихся на кафедре, были оставлены для тестирования системы.

Результаты и их обсуждение. Разработанный алгоритм дифференциальной диагностики тяжелых стоматологических заболеваний с проявлениями на слизистой рта, губах и коже реализован в виде компьютерной программы в среде Delphi, с помощью которой пользователь может не только провести диагностику по заданным заболеваниям, но и сам создавать необходимые тесты.

В таблицах 1 и 2 приведены результаты распознавания диагнозов изучаемых заболеваний с помощью данной программы.

Для нейросистемы представлял определенные трудности, например, дифференциальный диагноз между красным плоским лишаем и многоформной экссудативной эритемой (2 ошибки) (табл. 2), что имеет место нередко и в клинической практике, когда врачи ошибаются в 35% случаев, а также между между МЭЭ и ССД (3 ошибки, табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных в соответствии с нозологическими формами заболеваний слизистой оболочки рта и результаты тестирования с помощью нейронной сети в случае дифференциальной диагностики синдромных заболеваний

Нозологическая форма заболевания	Число случаев	Число правильно распознанных случаев
1. Язвенно-некротический стоматит	78	78 (100%)
2. Рецидивирующий афтозный стоматит	101	101 (100%)
3. Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ)	33	30 (90,9%)
4. Синдром Стивенса-Джонсона (ССД)	26	25 (96%)
5. Синдром Лайелла (СЛ)	12	12 (100%)
6. Пузырное поражение полости рта	2	2 (100%)
ИТОГО:	250	248

Таблица 2.

Распределение больных в соответствии с заболеваниями слизистой оболочки рта и результаты тестирования в случае дифференциальной диагностики форм красного плоского лишая

Нозологическая форма заболевания	Число случаев	Число правильно распознанных случаев
Язвенно-некротический стоматит	78	78 (100%)
Рецидивирующий афтозный стоматит	60	58 (96,7%)
Многоформная экссудативная эритема	33	31 (93,9%)
Красный плоский лишай эрозивно-язвенной формы	75	73 (97,3%)
Красный плоский лишай экссудативно-гиперемической формы	82	78 (96,3)
Лейкоплакия эрозивной формы	37	37 (100%)
ИТОГО:	365	355

Сравнивая встречающиеся ошибочные («направляющие диагнозы») лечебных учреждений у больных с заболеваниями слизистой оболочки рта и красной каймы губ, можно сказать, что адекватный «направляющий диагноз» зафиксирован только в 72% случаев, а при диагностике синдромных заболеваний только в 59,2% случаев. У остальных больных диагноз был неверным.

В то же время применение разработанного авторами алгоритма в виде нейросети дает возможность получить правильный диагноз в 91–97%, что, безусловно, способствует повышению эффективности ранней диагностики тяжелых стоматологических заболеваний с проявлениями на слизистой оболочке рта, красной кайме губ и коже.

Выводы. Таким образом, разработанный и реализованный авторами алгоритм позволяет довольно эффективно проводить компьютерную дифференциальную диагностику в следующих случаях

1) для синдромных заболеваний МЭЭ, ССД и СЛ, протекающих с поражением СОР и кожи; 2) для экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной форм красного плоского лишая и красной каймы губ.

В программе предусмотрена возможность сокращения объема входных данных с определением наиболее значимых показателей.

Программа универсальна и может быть использована практическими врачами для диагностики любых других заболеваний путем создания соответствующих тестов.

Список литературы:

1. Елькова Н.Л. Синдромные заболевания с поражением слизистой оболочки рта и кожи: диагностика, лечение, предупреждение осложнений / Н.Л. Елькова, Л.Н. Максимовская. – Воронеж: Новый взгляд, – 2006. 300 с.

2. Каширина, И.Л. Нейросетевые и гибридные системы / Т.В. Азарнова, И.Л. Каширина. – Воронеж : Издательский дом ВГУ, 2014 . – 80 с.

3. Лукиных Л.М., Успенская О.А., Шевченко Е.А. Многоформная экссудативная эритема Нижний Новгород, – 2015.

4. Львович, Я.Е. Нейросетевой подход к отбору наиболее информативных признаков для функциональной диагностики ЖРД / Я.Л. Львович, И.Л. Каширина, А.А. Шостак // Вестник Воронежского государственного технического университета. – 2012. Т. 8. № 8. С. 21-23.

5. Успенская О.А. Исследование иммунологических показателей ротовой жидкости при лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Российский стоматологический журнал. – 2015. Т. 19. № 3. С. 20-22.

6. Успенская О.А. Клиническое обоснование эффективности применения атаракса и эплана в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита, отягощенного урогенитальной патологией // Аспирантский вестник Поволжья. – 2015. № 1-2. С. 188-190.

7. Успенская О.А. Особенности гормонального фона у бесплодных женщин с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом Фундаментальные исследования. – 2015. № 1-2. С. 398-401.

8. Успенская О.А., Казарина Л.Н., Шевченко Е.А. Изменения местного иммунитета полости рта у пациенток с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на фоне урогенитальной инфекции Современные проблемы науки и образования. – 2015. № 1-1. С. 1365.

9. Хайкин, Саймон. Нейронные сети: полный курс, 2-е изд. / Хайкин Саймон. – М.: Издательский дом «Вильямс», – 2006. 1104 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА КОМБИНИРОВАННОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

К.м.н. Серикова О.В., Щербаченко О.И., Сериков Н.П.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», г. Воронеж

В общей структуре заболеваний слизистой оболочки рта красный плоский лишай (КПЛ) составляет от 17 до 35%. Наиболее часто заболевание встречается у женщин в возрасте от 50 лет и старше. Изолированные поражения слизистой полости рта при КПЛ выявляются у 78% пациентов. «Излюбленным» местом локализации КПЛ в полости рта являются дистальные отделы слизистой щек, языка, слизистая десны, значительно реже поражается слизистая неба и красная кайма губ [1, 2, 4, 5, 7, 9].

Выделяют шесть основных клинических форм КПЛ слизистой оболочки рта (СОР) и красной каймы губ (ККГ): типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, атипичную [1, 3, 5].

Наиболее трудную клиническую задачу составляет разработка эффективных методов терапии тяжелых перманентно-рецидивирующих форм КПЛ СОР, рефрактерных к его «золотому стандарту» – кортикостероидам [8, 10], или имеющих противопоказания к их назначению. Тяжелые формы КПЛ СОР характеризуются наличием островоспалительных явлений и болезненности на протяжении многих лет, чтоспособствует снижению качества жизни пациентов, нарушению питания. Кроме того, приэрозивно-язвенной форме повышен риск малигнизации [6, 9].

Актуальным является поиск новых методов лечения КПЛ СОР, обладающих высокой эффективностью, малым количеством осложнений и побочных эффектов, а также обеспечивающих длительный терапевтический эффект.

Одним из способов воздействия на очаги поражения при заболевании слизистой оболочки рта является использование физических методов.

Физические методы лечения, как правило, способны не только исключить или существенным образом сократить потребность в применении различных препаратов общего действия, но и воздействуя на различные звенья патологического процесса, способствовать регуляции нарушенного гемостаза, активации защитных сил организма.

Сложный характер патогенеза и клинических проявлений любого заболевания диктует необходимость комплексного подхода к использованию терапевтических средств, в том числе и лечебных физических факторов. Комплексное применение физических факторов лечения осуществляется в виде комбинирования и сочетания.

Сочетание – это одновременное воздействие двумя и болеефизическими факторами на одну и ту же область тела пациента.

Комбинирование представляет последовательное (разновременное) воздействие физическими факторами, которыемогут применяться в один день с вариантами:

а) последовательное, близкое к сочетанному (одно воздействие следует за другим без перерыва);

б) с временными интервалами. Сочетанное и комбинированное использование физических факторов (или сочетанная физиотерапия) получило в последнее время бурное развитие в медицине, а разработка новых сочетанных и комбинированных методов физиотерапии является одним из перспективных путей оптимизации и развития физических методов лечения. Имеются данные о применении в медицине комбинации различных видов физиотерапии, в том числе с озонотерапиией.

В период с 2012 по 2017 год на кафедре стоматологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко в комплексном лечении пациентов с тяжелыми формами

КПЛ СОР был использован комбинированный метод физиотерапии, включающий озонотерапию и фотофорез (СДИКЦ + топический стероид).

В качестве источника газообразного озона использовали портативный аппарат для озонотерапии Prozone австрийской компании W&H, предназначенный для стоматологической практики при лечении заболеваний слизистой оболочки рта, воспалительных заболеваний пародонта, для применения в эндодонтии и кариесологии.

Озон в аппарате Prozone образуется под действием высокого напряжения, приложенного к керамической пластине. Этот принцип называется «коронным разрядом». Озон генерируется в специальной камере, расположенной в базовом блоке.

Фотофорез – применение светотерапии в сочетании с медикаментозными препаратами (фотофорез ФФ) оказывает более выраженный терапевтический эффект в лечении различной патологии, в том числе дерматовенерологической. Фотоферез производит минимальный повреждающий эффект и оказывает существенную пользу для аутоиммунных заболеваний, эта терапия имеет четкие преимущества по сравнению с химиотерапевтическими и иммунодепрессантами. Одним из компонентов фотофореза является светотерапия, а именно селективная хромотерапия. Известна высокая биологическая активность монохроматического света, особенно красного. Красный цвет обладает мощным противовоспалительным действием, стимулирует пролиферацию и эпителизацию различных язв, ран. Кроме того, достоверно установлена сопоставимость биологического и клинического эффекта лазерного излучения и некогерентного монохроматического света.

В качестве источника излучения красного цвета использовали «Активатор Светодиодный «LED-актив 5» (ООО «Медторг+» г. Воронеж). Светодиодный активатор LED-Актив 05 в режиме красного света создает низкоинтенсивное импульсное излучение (НИС) со следующими

параметрами: длина волны – 625+10 нм, частота импульсной модуляции – 80 Гц, плотность мощности излучения 140 мВт/см^2.

В качестве медикаментозного компонента фотофореза хорошо зарекомендовали себя топические стероиды. В научной литературе представлены многочисленные свидетельства успешного опыта применения Адвантана (метилпреднизолонаацепонат). В структуре стероида отсутствуют молекулы фтора и хлора, которые обусловливают побочные эффекты глюкокортикостероидов. Благодаря высокой липофильности коротких цепей жирнокислотных остатков, входящих в состав адвантана, он быстро проникает в ткани, где в результате гидролитического расщепления образуются более активные метаболиты. Их пролонгированная прочная связь с рецепторами продлевает лечебный эффект, обеспечивая однократное применение препарата в сутки, а быстрая конъюгация метилпреднизолона-21-пропионата с глюкуроновой кислотой исключает риск развития его системных побочных эффектов. Высокий терапевтический эффект адвантана, низкий системный эффект и высокая безопасность препарата позволяют применять его в случае необходимости длительного назначения (в течение 21 дня) наружной глюкокортикоидной терапии КПЛ.

Разработанный нами метод комбинированной физиотерапии (КФТ), включающий озонотерапию и фотофорез (СДИКЦ + топический стероид Адвантан), был использован в комплексном лечении 40 пациента с такими тяжелыми формами КПЛ СОР, как экссудативно-гиперемическая (ЭГФ) и эрозивно-язвеннаяй (ЭЯФ). Результаты лечения сравнивались с данными групп наблюдения, где проводилось только традиционное лечение.

В результате проведенной терапии наилучший клинический эффект наблюдался у больных с экссудативно-гиперемической формой КПЛ СОР и ККГ в группе, где в комплексное лечение была включена КФТ (озон и фотофорез топического стероида Адвантан). Цитологическое исследование мазков-отпечатков подтвердило положительную динамику лечения при использовании КФТ.

Заключение. Таким образом, применение комбинированной физиотерапии (озон и фотофорез топического стероида Адвантан) в комплексном лечении тяжелых форм КПЛ СОР позволяет сократить сроки ликвидации воспалительной реакции слизистой оболочки рта и сроки эпителизации эрозивно-язвенных элементов, что способствует повышению эффективности лечения и возможности снижения дозы кортикостероидов.

Список литературы:

1. Анисимова И.В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ: учеб. пособие / И.В. Анисимова, Б.В. Недосеко, Л.М. Ломиашвили. – Москва: Медицинская книга, – 2008. 194 с.
2. Беленова И.А. Возможности применения LED-технологий для лечения и профилактики хронического пародонтита на стоматологическом приеме [Электронный ресурс] / И.А. Беленова, Г.Б. Кобзева // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. № 1, Публ. 2-134. – URL: http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5055.pdf (дата обращения: 26.12.2014).
3. Боровский Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е.В. Боровский, А.Л. Машкилейсон. – Москва: МЕДпресс, – 2001. 320 с.
4. Дерматовенерология: нац. рук-во: краткое изд-е / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, – 2013. 896 с.
5. Довжанский С.И. Красный плоский лишай / С.И. Довжанский, Н.А. Слесаренко. – Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, – 1990. 176 с.
6. Егорова Е.В. Комплексное лечение больных коксартрозом с применением комбинированных методов физиотерапии :дис. … канд. мед. наук / Е.В. Егорова. – Санкт-Петербург, – 2011. 142 с.
7. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (клиника, диагностика, лечение) / Г.В. Банченко [и др.]. – Москва, – 1991. 18 с.
8. Лукиных Л.М., Успенская О.А. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии Нижний Новгород, 2005. (2-издание).
9. Миненков А.А. Сочетание физических факторов при различных заболеваниях: пособие для врачей / А.А. Миненков // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2006. № 1. С. 47-51.
10. Молочков В.А. Клинические особенности красного плоского лишая / В.А. Молочков, Т.Е. Сухова, Ю.В. Молочкова // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. № 4. С. 34-42.

11. Применение монохроматического красного света для коррекции воспалительных состояний тканей периодонта при осуществлении ортодонтического лечения / В.А. Кунин [и др.] // Стоматология славянских государств: тр. VII Междунар., 81 науч.-практ. конф. / под ред. А.В. Цимбалистова, Б.В. Трифонова, А.А.Копытова. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», – 2014. С. 190-192.

12. Шевченко Е.А., Успенская О.А., Кондюров И.М., Курылев В.В., Моисеев Д.Н. Использование прерывистого плазмафереза при лечении хронической плацентарной недостаточности у беременных с урогенитальной инфекцией // Современные технологии в медицине. – 2012. № 2. С. 118-121.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Д.м.н., профессор Цепов Л.М., д.м.н., профессор Николаев А.И., Наконечный Д.А., Нестерова М.М.

Смоленский государственный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии, г. Смоленск

Актуальность проблемы. Ведущим фактором развития хронических воспалительных заболеваний пародонта, поддержания и прогрессирования патологического процесса большинством исследователей признается патогенная микрофлора [4, 10, 23, 25, 28]. При этом полость рта рассматривается как биоценоз, в котором существует большое количество как сапрофитных, так и патогенных микроорганизмов [19]. Локализация отдельных патогенных микробных сообществ специфична и определяется особенностями их взаимодействия с макроорганизмом [20]. Область десневой борозды и пародонтальные карманы, образовавшиеся вследствие прогрессирования воспалительно-дистрофического процесса, колонизирует так называемая «пародонтопатогенная микрофлора» – микроорганизмы,

идентифицируемые в пародонтальных карманах при хронических воспалительных заболеваниях пародонта [1, 4, 14, 17, 21]. Более узкое понятие – «красная группа пародонтопатогенной микрофлоры» – подразумевает микроорганизмы, присутствие которых четко связано с развитием воспалительных заболеваний пародонта, а концентрация возрастает при нарастании тяжести процесса: Actinobacillus actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola, Tanerella forsythia, Prevotella intermedia, Veillonella parvula, Fusobacterium nucleatum, Peptostreptococcus micros. Выявление данных бактерий на ранних стадиях патологического процесса или даже при профилактическом осмотре позволяет своевременно принять меры по предотвращению развития и прогрессирования воспалительного процесса [1, 17, 21].

В процессе лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта обычно проводят удаление над- и поддесневых зубных отложений, кюретаж пародонтальных карманов, антимикробную терапию [7, 10, 12, 13, 15]. При этом происходит устранение (элиминация) пародонтопатогенной микрофлоры из обработанных пародонтальных карманов. В то же время, качественный и полноценный кюретаж пародонтальных карманов является трудоемкой и длительной процедурой, требующей, зачастую, эффективного обезболивания, поэтому данную процедуру нередко проводят в несколько посещений [7, 13, 15]. В результате, между посещениями пациентом врача-пародонтолога происходит повторная колонизация уже обработанных пародонтальных карманов пародонтопатогенной микрофлорой из карманов, обработка которых еще не проведена [3]. Поэтому такая многоэтапная, в несколько посещений, обработка пародонтальных карманов представляется мало результативной с микробиологической точки зрения. Проводимая параллельно массированная общая и местная антибактериальная терапия имеет целый ряд ограничений и нежелательных последствий: дисбактериоз, общие и местные побочные эффекты, в т. ч. подавление сапрофитной микрофлоры полости рта, которая существует в планктонной форме и

гораздо более чувствительна к лекарственным воздействиям по сравнению с микрофлорой биопленки [2, 15].

Одним из перспективных методов лечения и профилактики хронических воспалительных заболеваний пародонта представляется удаление пародонтопатогенной микрофлоры из всех пародонтальных карманов и полости рта пациента в одно посещение [12]. В таком случае исчезает или значительно уменьшается пародонтопатогенный компонент микробного биоценоза полости рта – все микроценозы пародонтопатогенной микрофлоры. Это позволяет значительно увеличить продолжительность ремиссии, т. к. на повторную колонизацию полости рта, десневой борозды и пародонтальных карманов в таком случае требуется гораздо бульший промежуток времени. Данная концепция лечения в англоязычной литературе имеет несколько названий: Full Mouth Disinfection [FMD] [16], Full-Mouth Treatment [18], One Stage Full-Mouth Disinfection [22]. Наиболее адекватным русскоязычным вариантом названия данной концепции лечения нам представляется термин «одномоментная элиминация пародонтопатогенной микрофлоры» (одномоментная элиминация пародонтопатогенной микрофлоры из пародонтальных карманов и полости рта).

Для одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры в пародонтологии применяют поддесневую воздушно-абразивную обработку (технологии Perio-Flow или Air-Flow, в зависимости от глубины пародонтальных карманов) [5, 9, 13], фотодинамическую терапию [11, 24, 26], обработку карманов с использованием пародонтологической системы Vector [6, 8, 27], введение в пародонтальные карманы длительно рассасывающихся (в сроки до 3 нед.) антибактериальных препаратов: Ligosan, PerioChip, Arestin и др. [29].

Таким образом, представляется актуальным исследование эффективности комплексного лечебного воздействия, основанного на концепции одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры

из пародонтальных карманов, в сочетании с оперативным динамическим контролем пародонтопатогенной микрофлоры.

Цель исследования: сравнительное изучение клинической эффективности методов комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита легкой степени, основанных на «традиционной» антибактериальной обработке и на концепции одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 135 пациентов с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит легкой степени (ХГПлс)», из которых мужчин было 59 человека, женщин – 76 человек. Возраст пациентов колебался в пределах от 18 до 45 лет.

Динамическую оценку пародонтального статуса пациентов проводили на основе анализа следующих показателей: глубина пародонтальных карманов; подвижность зубов; гигиенический индекс Грина-Вермильона OHI-S; индекс кровоточивости PBI по методике U.P. Saxer, H.R.Muhlemann; индекс PMA; показатели лазерной флуометрии содержимого пародонтальных карманов, полученные с использованием аппарата KaVo Diagnodent с зондом Paro; показатели бактериальной обсемененности пародонтальных карманов на основе данных гидролизного теста BANA.

В процессе комплексного лечения всем пациентам, участвующим в исследовании, проводили профессиональную чистку зубов, которая включала индикацию зубных отложений, удаление зубного налета и финишную обработку поверхности корней зубов. Каждому пациенту проводили подбор средств индивидуальной гигиены полости рта и обучение методам их использования с последующим контролем качества очищения зубов.

Пациентам группы А (34 человека) проводили профессиональную чистку зубов и назначали антибактериальную обработку рта по общепринятой методике: рекомендовали после гигиенической чистки зубов делать ротовые ванночки с 0,06% раствором хлоргексидина по 3–4 мин.,

пропуская раствор через межзубные промежутки, в течение 14 дней, а затем наносить гель «Метрогил Дента» на десневой край на 5–7 мин. в течение 5 первых дней лечения. Пациентам группы Б (101 человек), наряду с профессиональной гигиеной полости рта, проводили лечебные воздействия, направленные на одномоментную элиминацию пародонтопатогенной микрофлоры из пародонтальных карманов и полости рта: либо фотодинамическую терапию (35 человек), либо обработку с использованием аппарата «Vector» (32 человек), либо аква-пневмо-кинетическую обработку поддесневой поверхности корней зубов и пародонтальных карманов (34 человек).

Эффективность первичных лечебно-профилактических мероприятий оценивали в процессе динамического наблюдения в сроки: через 2–3 сут. после начала лечения; через 2 нед.; через 1 мес.; через 3 мес.; через 6 мес. после «первичного» лечения. В связи с тем, что хронический генерализованный пародонтит легкой степени требует не регулярного, динамического наблюдения и проведения курсов «поддерживающей» пародонтальной терапии, в процессе исследования проводили процедуру профессиональной чистки зубов и курсы профилактического лечения с интервалом 1 раз в 6 мес. Динамику показателей и индексов, характеризующих состояние тканей пародонта, спустя 6 мес. после курса первичной терапии отслеживали с интервалом 6 мес.: через 13–18 мес., 19–24 мес. и более в сроки более 24 мес. после «первичного» лечения.

Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи лицензированных программ IBM SPSS Statistics for Windows 16.0® SPSS Ink. (Chicago, IL. USA) и WinPEPI 10.0 (J.H.Abramson).

Результаты исследования и их обсуждение. При первичном обследовании показатель индекса гигиены OHI-S у пациентов группы А составил 4,0±0,07, у пациентов группы Б – 4,0±0,03, что свидетельствует о том, что гигиена полости рта была недостаточной (OHI-S >2,6 – плохая гигиена полости рта) у пациентов обеих групп. При этом не наблюдали

достоверных отличий (p≥0,05) показателей гигиенического состояния полости рта между пациентами обеих групп. При обследовании пациентов через 2–3 сут. после начала лечения индекс OHI-S в группе А составил 0,20±0,03, в группе Б – о второй 0,19±0,02 (p≥0,05). Такие значения, по нашему мнению, свидетельствуют, в первую очередь, об эффективности проведенной процедуры профессиональной гигиены полости рта: качественной профессиональной чистке зубов и адекватности подбора средств индивидуальной гигиены полости рта. Затем, на протяжении всего периода наблюдения, значения OHI-S оставались на величинах, позволяющих говорить о стабильно хорошем уровне индивидуальной гигиены (OHI-S<0,6 – хорошая гигиена полости рта) и отсутствии возможного отрицательного влияния данного показателя на результат лечения в целом. При этом статистически значимой разницы между показателями обеих групп не выявлено (p≥0,05).

Усредненное значение индекса кровоточивости PBI при первичном обследовании пациентов всех групп составило 3,29±0,05, что свидетельствует о наличии выраженного воспаления в тканях пародонта. Причем, значения данного индекса существенно не отличались (p≥0,05) у пациентов обеих групп: 3,30±0,09 – в группе А и 3,26±0,03 – в группе Б. При обследовании пациентов через 2–3 сут. от начала лечения наблюдалось снижение показателей кровоточивости. Индекс PBI у пациентов группы А составил 2,0±0,06, а у пациентов группы Б – 1,0±0,07, что свидетельствует об эффективности исследуемых методов лечения на начальных этапах комплексной терапии. Бульшее значение индекса кровоточивости в группе А можно объяснить тем, что курс антибактериальной терапии, назначенной пациентам, был не закончен. Дальнейшая динамика индекса PBI характеризовалась стабильно низкими значениями данного показателя у пациентов группы Б с незначительной, в пределах статистической погрешности (p≥0,05), тенденция на их уменьшение. У пациентов группы А зафиксирована отчетливо выраженная динамика повышения показателей

кровоточивости десен, что косвенно указывает на наличие воспалительного процесса тканей пародонта.

Динамика индекса PMA характеризовалась общей тенденцией к повышению цифровых значений индекса у пациентов обеих групп начиная с 3 мес. после проведенного лечения. При этом у пациентов группы А показатели стабилизировались на величинах 30–35%, а у пациентов группы Б – на величинах 17–20%. Более выраженное и более устойчивое снижение значений индекса PMA у пациентов группы Б ($p<0,05$) можно связать с большей эффективностью применявшихся у пациентов данной группы методик антибактериального воздействия по сравнению с методиками, применявшимися у пациентов группы А.

Исследование микрофлоры пародонтальных карманов методом лазерной флуометрии с использованием аппарата KaVo Diagnodent и с применением гидролизного теста BANA продемонстрировало более выраженную и более раннюю динамику увеличения бактериальной обсемененности пародонтальных карманов у пациентов группы А по сравнению с аналогичными показателями у пациентов группы Б.

При обследовании ужй через 1 мес. показатели лазерной флуометрии у пациентов группы А возросли до 20,0±0,9 ($p<0,05$), что указывает на возросшую концентрацию микроорганизмов на поверхности корней зубов в поддесневой области сразу после окончания местной антибактериальной терапии, проводившейся пациентами в домашних условиях по назначению врача. При дальнейшем динамическом наблюдении значения лазерной флуометрии продолжали увеличиваться: через 3 мес. после лечения – 36±0,75 ($p<0,05$), через 6 мес. – 48±0,93 ($p<0,05$). При обследовании через 12, 36 и 24 мес. после «первичного» лечения показатели лазерной флуометрии содержимого пародонтальных карманов у пациентов группы А оставались стабильно высокими – 49±1,05, 50±1,12 и 47±1,06 соответственно ($p\geq0,05$)

При обследовании через 2 нед. после окончания курса лечения показатели теста BANA у пациентов группы А достигли минимальных

значений и составили 0,62±0,08 ($p<0,05$). Однако, уже через 2 нед. (1 мес. после лечения) они вновь выросли до 1,2±0,07 ($p<0,05$), что говорит о том, что пародонтопатогенные бактерии «красной группы» достаточно быстро восстановили свою популяцию. Через 3 мес. после проведенного лечения у пациентов группы А значения теста BANA составили 1,5±0,09 ($p<0,05$), через полгода – 1,7±0,08 ($p<0,05$). Затем значения данного показателя стабилизировались, оставаясь на достаточно высоком уровне: через 12 мес. после «первичного» лечения – 1,7±0,08 ($p\geq0,05$), через 18 мес. – 1,82±0,07 ($p\geq0,05$), через 2 года – 1,7±0,08 ($p\geq0,05$), что свидетельствует о том, что концентрация пародонтопатогенной микрофлоры является критическим, и, в зависимости от клинических проявлений, требуется проведение повторного активного лечения с назначением антибактериальных препаратов. При этом следует подчеркнуть, что несмотря на то, что, согласно данным лазерной флуометрии, общая бактериальная обсемененность пародонтальных карманов по сравнению с данными первичного обследования снизилась, данные теста BANA свидетельствуют о практически полном восстановлении пародонтопатогенной микрофлоры через полгода после комплексного лечения, даже при хорошем уровне индивидуальной гигиены полости рта.

У пациентов группы Б через 1 мес. после проведенного лечения показатели лазерной флуометрии остались примерно на прежнем уровне – 6,75±0,48 ($p\geq0,05$). Во время контрольного обследования через 3 мес. после лечения значения данного показателя возросли до 14±0,42 ($p<0,05$), а через 6 мес. – до 30±0,65 ($p<0,05$), что явилось значительным повышением показателей для данной группы, хотя они и остались ниже показателей группы А ($p<0,05$). При обследовании через 12, 36 и 24 мес. после «первичного» лечения показатели лазерной флуометрии содержимого пародонтальных карманов у пациентов группы Б были стабильны – 32±0,76, 33±0,81, 33±0,82 ($p\geq0,05$), оставаясь при этом достоверно ниже, чем у пациентов группы А ($p<0,05$).

Возрастание значений гидролизного теста BANA у пациентов группы Б зафиксировано через 3 мес. после проведенного лечения – до 0,4±0,08, через полгода – до 1±0,00 ($p<0,05$). При последующих обследованиях с интервалом, равным 6 мес. (через 12 мес., 18 мес., 24 мес. после проведения «первичного» лечения) показатели теста BANA не изменялись и находились примерно на одном уровне – 0,84±0,08, 0,82±0,08 и 0,91±0,07 ($p\geq0,05$), что существенно ниже значений, полученных при первичном обследовании, и позволяет сделать вывод о поддержании концентрации бактерий «красной группы» в период между повторными курсами лечения в безопасном диапазоне, свидетельствует об успешно проведенном лечении и указывает на достаточность проведения при повторных посещениях только лишь профессиональной чистки зубов и, возможно, местного консервативного лечения.

Об эффективности проводившихся пациентам группы Б лечебно-профилактических мероприятий свидетельствует и динамика глубины пародонтальных карманов. При первичном обследовании пациентов было установлено, что усредненное значение глубины пародонтальных карманов составило у пациентов группы А 3,05±0,07 мм, у пациентов группы Б – 3,15±0,04 мм, что соответствует показателям, характерным для хронического генерализованного пародонтита легкой степени. При обследовании пациентов через 12 мес. усредненное значение глубины пародонтальных карманов у пациентов группы А увеличилось по сравнению с исходными показателями до 3,34±0,11 мм ($p<0,05$), в то время, как у пациентов группы Б глубина пародонтальных карманов уменьшилась до 2,55±0,04 мм ($p<0,05$). При обследовании пациентов через 24 мес. было установлено, что усредненное значение глубины пародонтальных карманов у пациентов группы А продолжало увеличиваться и достигло значения 3,79±0,14 мм ($p<0,05$). У пациентов группы Б глубина пародонтальных карманов стабилизировалась с незначительной тенденцией к уменьшению ($p\geq0,05$), составив 2,45±0,04 мм.

Заключение. Полученные клинические данные позволяют сделать вывод, что комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита легкой степени, основанное на одномоментной элиминации микрофлоры пародонтальных карманов, способствует переходу заболевания в стадию стойкой ремиссии, превосходит по эффективности ($p<0,05$) и длительности терапевтического эффекта ($p<0,05$) комплексную терапию пародонтита, в основе которой лежит «традиционная» антибактериальная обработка пародонтальных карманов.

В комплексную терапию хронического генерализованного пародонтита легкой степени рекомендуется включать лечебно-профилактические процедуры, направленные на одномоментную элиминацию пародонтопатогенной микрофлоры: либо с использованием аппарата Vector, либо фотодинамическую терапию, либо аква-пневмо-кинетическую обработку пародонтальных карманов, при этом обработка всех пародонтальных карманов должна проводиться в одно посещение. При этом для своевременной диагностики хронических воспалительных заболеваний пародонта на ранней стадии их развития, индивидуального подбора средств и методов лечения, определения оптимальной частоты повторных курсов пародонтальной терапии следует проводить выявление и количественную оценку пародонтопатогенной микрофлоры с применением гидролизного теста BANA и/или метода лазерной флуометрии, не дожидаясь появления клинических признаков воспаления тканей пародонта.

Список литературы:

1. Aimetti M. Full-mouth disinfection and systemic antimicrobial therapy in generalized aggressive periodontitis: a randomized, placebo-controlled trial / M. Aimetti, F. Romano, N. Guzzi, G.J. Carnevale // Journal of Clinical Periodontology. – 2012. Vol. 39. № 3. P. 284-294.

2. Allais, G. Bioplenka polosti rta / G. Allais // Novoe v stomatologii. – 2006. № 4. S. 4-15.

3. Allais G. Биопленка полости рта / G. Allais // Новое в стоматологии. – 2006. № 4. С. 4-15.

4. Eberhard J. Full-mouth treatment modalities (within 24 hours) for chronic periodontitis in adults. / J. Eberhard, S. Jepsen, P.M. Jervøe-Storm et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015. – http://onlinelibrary.wiley.com /doi/10.1002/14651858.CD004622.pub3/full.

5. Kunin A.A. Pathogenetic approach to the choice of treatment methods in case of chronic generalized periodontitis / A.A. Kunin, O.I. Oleynik, S.V. Yerina, O.A. Kumirova, M.A. Sorokina // European Symposium on Predictive, Preventive and Personalized Dentistry under the EPMA 2012 in Voronezh, Russia (meeting findings). P. 112-118.

6. Lillicrap A. Environmental fate and effects of novel quorum sensing inhibitors that can control biofilm formation / A. Lillicrap, A. Macken, A.C. Wennberg et al. // Chemosphere. – 2016. Vol. 164. P. 52-58.

7. Loesche W.J. Periodontal disease as a specific, albeit chronic, infection: diagnosis and treatment / W.J. Loesche, Grossman N.S. // Clinical Microbiology Reviews. – 2001. Vol. 14. № 4. P. 727-752.

8. Meulman T. One stage, full-mouth, ultrasonic debridement in the treatment of severe chronic periodontitis in smokers: a preliminary, blind and randomized clinical trial / T. Meulman, A.P.O. Giorgetti, J. Gimenes et al. // Journal of the International Academy of Periodontology. – 2013. Vol. 15. № 3. P. 83-90.

9. Priyanka N. Clinical and microbiological efficacy of 3% satranidazole gel as a local drug delivery system in the treatment of chronic periodontitis: A randomized, controlled clinical trial / N. Priyanka, N. Kalra, S. Saquib et al. // Contemporary Clinical Dentistry. – 2015. Vol. 6. № 3. P. 364-370.

10. Ramos U.D. Antimicrobial photodynamic therapy as an alternative to systemic antibiotics: results from a double-blind, randomized, placebo-controlled, clinical study on type 2 diabetics / U.D. Ramos, L.G. Ayub, D.M. Reino et al. // Journal of Clinical Periodontology. – 2016. Vol. 43. № 2. P. 147-155.

11. Rocco C.J. Natural antigenic differences in the functionally equivalent extracellular DNABII proteins of bacterial biofilms provide a means for targeted biofilm therapeutics / C.J. Rocco, M.E. Davey, L.O. Bakaletz, S.D. Goodman // Molecular Oral Microbiology. – 2016. Mar 14. doi: 10.1111/omi.12157.

12. Simón-Soro Á. Microbial geography of the oral cavity / Á. Simón-Soro, I. Tomás, R. Cabrera-Rubi et al. // Journal of Dental Research. – 2013. Vol. 92. № 7. P. 616-621.

13. Szymańska J. Dental bioaerosol as an occupational hazard in a dentist's workplace / J. Szymańska // Annals of Agricultural and Environmental Medicine. – 2007. Vol. 14. № 2. P. 203-207.

14. Tseng B.S. Quorum sensing influences Burkholderia thailandensis biofilm development and matrix production / B.S. Tseng, C.D. Majerczyk, D. Passos da Silva et al. // Journal of Bacteriology. – 2016 Apr 11: pii: JB.00047-16.

15. Wang P.L. Toll-like receptor 4-mediated signal pathway induced by Porphyromonas gingivalis lipopolysaccharide in human gingival fibroblasts / P.L. Wang, Y. Azuma, M. Shinohara, K. Ohura // Biochemical and Biophysical Research Communications. – 2000. Vol. 273. № 3. P. 1161-1167.

16. Вольф Г.Ф. Пародонтология / Г.Ф. Вольф; под ред. Г.М. Барера. – М.: МЕДпресс-информ, – 2008. 548 с.

17. Гусева О.Ю. Обоснование дифференцированного подхода к антибиотикотерапии при обострении хронического генерализованного пародонтита / О.Ю. Гусева, Н.В. Булкина, Ю.Л. Осипова и др. // Фундаментальные исследования. – 2011. № 7. С. 47-50.

18. Зеленская А.В. Микробиологические исследования до и после лечения хронического генерализованного пародонтита различными лекарственными препаратами / А.В. Зеленская, Т.М. Хацаева, С.Н. Гаража, Д.Д. Батчаева // Актуальные вопросы клинической стоматологии: сборник работ 48-ой научно-практической конференции стоматологов Ставропольского края, посвященной 75-летию Ставропольского государственного медицинского университета. / Под редакцией Н.Н. Гаражи. – Ставрополь: СГМУ, – 2013. С. 153-155.

19. Зырянова Н.В., Григорян А.С., Грудянов А.И. Видовой состав анаэробной микрофлоры пародонтального кармана в зависимости от стадии пародонтита // Стоматология. – 2009. № 4. С. 43-47.

20. Качесова Е.С., Шевченко Е.А., Успенская О.А. Новая схема комплексного лечения агрессивных форм пародонтита. Современные технологии в медицине. – 2017. Т. 9. № 4. С. 209-216.

21. Латышева С.В. Клиническая оценка использования флоссинга при проведении профессиональной гигиены / С.В. Латышева, О.И. Абаимова // Стоматолог. Минск. – 2013. № 2 (9). С. 23-25.

22. Лукиных Л.М. Хронический генерализованный пародонтит: современный взгляд на этиологию и патогенез (часть 1) / Л.М. Лукиных, Н.В. Круглова // Современные технологии в медицине. – 2011. № 1. С. 123-125.

23. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – 9-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, – 2013. 548 с.

24. Олейник О.И. Оценка эффективности применения вектор-системы в комплексном лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени / О.И. Олейник, М.А. Сорокина, С.В. Ерина,

К.П. Кубышкина // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. Т. XX. № 2. С. 138-143.

25. Олесов Е.Е. Профилактические и экономические аспекты профессиональной гигиены рта у молодых работников предприятий / Е.Е. Олесов, П.В. Кащенко, В.С. Печенихина и др. // Медицина экстремальных ситуаций. – 2013. № 4 (46). С. 6-10.

26. Орехова Л.Ю. Современные технологии бактериологического исследования пародонтальных пространств / Л.Ю. Орехова, М.Д. Жаворонкова, Т.Н. Суборова // Пародонтология. – 2013. Т. 18. № 2. С. 9-13.

27. Орехова Л.Ю. Фотодинамическая терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Л.Ю. Орехова, Е.С. Лобода, М.Л. Обоева // Пародонтология. – 2015. Т. 20. № 1 (74). С. 44-49.

28. Ревазова З.Э. Объем лечебно-профилактических мероприятий, проводимых врачами-стоматологами при пародонтите / З.Э. Ревазова, В.Д. Вагнер, Л.А. Дмитриева и др. // Стоматология для всех. – 2013. № 4. С. 48-50.

29. Тарасова Ю.Г. Эффективность проведения профессиональной гигиены полости рта при первичном приеме пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в учреждениях разного уровня / Ю.Г. Тарасова, Г.Б. Любомирский // Стоматология для всех. – 2012. № 1. С. 50-53.

30. Успенская О.А., Качесова Е.С. Изменения биохимических показателей крови при лечении быстропрогрессирующего пародонтита Проблемы стоматологии. – 2017. Т. 13. № 2. С. 33-38.

31. Успенская О.А., Качесова Е.С. Роль общих и местных факторов в возникновении и развитии хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени / Современные проблемы науки и образования. – 2017. № 5. С. 188.

32. Царев В.Н. Микробный пейзаж содержимого пародонтальных карманов и корневых каналов у пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями IV класса / В.Н. Царев, В.Г. Атрушкевич, Д.Т. Галиева, К.Д. Школьная // Пародонтология. – 2016. Т. 21. № 1 (78). С. 13-17.

33. Цепов Л.М. Диагностика и лечение заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев. – М.: МЕДпресс-информ, – 2004. 200 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА НА ОСНОВЕ КОНЦЕПЦИИ ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ ПАРОДОНТОПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ

Д.м.н., профессор Цепов Л.М., д.м.н., профессор Николаев А.И., Наконечный Д.А., Левченкова Н.С.

Смоленский государственный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии, г. Смоленск

Актуальность проблемы. При современном уровне научных знаний и медицинских технологий [1, 2, 6, 10, 12, 18] основным методом лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта и воздействия на пародонтопатогенную микрофлору, особенно на ранних стадиях развития патологического процесса, является механическое удаление зубных отложений в совокупности с местной и общей медикаментозной терапией [3, 8, 10, 15, 18].

Одним из перспективных методов лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта представляется одномоментная элиминация пародонтопатогенной микрофлоры из всех пародонтальных карманов и полости рта пациента в одно посещение [11, 13, 14, 16]. В таком случае устраняется пародонтопатогенный компонент микробного биоценоза полости рта – все микроценозы пародонтопатогенной микрофлоры, что позволяет значительно увеличить продолжительность ремиссии, т.к. на повторную колонизацию полости рта, десневой борозды и пародонтальных карманов в таком случае требуется гораздо больший промежуток времени, чем при «традиционном» лечении, проводимом в несколько посещений [11]. При этом предпочтение отдается местным воздействиям, направленным только на содержимое пародонтальных карманов и пародонтопатогенную

микрофлору, не влияющим на общий микробный пейзаж полости рта и не подавляющим сапрофитную микрофлору [11, 13, 14, 16].

Для одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры в пародонтологии применяют поддесневую воздушно-абразивную обработку (технологии Perio-Flow или Air-Flow, в зависимости от глубины пародонтальных карманов) [3, 5, 9], фотодинамическую терапию [7, 17], обработку с использованием пародонтологической системы Vector [3, 4].

Таким образом, представляется актуальным совершенствование методик консервативного лечения пародонтита легкой степени путем оперативного динамического контроля пародонтопатогенной микрофлоры и комплексного лечебного воздействия, основанного на концепции одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры из пародонтальных карманов и полости рта как метода вторичной профилактики хронических воспалительных заболеваний пародонта.

Цель исследования: изучить в сравнительном аспекте эффективность комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита легкой степени при применении различных лечебно-профилактических пародонтологических процедур, направленных на одномоментную элиминацию пародонтопатогенной микрофлоры.

Материалы и методы исследования. В исследовании принял участие 101 пациент с диагнозом «Пародонтит хронический генерализованный легкой степени (ХГПлс)», из которых мужчин было 42 человека, женщин – 59 человек. Возраст пациентов колебался в пределах от 18 до 45 лет.

Лечение пациентов с диагнозом «Хронический генерализованный пародонтит легкой степени» проводили по схеме, разработанной и апробированной на кафедре терапевтической стоматологии Смоленского государственного медицинского университета [1, 8] с незначительными коррективами, внесенными с учетом особенностей применяемых методик и технологий. В процессе комплексного лечения всем пациентам, участвующим в исследовании, проводили профессиональную чистку зубов,

которая включала индикацию зубных отложений, удаление зубного налета и финишную обработку поверхности корней зубов. Каждому пациенту проводили подбор средств индивидуальной гигиены полости рта и обучение методам их использования с последующим контролем качества очищения зубов. Всем пациентам проводили лечебные воздействия, направленные на одномоментную элиминацию пародонтопатогенной микрофлоры из пародонтальных карманов и полости рта.

Пациентам I группы (35 человек) обработку пародонтальных карманов проводили методом антибактериальной фотодинамической терапии (АФДТ) с применением терапевтической системы «Fotosan». После профессиональной чистки зубов выполняли обработку каждого пародонтального кармана в течение 1–2 мин. (время экспозиции зависело от глубины кармана) специальной жидкостью – фотосенситайзером. Затем пародонтальные карманы в течение 10–30 с, в зависимости от глубины кармана, при помощи пародонтального оптического зонда обрабатывали световым излучением мощностью 1,2 мВт/см^2 и длиной волны 625–635 нм. Процедуру АФДТ проводили однократно, при этом обработку всех пародонтальных карманов выполняли одномоментно, т. е. в одно посещение, в соответствии с концепцией одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры из пародонтальных карманов и полости рта.

Пациентам II группы (32 человека) обработку пародонтальных карманов проводили с использованием аппарата «Vector». После проведения профессиональной чистки зубов в пародонтальный карман погружали рабочую насадку, на которую подается суспензия. Без давления на поверхность корня и на дно пародонтального кармана насадку перемещали по окружности зуба с небольшими по амплитуде «клюющими» движениями вдоль оси зуба. Обработку проводили до тех пор, пока тактильно, за счет обратной связи насадки с тканями зуба, поверхность корня не становилась гладкой. Процедуру обработки всех

пародонтальных карманов с использованием аппарата «Vector» проводили однократно и одномоментно, в одно посещение.

Пациентам III группы (34 человека) обработку пародонтальных карманов проводили аква-пневмо-кинетическим методом по технологии Air-Flow (глубина пародонтальных карманов – менее 5 мм) с использованием низкоабразивного, сверхмелкодисперстного порошка Air-Flow Perio на основе глицина с размером частиц 25 мкм. Обработку проводили сразу после профессиональной чистки зубов. Воздушно-абразивный поток направляли параллельно дну пародонтального кармана под небольшим (20–30°) углом к поверхности корня зуба. Обработку всех пародонтальных карманов выполняли в одно посещение.

В заключение пациентам всех групп проводили однократную антисептическую обработку полости рта 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата.

В связи с тем, что хронический генерализованный пародонтит легкой степени требует регулярного, динамического наблюдения и проведения курсов «поддерживающей» пародонтальной терапии [1, 3, 8, 10, 14, 16, 18], в процессе исследования 1 раз в 6 мес. проводили процедуру профессиональной чистки зубов и курсы профилактического лечения.

Эффективность проведенных лечебно-профилактических мероприятий оценивали в процессе динамического наблюдения в сроки: через 2–3 сут. после начала лечения; через 2 нед.; через 1 мес.; через 3 мес.; через 6 мес., 7–12 мес., 13–18 мес., 19–24 мес. и более 24 мес. после «первичного» лечения на основе анализа следующих показателей пародонтального статуса пациентов: глубина пародонтальных карманов; гигиенический индекс Грина-Вермильона OHI-S; индекс кровоточивости PBI по методике U.P. Saxer, H.R. Muhlemann; индекс PMA; показатели лазерной флуометрии содержимого пародонтальных карманов, полученные с использованием аппарата KaVo Diagnodent с зондом Paro; показатели бактериальной

обсемененности пародонтальных карманов на основе данных гидролизного теста BANA.

Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи программ IBM SPSS Statistics for Windows 16.0® SPSS Ink. (Chicago, IL. USA) и WinPEPI 10.0 (J.H.Abramson).

Результаты исследования и их обсуждение. При первичном обследовании установлено, что пародонтальный статус пациентов соответствовал диагнозу «пародонтит хронический генерализованный легкой степени». Усредненные значения глубины пародонтальных карманов у пациентов всех трех групп находились в пределах 3,15±0,04 мм, значения индекса гигиены полости рта OHI-S – 4,0±0,03, индекса кровоточивости PBI – 3,26±0,03 (рис. 7), индекса PMA – 66%±1,10%, лазерной флуометрии – 72±2,08, значения теста BANA – 1,81±0,07. Статистически значимых различий цифровых значений пародонтальных индексов и показателей аппаратных методов исследования между группами не зарегистрировано ($p \geq 0,05$).

Обращает на себя внимание выраженная положительная динамика индексных показателей состояния пародонта на ранних стадиях комплексного консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита легкой степени с применением различных методик одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры. Уже через 2–3 сут. после начала лечения цифровые значения индекса OHI-S изменились до величин, соответствующих хорошему гигиеническому состоянию рта (0–0,6). У пациентов I группы усредненное цифровое значение гигиенического индекса равнялось 0,19±0,03 ($p<0,05$), у пациентов II группы – 0,18±0,03 ($p<0,05$), у пациентов III группы – 0,19±0,03 ($p<0,05$). Зафиксирована тенденция значительного уменьшения кровоточивости десен: среднее значение индекса кровоточивости у пациентов I группы уменьшились до 0,9±0,06 ($p<0,05$), у пациентов II группы – до 1,0±0,07 ($p<0,05$), у пациентов III группы – 1,0±0,06 ($p<0,05$). Значения индекса PMA

составили 20±0,58 (p<0,05) у пациентов I группы, 32±0,65 (p<0,05) у пациентов II группы и 28±0,47% (p<0,05) у пациентов III группы (p<0,05). Более выраженное (p<0,05) снижение индекса PMA у пациентов I группы можно связать с противовоспалительным действием низкоинтенсивного лазерного излучения, используемого для АФДТ. Зафиксировано значительное, более, чем в 10 раз, снижение цифровых значений лазерной флуометрии (p<0,05), которые, при этом, не отличались (p≥0,05) у пациентов различных групп: 6,0±0,33 – I группа, 5,75±0,34 – II группа, 5,85±0,31 – III группа. Отмечена тенденция к снижению концентрации пародонтопатогенной микрофлоры в исследуемых образцах. Значения теста BANA у пациентов I группы составили 0,49±0,09 (p<0,05), у пациентов II группы – 0,53±0,08 (p<0,05), у пациентов III группы – 0,51±0,09 (p<0,05). При этом статистически значимые различия цифровых значений индексных показателей пародонтального статуса у пациентов разных групп отсутствуют (p≥0,05), что свидетельствует о примерно одинаковой эффективности применявшихся методов лечения.

При контрольных осмотрах через 2 недели, 1 мес. и 3 мес. после проведения курса пародонтологического лечения у пациентов, принимающих участие в исследовании, зафиксирована стабилизация цифровых значений индексных показателей пародонтального статуса на благоприятном уровне, без статистически достоверных различий между группами (p≥0,05).

При обследовании через 6 мес. после проведенного «первичного» лечения зафиксирована разнонаправленная динамика объективных показателей пародонтального статуса пациентов. Индекс гигиены полости рта продемонстрировал тенденцию к росту: у пациентов I группы – до 0,62±0,03 (p<0,05), у пациентов II группы – до 0,55±0,03 (p<0,05), у пациентов III группы – до 0,65±0,02 (p<0,05). При этом показатели кровоточивости десен остались примерно на прежнем уровне: 0,56±0,03 (p≥0,05) – у пациентов I группы, 0,47±0,02 (p≥0,05) – у пациентов II группы и 0,57±0,02 (p≥0,05) – у пациентов III группы. Зарегистрировано

продолжающееся увеличение цифровых значений индекса PMA: у пациентов I группы – до 29±0,47% ($p<0,05$), у пациентов II группы – до 25±0,59% ($p<0,05$), у пациентов III группы – до 30±0,36% ($p<0,05$), что свидетельствует о постепенном нарастании хронического воспаления десны. Наиболее значительные изменения отмечены при анализе бактериальной обсемененности пародонтальных карманов. Показатели лазерной флуометрии в различных группах выровнялись ($p\geq0,05$) по сравнению с результатами предыдущего (через 3 мес. после лечения) обследования и составили у пациентов I группы 28±0,93 ($p<0,05$), у пациентов II группы – 30±0,65 ($p<0,05$), у пациентов III группы – 29±071 ($p<0,05$). Данные теста BANA также свидетельствовали об увеличении количества пародонтопатогенной микрофлоры в пародонтальных карманах у пациентов всех групп до величин, когда ее количества достаточно для поддержания воспаления и необходимо проведение местного лечения (1 балл – оценка теста «Weak Positive»): у пациентов I группы – 0,95±0,07 ($p<0,05$), у пациентов II группы – 0,81±0,07 ($p<0,05$), у пациентов III группы – 0,98±0,06 ($p<0,05$). Статистически значимых различий между показателями бактериальной обсемененности пародонтальных карманов пародонтопатогенной микрофлорой «красной группы» у пациентов различных групп не зафиксировано ($p\geq0,05$).

В процессе дальнейшего динамического наблюдения пациентов зарегистрирована стабилизация их пародонтального статуса, цифровых значений индексов и показателей аппаратных методов исследования на значениях, соответствующих понятию «ремиссия», что подтверждает положительная динамика глубины пародонтальных карманов. При первичном обследовании пациентов были зарегистрированы следующие значения глубины пародонтальных карманов: 3,18±0,04 мм у пациентов I группы, 3,17±0,05 мм у пациентов II группы и 3,10±0,03 мм у пациентов III группы ($p\geq0,05$). При обследовании через 12 мес. было отмечено, что глубина пародонтальных карманов у пациентов I группы уменьшилась до

2,50±0,04 мм (p<0,05), у пациентов II группы – до 2,55±0,06 мм (p<0,05), у пациентов III группы – до 2,47±0,04 мм (p<0,05). При обследовании через 24 мес. установлено, что значения глубины пародонтальных карманов стабилизировались с незначительной, статистически недостоверной (p≥0,05), тенденцией к уменьшению и составили у пациентов I группы 2,45±0,03 мм, у пациентов II группы – 2,48±0,07 мм, а у пациентов III группы – 2,45±0,05 мм.

В процессе исследования зафиксирована, с одной стороны, высокая клиническая эффективность комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита легкой степени при применении методик одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры, с другой стороны, установлено отсутствие достоверных различий по эффективности (p≥0,05) и длительности терапевтического эффекта (p≥0,05) различных лечебно-профилактических пародонтологических процедур, направленных на одномоментную элиминацию пародонтопатогенной микрофлоры, – применения аппарата Vector, фотодинамической терапии и аква-пневмо-кинетической обработки пародонтальных карманов, при условии соблюдения пациентом рекомендаций врача по индивидуальной гигиене полости рта.

Выводы.

1. Результаты проведенного исследования показали, что эффективность комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита легкой степени при применении различных лечебно-профилактических пародонтологических процедур, направленных на одномоментную элиминацию пародонтопатогенной микрофлоры из всех пародонтальных карманов и полости рта пациента, – с применением аппарата Vector, с применением фотодинамической терапии или с применением аква-пневмо-кинетической обработки пародонтальных карманов – сопоставимы по эффективности (p≥0,05) и длительности терапевтического эффекта (p≥0,05).

2. В комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени для достижения выраженного терапевтического

эффекта достаточно однократного проведения одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры. Кратность курсов поддерживающей терапии, направленной на поддержание концентрации пародонтопатогенных бактерий «красной группы» в период между повторными курсами лечения в безопасном диапазоне, равная 6 мес., позволяет обеспечить высокую эффективность лечения за счет одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры, не только сразу после лечения, но и в полугодовых интервалах между процедурами профессиональной чистки зубов и курсами «поддерживающей» терапии.

3. В комплексное лечение больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени рекомендуется включать лечебно-профилактические процедуры, направленные на одномоментную элиминацию пародонтопатогенной микрофлоры: либо с использованием аппарата Vector, либо фотодинамическую терапию, либо аква-пневмо-кинетическую обработку пародонтальных карманов в количестве 1 процедуры; при этом обработка всех пародонтальных карманов должна проводиться в одно посещение.

Литература.

1. Aimetti M. Full-mouth disinfection and systemic antimicrobial therapy in generalized aggressive periodontitis: a randomized, placebo-controlled trial / M. Aimetti, F. Romano, N. Guzzi, G.J. Carnevale // Journal of Clinical Periodontology. 2012. Vol. 39. № 3. P. 284-294.

2. Eberhard J. Full-mouth treatment modalities (within 24 hours) for chronic periodontitis in adults. / J. Eberhard, S. Jepsen, P.M. Jervøe-Storm et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015. – http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004622.pub3/full.

3. Kao R.T. Periodontal regeneration – intrabony defects: a systematic review from the AAP regeneration workshop / R.T. Kao, S. Nares, M.A. Reynolds // Journal of Periodontology. 2015. Vol. 86. № 2-s. P. S77-104.

4. Meulman T. One stage, full-mouth, ultrasonic debridement in the treatment of severe chronic periodontitis in smokers: a preliminary, blind and randomized clinical trial / T. Meulman, A.P.O. Giorgetti, J. Gimenes et al. // Journal of the International Academy of Periodontology. 2013. Vol. 15. № 3. P. 83-90.

5. Ramos U.D. Antimicrobial photodynamic therapy as an alternative to systemic antibiotics: results from a double-blind, randomized, placebo-controlled, clinical study on type 2 diabetics / U.D. Ramos, L.G. Ayub, D.M. Reino et al. // Journal of Clinical Periodontology. 2016. Vol. 43. № 2. P. 147-155.

6. Ryder M.I. Minimally invasive periodontal therapy for general practitioners / M.I. Ryder, G.C. Armitage // Periodontology 2000. 2016. Vol. 71. № 1. P. 7-9.

7. Булкина Н.В. Некоторые механизмы возникновения и прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта у больных с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта / Н.В. Булкина, М.А. Осадчук // Пародонтология. 2007. № 1. С. 15-19.

8. Карпенко И.Н. Современные представления об этиологии и патогенезе быстропрогрессирующего пародонтита / И.Н. Карпенко, Н.В. Булкина, Е.В. Понукалина, I.V. Bulycheva // Архив патологии. 2009. Т. 71. № 1. С. 57-59.

9. Качесова Е.С., Шевченко Е.А., Успенская О.А. Новая схема комплексного лечения агрессивных форм пародонтита // Современные технологии в медицине. 2017. Т. 9. № 4. С. 209-216.

10. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – 9-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. 548 с.

11. Олейник О.И. Оценка эффективности применения вектор-системы в комплексном лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени / О.И. Олейник, М.А. Сорокина, С.В. Ерина, К.П. Кубышкина // Вестник новых медицинских технологий. 2013. Т. XX. № 2. С. 138-143.

12. Олесов Е.Е. Профилактические и экономические аспекты профессиональной гигиены рта у молодых работников предприятий / Е.Е. Олесов, П.В. Кащенко, В.С. Печенихина и др. // Медицина экстремальных ситуаций. 2013. № 4 (46). С. 6-10.

13. Орехова Л.Ю. Современные технологии бактериологического исследования пародонтальных пространств / Л.Ю. Орехова, М.Д. Жаворонкова, Т.Н.Суборова // Пародонтология. 2013. Т. 18, № 2. С. 9-13.

14. Орехова Л.Ю. Фотодинамическая терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Л.Ю. Орехова, Е.С. Лобода, М.Л. Обоева // Пародонтология. 2015. Т. 20. № 1 (74). С. 44-49.

15. Ревазова З.Э. Объем лечебно-профилактических мероприятий, проводимых врачами-стоматологами при пародонтите / З.Э. Ревазова, В.Д. Вагнер, Л.А. Дмитриева и др. // Стоматология для всех. 2013. № 4. С. 48-50.

16. Тарасова Ю.Г. Эффективность проведения профессиональной гигиены полости рта при первичном приеме пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в учреждениях разного уровня / Ю.Г. Тарасова, Г.Б. Любомирский // Стоматология для всех. 2012. № 1. С. 50-53.

17. Успенская О.А., Качесова Е.С. Изменение гормонального статуса на фоне лечения быстропрогрессирующего пародонтита // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2018. № 1. С. 60-64.

18. Успенская О.А., Качесова Е.С. Изменения биохимических показателей крови при лечении быстропрогрессирующего пародонтита // Проблемы стоматологии. 2017. Т. 13. № 2. С. 33-38.

19. Успенская О.А., Качесова Е.С. Повышение эффективности местного медикаментозного лечения быстро прогрессирующего пародонтита // Cathedra – кафедра. Стоматологическое образование. 2017. № 59. С. 28-30.

20. Успенская О.А., Качесова Е.С. Роль общих и местных факторов в возникновении и развитии хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 5. С. 188.

21. Цепов Л.М. Диагностика и лечение заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. 200 с.

22. Цепов Л.М. Концепция одномоментной элиминации пародонтопатогенной микрофлоры в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита. Часть 1. Клиническая эффективность различных подходов к комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита легкой степени / Л.М. Цепов, А.И. Николаев, Д.А. Наконечный // Пародонтология. 2016. Т. XXI. № 4 (81). С. 10-16.

23. Цепов Л.М. Некоторые аспекты этиологии и патогенеза хронических воспалительных генерализованных заболеваний пародонта (обзор литературы) / Л.М. Цепов, Л.Ю. Орехова, А.И. Николаев, Е.А. Михеева // Пародонтология. 2005. № 2. С. 3-6.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТБЕЛИВАЮЩИХ СИСТЕМ. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОТБЕЛИВАНИИ

Д.м.н., доцент Успенская О.А., Трефилова О.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра терапевтической стоматологии,

г. Нижний Новгород

Актуальность. На протяжении последних лет к стоматологам все чаще обращаются пациенты с просьбами сделать зубы светлее. Желание населения иметь более привлекательную улыбку, более здоровый внешний вид и психологическое обаяние создало необходимость в появлении эффективных методов изменения цвета зубов [5].

В последние годы в мировой стоматологической практике для достижения максимального эстетического результата при коррекции измененного цвета зубов предпочтение отдается консервативным методам лечения, к которым относятся различные виды отбеливания [1, 5].

Современные системы отбеливанияоснованы на использовании препаратов перекиси водорода или перекиси карбамида, в сочетании с активирующими факторами. Отбеливающие веществаприменяют наружно, или помещают внутрь полости зуба при отбеливании депульпированных зубов. В обоих случаях стремятся отбелить хромогены внутри дентина, таким образом, изменяя основной цвет зуба [2].

Многие отечественные и зарубежные авторы указывают на безопасность и доступность препаратов перекиси водорода и карбамида для отбеливания девитальных зубо [1, 3, 4, 6]. Однако после процедуры отбеливания зубов не редко отмечается наличие осложнений, таких как гиперестезия зубов, ожег слизистой оболочки полости рта, а также потеря через некоторое время полученного результата изменения оттенка зуба.

Установлено, что одной из причин повреждающего действия отбеливающих средств на ткани зуба является pH используемой формулы. Выявлено, что pH средств для отбеливания зубов различны. Критическими параметрами для достижения не только эффективной и абсолютной, но, конечно же, и безопасной и долговременной белизны являются pH применяемого геля и источник подаваемой энергии. У отбеливающего геля основная pH должна быть в пределах от 9.8 до 10. Активность отбеливающего препарата влияет на повышение температуры геля и повышение температуры внутри полости зуба. Вместе с этим использование света повышает температуру отбеливателя и температуру внутри пульпарной камеры, что может усилить чувствительность зуба и повредить пульпу.

Повышенная чувствительность (гиперестезия) зубов отмечается в течение первых 24 часов после отбеливания и может сохраняться на протяжении 3–4 дней. Ряд авторов полагают, что чувствительность зубов связана с проникновением молекул перекиси водорода сквозь твердые ткани зуба в пульпу. Возникает воспаление сосудисто-нервного сплетения с болевой реакцией на раздражители.

Таким образом, интересным явилось сравнение отбеливающих систем с химической и фотохимической активацией, а также целесообразность применения реминерализирующей терапии для профилактики гиперестезии зубов.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 50 человек, из них 38 женщин и 12 мужчин возрастом от 25 до 45 лет. Все пациенты предъявляли жалобы на дисколорит зубов, связанный с различными факторами. Для решения данной проблемы было решено провести отбеливание 20 витальных зубов, входящих в «зону улыбки».

Пациенты делились на 2 группы в зависимости от применения отбеливающей системы для осветления зубов:

– в первую группу входило 25 пациентов, которым для отбеливания зубов применялась отбеливающая система с фотохимической активацией

Amazing White Professional с 37% концентрацией перекиси водорода, а также после проведения процедуры отбеливания с целью профилактики гиперестезии зубов назначалась реминерализирующая терапия с применением препарата Stomysense (BioRepair);

– во вторую группу входило также 25 пациентов, для отбеливания зубов которым применялась отбеливающая система с химической активацией Opalescence Extra Boost с 40% концентрацией перекиси водорода, реминерализирующая терапия с целью профилактики гиперестезии зубов данным пациентам не назначалась.

До и непосредственно после процедуры отбеливания ротовая жидкость пациентов собиралась в стерильные пробирки путем сплевывания для проведения биохимического анализа с целью выявления изменения уровня кислот.

Наличие у пациентов гиперестезии после проведения процедуры отбеливания зубов оценивалось с помощью индексов интенсивности гиперестезии зубов, а также по шкале Шиффа.

До и после проведения отбеливания зубов, а также через 1, 3 и 6 месяцев с целью определения изменения оттенка зубов прмиенялась шкала VITA 3DMaster, а также колориметр ShadeEyeNCC.

Результаты. После проведения процедуры отбеливания у пациентов двух групп оттенок зубов изменился на 3–4 тона по шкале VITA 3DMaster, что было также подтверждено колориметром ShadeEyeNCC. Спустя месяц после проведения отбеливания зубов изменение оттенка выявлено не было, тогда как через 3 месяца на осмотре было выявлено возвращение оттенка зуба на 1 тон у 11 пациентов, из них 8 человек первой группы и 3 входили во вторую группу обследуемых. Через 6 месяцев после отбеливания зубов у 14 пациентов первой группы произошло изменение оттенка зубов в сторону потемнения на 2 тона, тогда как во второй группе данные изменения выявлены у 9 пациентов.

В течение первых трех дней пациенты, как первой, так и второй группы предъявляли жалобы на повышенную чувствительность зубов в основном на

температурные раздражители, равной 3 баллам по шкале Шиффа. Из них 13 человек первой группы, где в качестве отбеливающей системы применялась система Amazing White Professional и 21 человек из второй группы, кому отбеливание проводилось системой Opalescence Extra Boost. На контрольном осмотре через неделю после проведения отбеливания наличие гиперестезии, равной 1 баллу отмечалось у 7 пациентов, все они входили во вторую группу, где реминерализирующая терапия не проводилась.

После изучения биохимического анализа слюны у пациентов первой группы, где в качестве отбеливающей системы применялась отбеливающая система с фотохимической активацией Amazing White Professional с 37% концентрацией перекиси водорода выявлено незначительное снижение уровня кислот относительно нормы, но незначительно по отношению к показателям, полученным до отбеливания зубов.

У пациентов второй группы, где в качестве отбеливания зубов применялась отбеливающая система Opalescence Extra Boost с 40% концентрацией перекиси водорода, выявлено значительное снижение уровня кислот по отношению к норме до проведения отбеливания, а также резкое снижение уровня кислот после проведения данной процедуры.

Выводы. Таким образом, отбеливание зубов с помощью систем с химической и фотохимической активацией приводит к значительному снижению уровня кислот в ротовой жидкости. При этом химическое отбеливание в большей степени влияет на уровень кислот, что является положительным моментом, так как приводит к снижению риска развития воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта и снижению интенсивности кариеса в результате снижения активности микроорганизмов, продуцирующих кислоты.

Для профилактики гиперестезии зубов после проведения процедуры отбеливания целесообразно применение реминерализирующей терапии различными средствами.

Список литературы:

1. Беленова И.А. Повышение эффективности лечения гиперестезии зубов после профессионального отбеливания / Беленова И.А., Андреева Е.В., Кунина Н.Т. // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. Т. 20. № 2. С. 98-101.
2. Бондарик Е.А. Безопасность и эффективность отбеливания зубов / Е.А. Бондарик // Медицинский журнал: научно-практический рецензируемый журнал. – 2010. № 2. С. 4-11
3. Гаража С.Н. Повышение резистентности дентина препарированных зубов / С.Н. Гаража, А.А. Некрасова // Актуальные вопр. клинич. стоматологии: сб. науч. тр. СГМА. – Ставрополь, – 1997. С. 72-75.
4. Гажва С.И. Эффективность лазерного отбеливания в алгоритме устранения изменений цвета зубов / Гажва С.И., Прогрессова Д.А., Волкоморова Т.В., ГАдаева М.В. // Современные проблемы науки и образования. – 2014. № 6. С. 1050.
5. Крихели Н.И., Бичикаева З.А. Эффективность комплекса профилактических мероприятий с использованием зубной пасты Splat «Биокальций» после отбеливания девитальных зубов с активацией озоном. // Медицинский алфавит. – 2015. Т. 1. С.41-44.
6. Baik J.W., Rueggeberg F.A., Liewehr F.R. Effect of light-enhanced bleaching on in vitro surface and intrapulpal temperature rise//J. Esthet. Restor. Dent. – 2001. Vol. 13. № 6. P. 370-378.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНИРОВАННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

К.м.н., доцент Шихнабиева Э.Д.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра стоматологии ФПК и ППС, г. Махачкала

Актуальность. Воспалительные заболевания пародонта (пародонтит и гингивит) представляют собой серьезную медико-социальную проблему. Важность проблемы определяется, во-первых, высоким уровень

распространенности этой патологии среди взрослых, которая не имеет тенденции к снижению, и, во-вторых, клиническая картина и хронического катарального гингивита (ХКГ), и хронического генерализованного пародонтита (ХГП) на ранних стадиях заболевания характеризуется маломанифестным и латентным течением, создавая сложности в лечении их [1, 3]. Известные на сегодняшний день методы лечения (антибактериальная и местная терапия) не всегда дают положительный результат и длительный период ремиссии [4]. В связи с этим возникает необходимость внедрения в стоматологическую практику новых инновационных методов лечения больных с патологией пародонта. К числу таких методов следует отнести инъекционный метод с использованием тромбоцитарной аутоплазмы и метод озонотерапии. Пристальный интерес к первому методу (тромбоцитарной аутоплазме) обусловлен тем, что в тромбоцитах содержатся белковые факторы, которые запуская клеточный регенеративный процесс восстанавливают обменные процессы, улучшают микроциркуляцию и метаболизм в клетках и активизируют местный иммунитет [6]. Одновременно происходят укрепление костной ткани, формирование матрикса коллагена и кости с участием костных морфогенетических белков коллагена. Эффективность второго метода – озонотерапии обусловлена тем, что озон обладает бактерицидным, противовоспалительным и противогипоксическим свойствами, которые проявляются при местном применении в озоно-кислородной смеси, дистиллированной воде, оливковом масле и других средах [5]. Кроме того, терапия озоном нормализует местное кровообращение в пародонтальных тканях, удлиняет сроки ремиссии и стабилизации процесса [2]. В стоматологии озонотерапия используется совсем недавно, с середины 90-х годов.

С учетом вышеперечисленного, нами разработан новый метод лечения ХГП, сочетающий положительные свойства тромбоцитарной аутоплазмы и медицинского озона, – метод лечения хронического генерализованного

пародонтита с применением озонированной тромбоцитарной аутоплазмы в комплексной терапии.

Цельисследования: оценка эффективности применения озонированной тромбоцитарной аутоплазмы для лечения генерализованных пародонтитов легкой степени.

Материал и методы. Обследовано 48 пациентов (25 мужчин и 23 женщин) с ХГП легкой степени в возрасте от 20 до 45 лет, проходивших обследование и лечение в Республиканской стоматологической поликлинике Минздрава Республики Дагестан. Из них 24 пациента (14 мужчин и 10 женщин, средний возраст 34,9±4,3 лет) составляли основную группу, 24 пациента (11 мужчин и 13 женщин, средний возраст 35,2±5,4 лет) – группу сравнения.

Пациенты обеих групп получали вначале традиционную комплексную терапию, которая включала в себя: профессиональную гигиену полости рта с использованием скейлера и полировочных паст и щеток, обучение больных гигиене полости рта и ее контроль. Затем пациентам основной группы назначалась местная терапия – пародонтальная повязка «Озонид» (озонированное масло), на 15 мин 1 раз в день в течение 10 дней и проводились инъекции с использованием озонированной тромбоцитарной аутоплазмы; пациентам группы сравнения назначалась лекарственная терапия (противомикробный стоматологический гель «Метрагил Дента» в течение 10 дней 2 раза в сутки по 15 мин в виде аппликаций).

Процедура получения и озонирования тромбоцитарной аутоплазмы состояла из четырех этапов: 1 – забор крови из вены больного в ваккумную пробирку Plasmolifting™; 2 – центрифугирование крови (с помощью центрифуги EBA20 производства Andreas Hettich GmbH&Co, Германия) для выделения из нее тромбоцитарной аутоплазмы; 3 – озонирование тромбоцитарной аутоплазмы на озонаторе «Медозонс» (концентрация озона в растворе составляла 1,2–1,5 мг/л);4) полученную активированную озоном

плазму набирали в шприц (игла 30 G) в количестве 5 мл и медленно под углом 45 градусов вводили в подслизистый слой переходной складки на верхней и нижней челюстях (на каждой челюсти по 10 вколов, в одну зону по 0,25 мл), создавая депо по типу ползучего инфильтрата. Общее количество составляло 3 инъекции, делались в одни и те же зоны с перерывом в 7–10 дней.Время, затрачиваемое врачом на одну процедуру с использованием одной пробирки, в среднем составило 27–30 минут.Все больные отмечали хорошую переносимость препарата. Ни в одном случае не отмечалось каких-либо побочных эффектов.

Программа обследования пациентов включала в себя осмотр, анализ жалоб и данных анамнеза, оценку динамики клинических проявлений.

Уровень гигиены полости рта и состояние тканей пародонта оценивали с использованием гигиенического индекса (УИГ) Green-Vermillion, пародонтальных индексов: (ПИ) по Russel, индекса кровоточивости десны (ИК) по H.P. Muhlemann. Проводилось также рентгенологическое исследование. Все индексы регистрировались в день первого посещения и после проведенного лечения через 1 месяц.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: достоверные диагнозы ХГП легкой степени, информированное согласие пациента. Критерии исключения из исследования: нежелание участвовать в исследовании и невыполнение требований исследования.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Biostat. Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Данные клинических исследований у пациентов исследованных групп представлены в таблице 1. Как видно из этих данных, комплексное лечение ХГП легкой степени с применением озонированной аутоплазмы оказалось более эффективным, нежели использования при этом традиционной схемы терапии. Это подтверждается более выраженной положительной динамикой изменения основных как субъективных, так и объективных клинических параметров до и

после проведенного лечения в основной группе по отношению к группе сравнения.

Таблица 1.

Данные клинических исследований у пациентов основной группы и группы сравнения до и после лечения

Клинический признак	ХГП (основная группа) *(n=24)*		ХГН (группа сравнения) *(n=24)*	
	до лечения	*после лечения*	*до лечения*	*после лечения*
Кровоточивость десен при чистке зубов, %	83,3	4,2	79,2	12,5
Болевые ощущения, %	66,7	4,2	62,5	12,5
Зубные отложения, %	100,0	8,4	100,0	20,8
Неприятный запах изо рта, %	62,5	4,2	62,5	16,6
Дискомфорт при пережевывании пищи, %	66,7	4,2	70,8	12,5
Зуд в области десен, %	66,7	4,2	70,8	12,5
Глубина пародонтальных карманов, мм	3,2±0,3	1,7±0,3 *	3,3±0,4	2,2±0,4

Примечание: * – достоверность разницы (P<0,05) показателей до и после лечения.

Таблица 2.

Показатели гигиенического и пародонтальных индексов у пациентов основной группы и группы сравнения до и после лечения

Индексы	Группы больных	
	основная группа (п=24)	группа сравнения (п=24)
УИГ (в баллах): до лечения после лечения	1,98±0,24 0,43±0,16*	1,91±0,27 0,72±0,16*
ПИ (в баллах): до лечения после лечения	1,45±0,23 0,34±0,18*	1,49±0,29 0,94±0,17
Мюллеманна (в баллах): до лечения после лечения	1,38±0,22 0,29±0,09*	1,42±0,25 1,17±0,19

Примечание: * – P<0,05 в сравнении с показателями до лечения.

Что касается динамики индексной оценки гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта, то и здесь также наблюдалась картина, аналогичная вышеописанной (табл. 2). У пациентов основной группы до лечения пародонтальные индексы составили: ИК по Мюллеманну – 1,38±0,22, ПИ Расселя – 1,45±0,23. У пациентов группы сравнения эти показатели составили: ИК по Мюллеманну – 1,42±0,25, ПИ Расселя – 1,49±0,29. После курсов лечения у пациентов обеих групп наблюдалась положительная динамика показателей исследуемых индексов, однако существенные изменения зарегистрированы у больных основной группы. Показатели индексной оценки в динамике у больных основной группы составили: ИК по Мюллеманну – 0,29±0,09 ($P<0,05$), ПИ по Расселю – 0,34±0,18 ($P<0,05$). У пациентов группы сравнения: ИК по Мюллеманну – 1,17±0,19 ($P>0,05$), ПИ по Расселю – 0,94±0,17 ($P>0,05$). УИГ Green-Vermillion существенно уменьшился у пациентов обеих групп ($P<0,05$).

Существенное положительное влияние озонированной аутоплазмы на результаты комплексной терапии подтверждается и при сравнительной оценке динамики снижения глубины пародонтального кармана после лечения больных в группах. У пациентов основной группы глубина пародонтального кармана после лечения уменьшилась на 1,5 мм ($P<0,05$), а в группе сравнения – на 1, 1 мм ($P>0,05$).

Таким образом, сравнительный анализ полученных результатов использования озонированной тромбоцитарной аутоплазмы доказал свою эффективность в комплексном лечении больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени. Применение этого метода в комплексной терапии, по сравнению с традиционным методом лечения, более существенно стабилизирует воспалительный процесс, что подтверждается положительной динамикой клинических проявлений и показателей пародонтальных индексов.

Список литературы:

1. Аболмасов Н.Г. Современные представления и размышления о комплексном лечении заболеваний пародонта // Российский стоматологический журнал. – 2009. № 5. С. 26.

2. Булацева З.А., Хетагуров С.К. Изучение кариесрезистентного действия медицинского озона // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». – 2008. Т. 10. № 2. С. 92-93.

3. Булкина Н.В., Моргунова В.М. Современные аспекты этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта. Особенности клинических проявлений рефрактерного пародонтита // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2-2. – С.415-420; URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7982108.

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

5. Масленников О.В., Конторщикова К.Н., Шахов Б.Е. Руководство по озонотерапии. – Н. Новгород: Издательство «Исток», – 2015. 346 с.

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

7. Успенская О.А., Качесова Е.С. Изменение гормонального статуса на фоне лечения быстропрогрессирующего пародонтита // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. № 1. С. 60-64.

8. Успенская О.А., Качесова Е.С. Изменения биохимических показателей крови при лечении быстропрогрессирующего пародонтита // Проблемы стоматологии. – 2017. Т. 13. № 2. С. 33-38.

9. Успенская О.А., Качесова Е.С. Повышение эффективности местного медикаментозного лечения быстро прогрессирующего пародонтита // Cathedra – кафедра. Стоматологическое образование. – 2017. № 59. С. 28-30.

10. Успенская О.А., Качесова Е.С. Роль общих и местных факторов в возникновении и развитии хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени // Современные проблемы науки и образования. – 2017. № 5. С. 188.

ВЛИНИЕ ОПТИМИЗИРОВАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шихнабиева Э.Д., Закарьяев А.З., Шихнебиев Д.А., Меджидов М.Н.
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
МЗ РФ, кафедра стоматологии ФПК и ППС, г. Махачкала

Актуальность. Современная стоматология рассматривает генерализованные формы воспалительных заболеваний пародонта как сочетанную патологию полости рта и внутренних органов, среди которых одно из ведущих мест занимают заболевания желудочно-кишечного тракта [1, 3, 4, 5]. Особенностью заболеваний пародонта на фоне хронического поражения желудочно-кишечного тракта является более ранняя, чем у лиц без соматической патологии, генерализация патологического процесса. На ранних стадиях в патологический процесс вовлекается пародонт всех зубов, выявляются более интенсивные явления воспаления, нередко сопровождающиеся выделением гноя из пародонтальных карманов. У больных с сочетанной гастродуоденальной патологией течение пародонтита часто носит непрерывно рецидивирующий характер, отмечается резистентность к традиционной терапии, ремиссия заболевания отличается нестойкостью. Это объясняется нарушением при коморбидных состояниях функции иммунной и эндокринной систем, микроциркуляции, гормональной регуляции, метаболизма соединительной ткани, минерального обмена и дефицитом витаминов [2]. Вышесказанное требует при лечении патологии пародонта учета соматического здоровья пациента, в том числе и состояния иммунитета.

В последние годы для коррекции иммунных дисфункций широко применяется отечественный препарат «Полиоксидоний», обладающий детоксицирующим, антиоксидантным и мембраностимулирующим свойствами, а в лечении кислотозависимых заболеваний желудочно-

кишечного тракта ведущее место занимают ингибиторы протонной помпы, в частности «Омепразол».

Цель исследования: изучить клинические особенности хронического генерализованного пародонтита (ХГП) при ГЭРБ на фоне проведения комплексной терапии с включением иммуномодулятора полиоксидония и ингибитора протонной помпы омепразола.

Материал и методы исследования. Проведено обследовано и лечение 86 пациентов (42 мужчин и 44 женщин) ХГП средней степени тяжести на фоне ГЭРБ (возраст – 19–55 лет), проходивших обследование и лечение в Республиканской стоматологической поликлинике МЗ Республики Дагестан, которые по способу лечения были рандомизированы на 2 группы: 1-я группа (основная) – 48 больных (22 мужчины и 26 женщин, средний возраст – 38,4 лет), которым в комплексное лечения включены иммуномодулятор «Полиоксидоний» (по 12 мг 2 раза в день, per os, в течение 10 дней) и ингибитор протонной помпы «Омепразол» (по 20 мг 2 раза в день, per os, в течение 1 месяца) – для лечения сопутствующей патологии (ГЭРБ), 2-я группа (группа сравнения) – 48 пациентов (25 мужчин и 23 женщины, средний возраст – 37,8 лет) – стандартная схема лечения (профессиональная гигиена полости рта с использованием скейлера и полировочных паст и щеток, обучение больных гигиене полости рта и ее контроль, противомикробный стоматологический гель «Метрагил Дента» в течение 7 дней 2 раза в сутки по 10 мин в виде аппликаций).

Обследование пародонтологического больного проводилось с помощью стандартных методов (основные и дополнительные): опрос, осмотр, индексные показатели состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта (упрощенный индекс гигиены по Грину-Вермильону – УИГ, гигиенический индекс Silness – Lце – SL, десневой индекс кровоточивости по Мюллеманну – ДИК, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс по Парме – ПМА, пародонтальный индекс Расселя – ПИ), рентгенологический метод обследования. Кроме того, определяли среднюю глубину

пародонтальных карманов и средний уровень потери зубодесневого соединения калиброванным зондом с четырех сторон зубов. Результаты исследования оценивали в динамике после проведенного лечения через 1 месяц. Диагноз ГЭРБ был поставлен на основании анализа опроса, клинического осмотра и результатов эзофагогастродуоденоскопии.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Biostat. Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Данные клинических исследований у пациентов исследованных групп представлены в таблице. Как видно из этих данных, комплексное лечение ХГП средней степени тяжести у больных ГЭРБ с применением полиоксидония и омепразола оказалось более эффективным, нежели использования при этом традиционной схемы терапии. Это подтверждается более выраженной положительной динамикой изменения основных как субъективных, так и объективных клинических параметров до и после проведенного лечения в основной группе по отношению к группе сравнения.

Таблица.

Данные клинических исследований у пациентов основной группы и группы сравнения до и после лечения

Клинический признак	ХГП+ГЭРБ (основная группа) (п=48)		ХГН+ГЭРБ (группа сравнения) (п=48)	
	до лечения	*после лечения*	*до лечения*	*после лечения*
Кровоточивость десен при чистке зубов, %	100,0	2,1	100,0	20,1
Болевые ощущения, %	97,1	2,1	95,8	22,9
Отложение зубного камня, %	100,0	2,1	100,0	20,8
Неприятный запах изо рта, %	91,7	6,3	89,6	29,2
Трудности с пережевыванием пищи, %	93,8	4,2	91,7	18,8
Гиперестезия зубов, %	52,1	2,1	47,9	12,5
Гноетечение из карманов, %	29,2	2,1	29,2	10,4

Глубина пародонтальных карманов, мм		4,8±0,3	1,7±0,3*	4,7±0,4	3,9±0,3
Уровень потери зубодесневого соединения, мм		5,5±0,4	2,3±0,3*	5,4±0,4	5,0±0,36
Подвиж-ность зубов, %	II-й степени	66,2	–	64,2	5,4
	I-й степени	33, 8	23,2	35,8	64,3
	отсутствие патологической подвижности	–	76,8	–	30,3

Примечание: * – достоверность разницы (P<0,05) показателей до и после лечения.

Что касается динамики индексной оценки гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта, то и здесь также наблюдалась картина, аналогичная вышеописанной. У пациентов основной группы до лечения гигиенические индексы составили: УИГ по Грину-Вермильону – 2,18±0,19, индекс SL – 1,63±0,12; пародонтологические параметры: ДИК по Мюллеманну – 1,91±0,03, индекс РМА по Парме – 43,79±2,81 и ПИ Расселя – 3,25±0,46. У пациентов группы сравнения эти показатели составили: УИГ – 2,11±0,29, индекс SL – 1,60±0,19, ДИК по Мюллеманну – 1,93±0,04, индекс РМА по Парме – 42,08±4,92 и ПИ Расселя – 3,07±0,49. После курсов лечения у пациентов обеих групп наблюдалась положительная динамика показателей исследуемых индексов, однако существенные изменения зарегистрированы у больных основной группы. Показатели индексной оценки в динамике у больных основной группы составили: УИГ по Грину-Вермильону – 0,73±0,17 (P<0,05), индекс SL – 1,03±0,11 (P<0,05), ДИК по Мюллеманну – 1,02±0,02 (P<0,05), индекс РМА по Парме – 19,17±1,23 (P<0,05) и ПИ по Расселю – 0,84±0,26 (P<0,05). У пациентов группы сравнения: УИГ по Грину-Вермильону – 1,49±0,27 (P>0,05), индекс SL – 1,19±0,11 (P>0,05), ДИК по Мюллеманну – 1,37±0,03 (P<0,05), индекс РМА по Парме – 32,05±3,88 (P>0,05) и ПИ по Расселю – 1,98±0,48 (P>0,05).

Существенное положительное влияние препаратов «Полиоксидоний» и «Омепразол» на результаты комплексной терапии подтверждается и при сравнительной оценке динамики снижения подвижности зубов, глубины пародонтального кармана и уровня потери зубодесневого соединения до и

после лечения больных в группах. Так, хотя к концу лечения наблюдалось уменьшение или полное отсутствие подвижности зубов у пациентов обеих групп, однако количество зубов без патологической подвижности в основной группе составило 76,8%, а в группе сравнения – 30,3%. У пациентов основной группы глубина пародонтального кармана после лечения уменьшилась на 3,2 мм, а в группе сравнения – на 0,4 мм ($P<0,05$). Уровень потери зубодесневого соединения после лечения в основной группе и в группе сравнения составил соответственно 3,6 мм и 2,0 мм ($P<0,05$).

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования показывают, что включение в комплексную терапию больных ХГП на фоне ГЭРБ иммуномодулятора «Полиоксидоний» и антисекреторного препарата «Омепразол» (последний с целью одновременного лечения сопутствующей патологии – ГЭРБ) значительно улучшает клинические показатели, тогда как при использовании традиционной терапии вышеуказанные показатели к концу лечения имели лишь тенденцию к нормализации. Полученные данные позволяют рекомендовать методику комплексного лечения ХГП у больных ГЭРБ с применением сочетания препаратов «Полиоксидоний» и «Омепразол» к использованию в широкой клинической практике.

Список литературы:

1. Гажва С.И., Иголкина Н.А. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта // Терапевтический архив. – 2013. № 85 (10). С. 116-118.

2. Джамалутдинова Т.Д. Особенности течения заболеваний пародонта на фоне лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 2011. 22 с.

3. Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н. Клинические особенности течения пародонтита и состояние гуморального иммунитета у больных хроническим пиелонефритом. Пародонтология. – М., 2014. № 1. С. 54-59.

4. Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н. Функциональная оценка эффективности оптимизированного комплексного лечения пародонтита у больных хроническим пиелонефритом // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Естественные и точные науки. – Махачкала, 2014. № 1. С. 93-99.

5. Новикова В.П., Шабалов А.М. Состояние полости рта у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) // Гастроэнтерология. – 2009. № 1. С. 25-28.

6. Успенская О.А., Качесова Е.С. Изменение гормонального статуса на фоне лечения быстропрогрессирующего пародонтита // Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. № 1. С. 60-64.

7. Успенская О.А., Качесова Е.С. Изменения биохимических показателей крови при лечении быстропрогрессирующего пародонтита // Проблемы стоматологии. – 2017. Т. 13. № 2. С. 33-38.

8. Успенская О.А., Качесова Е.С. Повышение эффективности местного медикаментозного лечения быстро прогрессирующего пародонтита // Cathedra - кафедра. Стоматологическое образование. 2017. № 59. С. 28-30.

9. Успенская О.А., Качесова Е.С. Роль общих и местных факторов в возникновении и развитии хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени // Современные проблемы науки и образования. – 2017. № 5. С. 188.

ВЛИЯНИЕСТАТИНОВ НА БИОХИМИЧЕСКИЙ СТАТУС И МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Болсуновский С.М.[1,2], д.м.н., профессор Казарина Л.Н.[1], к.м.н. Сулягина О.В.[1], Логинова И.А.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России», кафедра пропедевтической стоматологии, г. Нижний Новгород;

[2]ООО Медицинский центр «Элегра», г. Нижний Новгород

Введение. Болезни пародонта являются актуальной проблемой современной стоматологии и медицины в целом в связи с высокой распространенностью, склонностью к прогрессированию, многосторонним воздействием на зубочелюстную систему, и организм в целом [6]. На данный

момент окончательно не выявлены все этиологические и патогенетические механизмы тканевых изменений в пародонте, что говорит о безуспешности консервативной терапии и неэффективности профилактики [9]. Ведущее значение в этиопатогенезе пародонтологических заболеваний имеют воспалительно-деструктивные изменения в тканях пародонта как следствие бактериальной инвазии. Однако, степень этих изменений достаточно вариабельна, даже при одинаковом спектре микробных агентов [4]. Имеет место предположение о воздействии общесоматической патологии на степень деструктивных изменений в пародонте [5].

Учеными многократно изучалась взаимосвязь между состоянием органов ротовой полости и общесоматическими заболеваниями. Было выявлено, что эта связь вызвана метаболическими и гемодинамическими нарушениями, сбоями в иммунитете и нейрорегуляции, сдвигами микробиоценоза и др. [3, 15, 16].

В патогенезе хронического пародонтита (ХП) немаловажное значение имеют сахарный диабет (СД) и артериальная гипертензия (АГ) [8]. Вероятность развития пародонтита и степень его тяжести напрямую взаимосвязана с СД. Известно, что больные СД страдают воспалительными заболеваниями пародонта в 3 раза чаще, чем у пациенты без этой патологии [12]. Механизм данного взаимодействия остается до конца неизученным. Имеются предположения о том, что значимая роль принадлежит трофическим и микроциркуляторным нарушениям в тканях пародонта [19].

Актуальностью изучения взаимосвязи болезней пародонта и метаболического синдрома (МС) является, прежде всего, неуклонность возрастания и распространенность данных патологий. Общемировая статистика показывает, что в странах запада МС страдают 25–35% населения. Лица, чей возраст старше 60 лет с данным диагнозом составляют 42–45% [17]. При этом МС может протекать тяжело, неблагоприятны и его прогнозы [1]. Проблема МС привлекает внимание многих ученых в последние годы. G. Reaven впервые в 1998 г. описал под названием «Х-синдром» комплекс

симптомов, включающий в себя гиперинсулинемию, нарушение толерантности к глюкозе, гипертриглицеридемию, абдоминальное ожирение, артериальную гипертонию, ранний атеросклероз. Было выдвинуто предположение о том, что нарушения, входящие в синдром, связаны единым происхождением, а именно инсулинорезистентностью и компенсаторной гиперинсулинемией [10, 11]. Изменение состава иммунореактивного инсулина у больных метаболическим синдромом может способствовать развитию воспалительно-дистрофических изменений в тканях пародонта [7].

При лечении МС активно применяются препараты группы статинов, одним из которых является «Симвастатин». «Симвастатин» – гиполипидемический препарат, получаемый синтетическим путем из продукта ферментации Aspergillus terreus, является неактивным лактоном, в организме подвергается гидролизу с образованием гидроксикислотного производного. Активный метаболит подавляет ГМГ-КоА – редуктазу, фермент, катализирующий начальную реакцию образования мевалоната из ГМГ-КоА. Поскольку превращение ГМГ-КоА в мевалонат представляет собой ранний этап синтеза холестерина, то применение симвастина не вызывает накопления в организме потенциально токсичных стеролов. ГМГ-КоА легко метаболизируется до ацетил-КоА, который участвует во многих процессах синтеза в организме. Снижает концентрацию триглицеридов (ТГ), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП) и общего холестерина (ОХ) в плазме (в случаях гетерозиготной семейной и несемейной форм гиперхолестеринемии, при смешанной гиперлипидемии, когда повышение холестерина является фактором риска). Повышает концентрацию липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), уменьшает соотношение ЛПНП/ЛПВП и ОХ/ЛПВП.

Для местного лечения воспалительных заболеваний пародонта активно применяются фитопрепараты на основе трав, одним из которых является «Пародонтоцид» (Россия, МосФарма). «Пародонтоцид» – раствор для местного применения, в состав которого входят масла шалфея мускатного,

гвоздики и мяты; тимол, эвгенол, фторид натрия, фенилсалицилат. Препарат обладает антисептическим, противовоспалительным и болеутоляющим действием.

На сегодняшний день очень мало работ, в которых бы упоминалось влияние статинов на изменение биохимического статуса и микроциркуляции тканей пародонта у больных ХП и МС.

Цель исследования: изучить влияние статинов на биохимический статус и микроциркуляцию тканей пародонта в комплексном лечении больных хроническим пародонтитом на фоне метаболического синдрома.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры пропедевтической стоматологии Приволжского исследовательского медицинского университета, кардиологического отделения городской клинической больницы №5 г. Нижнего Новгорода и ООО Медицинский центр «Элегра».

Для исследования были сформированы 4 группы пациентов, состоящие из 120 человек (по 30 человек в каждой группе), в возрасте от 20 до 65 лет, с подтвержденными диагнозами МС и хронический пародонтит (ХП). Диагноз МС устанавливался врачами-кардиологами на основании комплексного клинико-лабораторного обследования. Пациентам наряду с классической терапией пародонтита в комплексное лечение были включены препараты «Симвастатин» и «Пародонтоцид».

В зависимости от различных методов лечения пациенты были рандоминизированы на следующие группы:

1 группа – пациенты, получающие стандартное лечение ХП с применением препаратов «Пародонтоцид» и «Симвастатин».

2 группа – пациенты, получающие стандартное лечение ХП с применением препарата «Симвастатин».

3 группа – пациенты, получающие стандартное лечение ХП с применением препарата «Пародонтоцид».

4 группа (группа сравнения) – пациенты, получающие стандартное лечение ХП.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Стоматологическое обследование больных включало визуальный анализ внешнего вида лица, зубных рядов и тканей пародонта, рентгенологическое исследование.

У пациентов всех групп был осуществлен забор ротовой жидкости, как до лечения ХП и МС, так и после проведенного курса лечения. В слюне был исследован ряд следующих биохимических показателей: АлАТ, АсАТ, глюкоза, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП с помощью кинетического метода – спектрофотометрии IFCC. Забор ротовой жидкости проводились натощак, с согласия пациентов.

Всем пациентам, включенным в исследование, была проведена комплексная традиционная терапия ХП. Больные первой и второй групп получали симвастатин по 20 мг/сутки вечером после ужина однократно в течение 30 дней. Было рекомендовано соблюдение диеты с ограничением жиров до 25–30% от общей энергетической ценности пищи и уменьшение употребления продуктов с высоким содержанием холестерина, расширение двигательного режима.

Препарат «Пародонтоцид» применяли больные первой и третьей групп в виде полосканий по 15–20 капель на треть стакана воды 2 раза в день после чистки зубов (утром и вечером) в течение 2 недель.

Для определения показателя микроциркуляции в тканях пародонта использовалась лазерная допплеровская флоуметрия (ЛДФ). Данный метод основан на лазерной допплеровской низкочастотной спектроскопии с использованием излучения гелий-неонового лазера малой мощности и длиной волны 632,8 нм, который хорошо проникает в поверхностные слои тканей. Использовался лазерный анализатор «ЛАКК-01» (НПП «ЛАЗМА» Россия).

Запись исходной допплерограммы проводили на уровне маргинальной десны слизистой оболочки альвеолярного отростка передней группы зубов

верхней и нижней челюстей. Продолжительность каждого измерения составляла 60 секунд. Соотношение пассивных и активных процессов в системе микроциркуляции обозначали, как индекс, характеризующий эффективность микроциркуляции.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного лечения получены лабораторные данные, характеризующие динамику показателей биохимического статуса и состояния микроциркуляторного русла тканей пародонта, которые сведены в нижеследующие таблицы.

Таблица 1.

Динамика биохимических показателей ротовой жидкости у больных ХП и МС до и после лечения

Группы пациентов	Сроки исследований	АсАТ, е/л	АлАТ, е/л	Глюкоза, ммоль/л
Группа № 1	До лечения	54,80±3,81	26,94±2,68	0,12±0,01
	После лечения	37,18±3,94*	19,79±2,06*	0,08±0,01*
Группа № 2	До лечения	53,47±1,43	34,68±2,01	0,11±0,01
	После лечения	42,21±1,12**	29,01±1,77***	0,08±0,01*
Группа № 3	До лечения	53,87±1,29	35,23±2,12	0,11±0,01
	После лечения	51,91±1,49***	32,52±1,89***	0,09±0,01*
Группа сравнения	До лечения	63,27±3,05	31,25±2,57	0,10±0,01
	После лечения	62,46±2,71***	29,65±2,51	0,095±0,01***

Примечание: * – при $p<0,001$; ** – при $p<0,01$; *** – при $p>0,05$.

Из представленных таблиц 1 и 2 следует, что проведенное нами исследование демонстрирует положительный результат комплексного лечения ХП у больных МС. Причем у пациентов из первой и второй групп лечение ХП было более эффективным по сравнению с остальными группами.

Таблица 2.

Динамика биохимических показателей ротовой жидкости у больных ХП и МС до и после лечения

Группы пациентов	Сроки исследований	ТГ, ммоль/л	ОХ, ммоль/л	ЛПВП, ммоль/л	ЛПНП, ммоль/л
Группа № 1	До лечения	0,04±0,01	0,08±0,02	0,08±0,01	0,04±0,001
	После лечения	0,01±0,001**	0,04±0,02*	0,12±0,01*	0,01±0,001**
Группа № 2	До лечения	0,05±0,01	0,07±0,02	0,08±0,01	0,04±0,01
	После лечения	0,03±0,01*	0,04±0,02*	0,11±0,01*	0,02±0,01*
Группа № 3	До лечения	0,05±0,01	0,08±0,02	0,09±0,01	0,04±0,01
	После лечения	0,04±0,01*	0,06±0,02*	0,11±0,01*	0,03±0,01*
Группа сравнения	До лечения	0,05±0,01	0,07±0,01	0,08±0,01	0,04±0,01
	После лечения	0,045±0,01***	0,06±0,01***	0,09±0,01*	0,035±0,01*

Примечание: * – при p<0,001; ** – при p<0,05; *** – при p>0,05.

Показатели состояния микроциркуляторного русла тканей пародонта изучались нами у пациентов первой группы (получавших симвастатин и пародонтоцид). Для понимания полученных результатов нами были рассмотрены следующие величины:

M – среднее арифметическое ПМ до и после лечения.

y – среднее квадратичное отклонение ПМ до и после лечения.

KV – коэффициент вариации до и после лечения.

ИЭМ – индекс эффективности микроциркуляции.

AmaxCF – амплитуда пульсовых колебаний.

AmaxHF – амплитуда высокочастотных колебаний.

Таблица 3.

Динамика показателей микроциркуляции в тканях пародонта у пациентов с ХП и МС (1 группа)

	М (ПЕ)	д (ПЕ)	KV (%)	A max HF	A max CF	ИЭМ
Нижняя челюсть						
Контроль	6,02±0,39	0,81±0,10	12,92±1,20	0,36±0,01	0,62±0,03	1,08±0,08
До лечения	4,03±0,33	0,37±0,04	9,40±1,15	0,47±0,07	0,54±0,06	0,97±0,11
После лечения	5,77±0,20*	0,86±0,11**	14,77±1,67	0,29±0,05	0,64±0,06**	1,29±0,14*
Через 3 месяца после лечения	5,37±0,33	0,47±0,04	12,40±1,15	0,35±0,07	0,58±0,06	1,10±0,11
Через 6 месяцев после лечения	5,03±0,20*	0,66±0,11**	10,77±1,67	0,39±0,05	0,60±0,06**	1,03±0,14*
	М (ПЕ)	д (ПЕ)	KV (%)	A max HF	A max CF	ИЭМ
Верхняя челюсть						
Контроль	5,30±0,31	0,68±0,09	13,54±1,09	0,31±0,03	0,70±0,06	1,20±0,09
До лечения	3,60±0,32	0,29±0,05	7,918±0,78	0,53±0,02	0,67±0,07	0,93±0,07
После лечения	5,70±0,61*	0,61±0,11**	12,93±1,54*	0,33±0,04*	0,72±0,05*	1,15±0,12*
Через 3 месяца после лечения	5,10±0,32	0,39±0,05	9,918±0,78	0,43±0,02	0,70±0,07	0,99±0,07
Через 6 месяцев после лечения	4,70±0,61*	0,51±0,11**	10,93±1,54*	0,49±0,04*	0,69±0,05*	0,97±0,12*

Примечание: * – при значениях $p<0,05$, ** – при значениях $p<0,01$.

По результатам ЛДФ у больных ХП и МС в тканях пародонта преобладают дистрофические процессы, во многом обусловленные расстройством микроциркуляции.

Из таблицы 3 следует, что проведенное нами исследование состояния микроциркуляторного русла тканей пародонта при ХП у больных МС демонстрирует положительный результат комплексного лечения, включающего курс препарата «Симвастатин», вследствие которого, имеет место нормализация полученных показателей во всех исследуемых зонах пародонта.

Выводы. Включение симвастатина в комплексную терапию ХП у больных МС улучшает клинические показатели состояния тканей пародонта, снижает концентрацию ОХ, ТГ, ЛПНП, АлАТ, АсАТ, глюкозы в ротовой жидкости, повышает концентрацию ЛПВП у данной категории больных, а также нормализует микроциркуляцию тканей пародонта, тем самым делая лечение ХГПС у больных МС наиболее эффективным.

Использование препарата «Пародонтоцид» в сочетанной терапии с симвастатином демонстрирует наилучший результат лечения ХП у больных МС.

Список литературы:

1. Адамчик А.С. Метаболический синдром: пути оптимизации лечения / А.С. Адамчик, Р.Н. Хакунов, Ю.Ю. Даутов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. № 1 (136). С. 18-22.

3. Бугрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению. РМЖ. – 2005. № 9 (2). С. 56-60.

4. Гросси Г. Воспалительные процессы в полости рта и сердечно-сосудистые заболевания. Клиническая стоматология. – 2007. № 3. С. 40-44.

5. Грудянов А.И., Заболевания пародонта. М: Медицинское информационное агенство. – 2009. 336 с.

6. Дмитриева Л.А. Пародонтология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2014. 704 с.

7. Ермолаева Л.А. Анализ состояния пародонта у больных с абдоминальным ожирением / Л.А. Ермолаева, А.Н. Шишкин, Н.А. Лепеева // Стоматологический научно-образовательный журнал. – 2012. № 3-4. С. 8-13.

8. Казарина Л.Н., Болсуновский С.М. Влияние статинов на микроциркуляцию тканей пародонта у больных метаболическим синдромом. Медицина. – 2016. № 2. С. 43-50.

9. Кречина Е.К. Оценка нарушений гемодинамики тканевого кровотока в тканях десны в норме и при заболеваниях пародонта по данным ультразвуковой допплерографии / Е.К. Кречина, Э.Н. Рахимова // Стоматология. – 2005. С. 24-27.

10. Орехова Л.Ю., Кучумова Е.Д., Бармашева А.А., Худовекова Е.С., Станиславская И.А. Состояние пародонта у больных с метаболическим синдромом // Пародонтология. – 2010. № 2 (59). С. 28-31.

11. Орехова Л.Ю., Силина Э.С., Мусаева Р.С., Бармашева А.А. Сравнение эффективности применения специализированных средств для проведения индивидульной гигиены полости рта у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Пародонтология. – 2013. № 4 (69). С. 7-11.

12. Кузьмина Э.М., Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. – М.: МГМСУ, – 2009. 228 с.

13. Суковач О.Г. Патофизиологическое обоснование применения комплексной антиоксидантной терапии при воспалении слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом II типа и атеросклерозом: дис. канд. мед. наук: 14.00.16 / Суковач Ольга Григорьевна. – Ростов-на-Дону, – 2008. С. 27-28.

14. Khader Y. Periodontal status of patients with metabolic syndrome compared to those without metabolic syndrome / Y. Khader, B. Khassawneh, B. Obeidat et al. // J Periodontol. – 2008. Vol. 79. P. 48-53.

14. Preshaw P.M. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship / P.M. Preshaw, A.L. Alba, D. Herrera et al. // Diabetologia. – 2012. Vol. 55 (1). P. 21.

15. Успенская О.А., Качесова Е.С. Изменение гормонального статуса на фоне лечения быстропрогрессирующего пародонтита // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. № 1. С. 60-64.

16. Успенская О.А., Качесова Е.С. Изменения биохимических показателей крови при лечении быстропрогрессирующего пародонтита // Проблемы стоматологии. – 2017. Т. 13. № 2. С. 33-38.

17. Успенская О.А., Качесова Е.С. Повышение эффективности местного медикаментозного лечения быстро прогрессирующего пародонтита // Cathedra – кафедра. Стоматологическое образование. – 2017. № 59. С. 28-30.

18. Успенская О.А., Качесова Е.С. Роль общих и местных факторов в возникновении и развитии хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени // Современные проблемы науки и образования. – 2017. № 5. С. 188.

СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕННОСТИ ЛИЦ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА КАРИЕСОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Реминова Т.Л., Фролова В.В., Реминова Э.О., Булавина А.Л.

ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ; БУЗ УР СП № 2 МЗ УР, кафедра терапевтической стоматологии, г. Ижевск

Известно, что распространенность кариеса с возрастом увеличивается [4, 3], а обращаемость по поводу пульпита и периодонтита снижается [1].

Конечно, можно с уверенностью согласиться с тем, что показатель интенсивности кариеса (индекс КПУ) с возрастом повышается, и он будет значительно больше у лиц пожилого и старческого возраста, чем у людей молодых, но заболеваемость кариесом может быть и одинаковая.

Поэтому целью исследования было – изучить особенности кариозного поражения зубов и развития его осложнений у лиц различного возраста.

Было обследовано 1029 пациентов, обратившихся на прием к врачу-стоматологу-терапевту впервые в течение года исследования. В зависимости от возраста (согласно классификации ВОЗ) все обследованные сформировали 4 группы. В первую группу вошло 543 человека молодого возраста (от 18 до 44 лет), во вторую – 208 человек среднего возраста (от 45 до 59 лет), в третью – 229 пациентов пожилого возраста (от 60 до 74 лет) и в четвёртую – 49 человек старческого возраста (от 75 до 89 лет). У всех пациентов путём клинического и рентгенологического обследования (по показаниям) диагностировали заболевания зубов: кариес, пульпит, периодонтит. Диагноз выставляли согласно классификации МКБ-10 и клинических рекомендаций по лечению пациентов с кариесом, пульпитом и периодонтитом, утвержденных Советом Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года [2].

Полученные цифровые данные обрабатывали с использованием стандартных методов вариационной статистики. Сравнение средних показателей проводили с помощью *t*-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Установлено, что из 1029 пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, 52,7% составили лица молодого возраста, 20,2% – это пациенты среднего возраста, 22,2% – пожилые люди и 4,7% – лица старческого (преклонного) возраста. Иными словами, обнаружено, что за стоматологической помощью чаще обращаются лица молодого и среднего возраста, т. е. трудоспособное население. Однако среднее число вновь выявленных кариозных поражений у лиц различного возраста оказалось одинаковое. Так, если у лиц молодого возраста впервые диагностировано в среднем на одного пациента 1,36±0,04 кариозных поражения, у лиц среднего возраста – 0,96±0,03, то у лиц пожилого возраста и стариков, соответственно: 1,08±0,03 и 1,06±0,04 (*P*0,05). Вместе с тем, частота локализаций кариозных поражений у лиц различного возраста, согласно классификации Блека, оказалась неодинаковая. Так, в молодом возрасте это были преимущественно кариозные полости II и I классов по Блеку (II класс – 43,2%, I класс – 33,0%, III класс – 13,6%, V класс – 7,9% и IV класс – 2,3%), в среднем возрасте на первом месте по встречаемости оказались кариозные поражения II класса по Блеку (II класс – 42,5%, III класс – 27,5%, I класс – 15,0%, V класс – 2,24%, IV класс – 2,0%), у лиц пожилого и старческого возраста – III класса по Блеку (соответственно: III класс – 30,9%, II класс – 26,9%, V класс -24,6%, I и IV классы встречались с частотой в 8,8%; у стариков – III класс – 34,6%, II и V классы – встречались с частотой в 25,0% , I и IV классы – с частотой в 7,7%).

Число случаев пульпита в среднем на одного пациента среди лиц пожилого и старческого возраста было выше (0,41±0,02 и 0,48±0,03), чем среди молодых и лиц среднего возраста (0,23±0,01 и 0,31±0,02). Причем, острый пульпит чаще диагностировался среди пожилых пациентов, чем среди обследованных других возрастных групп (табл. 1).

Таблица 1.

Частота диагностирования (в процентах) различных форм пульпита в группах пациентов неодинакового возраста

Формы пульпита	Группы			
	Первая	Вторая	Третья	Четвёртая
Острый	3,1	21,9*	32,9*	8,3***
Хронический	53,6	50,0	51,1	58,3

Примечание: * – существенное различие с первой группой,
*** – существенное различие с третьей группой.

Частота острого и хронического периодонтита среди лиц различного возраста на приёме врача-стоматолога-терапевта была одинаковая (табл. 2).

Таблица 2.

Частота диагностирования (в процентах) различных форм периодонтита в группах пациентов неодинакового возраста

Формы периодонтита	Группы			
	Первая	Вторая	Третья	Четвёртая
Острый	47,4	44,4	57,4	50,0
Хронический	52,6	55,6	42,6	50,0

Примечание: различия между группами несущественное.

Хотя среднее количество случаев периодонтита на одного обследованного среди лиц пожилого и старческого возраста (0,24±0,02 и 0,20±0,01) было выше, чем среди молодых и лиц зрелого возраста (0,14±0,01 и 0,17±0,01).

Если определять рейтинг заболеваемости пульпитом и периодонтитом, то, по нашим данным, самая высокая частота диагностирования пульпита и периодонтита на приёме врача-стоматолога-терапевта отмечена среди лиц старческого возраста (пульпит диагностирован в 44,8%, периодонтит – в 16,9%), чуть ниже частота встречаемости этих заболеваний у лиц пожилого

возраста (соответственно: 26,9% и 13,9% – *P*0,001, *P*0,05), ещё ниже – у лиц молодого (24,1% и 12,3% – *P*0,001, *P*0,025) и среднего возраста (23,4% и 11,3% – *P*0,001, *P*0,01), по сравнению с лицами преклонного возраста.

Таким образом, в результате исследования установлено, что частота выявления новых кариозных поражений на приеме врача-стоматолога-терапевта у лиц различного возраста одинаковая, но, если у лиц молодого и зрелого возраста кариесом чаще всего поражается жевательная группа зубов (I и II классы по Блеку), то у лиц пожилого и старческого возраста – это передняя группа зубов (III класс). У лиц пожилого и старческого возраста отмечена высокая заболеваемость пульпитом и периодонтитом, она существенно выше, чем среди лиц молодого и среднего возраста, особенно острыми формами пульпита.

Следовательно, заболеваемость кариесом зубов практически одинаковая в различных возрастных группах населения, а частота обращений по поводу пульпита и периодонтита с возрастом увеличивается.

Список литературы:

1. Заксон М.Л. Пратическая геронтостоматолгия и гериатрия / М.Л. Заксон, Г.Д. Овруцкий, М.И. Пясецкий, А.М. Солнцев – Киев: Здоров’я, – 1993. 267 с.
2. Клинические рекомендации (протоколы лечения) – www.e-stomatology.ru.
3. Нажмутдинов Ш.А. Распространенность основных стоматологических заболеваний среди пожилого населения высокогорных районов республики Дагестан / Ш.А. Нажмутдинов, Ф.Ю. Даурова, З.С. Хабадзе // Российский стом. журн. – 2011. № 4. С. 45-47.
4. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под редакцией проф. Э.М. Кузьминой – М.: Информэлектро, – 1999. 228 с.
5. Успенская О.А., Круглова Н.В., Галичев Д.А. Особенности лечения неосложненного кариеса у беременных // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. № 12-3. С. 409.
6. Успенская О.А., Круглова Н.В. Стоматологическое здоровье учащихся нижегородской епархии // Стоматология. – 2016. Т. 95. № 6-2. С. 130-131.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ (ПО ДАННЫМ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ПРИЕМА)

К.м.н., доцент Пурсанова А.Е., д.м.н., профессор Казарина Л.Н., Белозеров А.Е.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра пропедевтической стоматологии, г. Нижний Новгород

С клинической и патоморфологической точки зрения к предраковым состояниям относят любые хронические заболевания, сопровождающиеся образованием в тканях очагов избыточной пролиферации клеток, на фоне которых может развиться рак. Выявление и лечение пациентов с предраковыми заболеваниями, ранними стадиями развития злокачественного процесса позволяют добиться максимальной выживаемости пациентов с наименьшей инвалидизацией и значительным снижением финансовых расходов на их лечение [1, 2].

Онкологическая настороженность, знание многообразия клинической картины предикторных изменений тканей и органов полости рта, а также использование современных скрининговых, морфологических методов диагностики врачами-стоматологами является основой профилактики клеточной трансформации. Несмотря на кажущуюся простоту клинической визуализации предраковых изменений слизистой оболочки рта (СОР) и красной каймы губ (ККГ) в связи с наружной локализацией, определение нозологической формы заболевания у практикующих врачей составляет определенные трудности [6, 7].

Проведенные ранее исследования показали, что только 42,8% врачей-стоматологов дифференцируют ранние проявления рака тканей и органов ротовой полости, 4,2% респондентов могут правильно провести первичные

диагностические мероприятия по выявлению патологии данной локализации [4, 5].

Поэтому необходимо проведение организационно-методической работы и повышения уровня знаний стоматологов о ранних клинических проявлениях предраковых заболеваний тканей и органов полости рта, ранних признаках озлокачествления на первичном приеме.

В связи с этим **целью настоящего исследования** явилась оценка структуры и факторов риска развития предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ по данным консультативного приема.

Материал и методы. Стоматологическая поликлиника ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России является профильным центром диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки рта (СОР) и красной каймы губ (ККГ) для населения г. Нижнего Новгорода и Нижегородской области, а также ближайших регионов ПФО. Ежегодно за консультативной помощью обращается 400–450 пациентов с данной патологией.

На базе кафедры пропедевтической стоматологии за 2015–2017 годы обследовано 300 пациентов с заболеваниями СОР и ККГ в возрасте 31–82 лет, средний возраст составил 54,1±0,2 года. Из них у 94 человек (31,3%) выявлены различные формы факультативного предрака: эрозивно-язвенная форма плоского лишая (ПЛ) – у 47 человек (50%), эрозивная форма лейкоплакии – у 20 больных (21,3%), веррукозная лейкоплакия – у 12 человека (12,8%); декубитальная язва – у 12 человек (12,8%), хейлит Манганотти – у 3 пациентов (3,1%).

Обследование больных включало традиционные методы: опрос, сбор анамнеза, визуальный осмотр, пальпацию регионарных лимфатических узлов, осмотр зубных рядов. Особое внимание уделялось исследованию ортопедических конструкций, острых краев зубов, коронок, зубных протезов. Для определения площади патологических очагов проводилось их фотодокументирование и измерение продольного (a) и поперечного размера (b) при помощи пародонтального зонда. Площадь одиночной язвы, эрозии

вычислялась по формуле S=aЧb, при наличии нескольких патологических элементов рассчитывалась суммарная площадь пораженной поверхности по формуле $S= S_1+S_2+S_{3+}n$.

Всем больным проводилась флуоресцентная диагностики при помощи комплекта АФС-Д («Полироник»), а также гальванометрия протезов в парах точек «металл-металл», «металл-слизистая оболочка». Все пациенты были обследованы при обращении, на 7-й, 10-й, 14-й, 21-й день, 1 месяц и каждые 3–6–12 месяцев диспансерного наблюдения. По результатам онкоскрининга, а также больные с длительностью заболевания более 1 месяца были направлены на цито- и гистологическое исследование, которое проводилось на базе поликлиники ГБУЗ «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер».

Результаты. Болевой синдром наблюдался у большинства обратившихся пациентов (89,2%). Они предъявляли жалобы на боли при приеме пищи, особенно острой, кислой или соленой. При этом нарушение вкусовой чувствительности, парестезии в полости рта наблюдались у 75,2% больных. Дисфукция слюноотделения в виде повышения либо, напротив, его снижения отмечалась у 36,6% пациентов. Начало заболевания 45% пациентов связывали с неудачным протезированием либо с удалением зубов, в остальных случаях пусковым механизмом являлся сильный стресс.

По данным анамнеза было выявлено, что 76% больных ранее обращались за стоматологической помощью. В направлении от лечащих врачей верный полный клинический диагноз зарегистрирован в 12,1% случаев. При опросе было выяснено, что при постановке диагноза практикующие врачи других медицинских учреждений в 97,9% проводили только визуальный осмотр. Дополнительные методы исследования как стоматоскопия, флюоресцентная диагностика использовалась у 1 пациента; 12 (12,5%) больных были ранее обследованы на грибы рода Candida. Морфологическое исследование при давности заболевания от нескольких месяцев до нескольких лет было проведено только 2 (2,1%) пациентам. Все

это указывает на недостаточное знание врачами-стоматологами четкого алгоритма диагностики и тактики ведения данной категории больных.

При анализе сопутствующей патологии у пациентов с факультативными предраковыми поражениями органов и тканей полости рта получены следующие результаты: гипертоническая болезнь служила фоном у 27 человек (71,3%), заболевания желудочно-кишечного тракта – у 48 человек (51,1%), сахарный диабет – 15 человек (15,9%), ревматоидный артрит – 10 (10,6%), заболевания крови имели 2 человека (2,1%). При этом у 84 больных (89,3%) выявлена коморбидная патология, то есть сочетание двух и более заболеваний внутренних органов, чаще всего сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Психоэмоциональное напряжение, канцерофобию и низкую эффективность предшествующей терапии отмечало более половины обследованных.

При объективном осмотре 90 больных (95,7%) с дискератозами имели частичную потерю зубов, средние значения индекса КПУ составили 18,4±0,02. Из них у 59 пациентов (61,5%) имелись некачественные ортопедические конструкции: у 20 человек – штампованно-паянные из нержавеющей стали без напыления, у 10 – те же конструкции с напылением, у 29 пациентов – металлокерамические коронки и мостовидные протезы. Острые края зубов или коронок являлись причиной декубитальной язвы у 12 больных (12,8%). Выявленные нарушения были устранены врачом стоматологом-ортопедом и включали снятие конструкций, временное и постоянное протезирование, а также совместное со стоматологом-терапевтом динамическое наблюдение.

Заболевания пародонта в виде хронического гингивита и пародонтита обнаружены в 100% случаев. Синдром Гриншпана, т. е. сочетание плоского лишая СОР, гипертонической болезни и сахарного диабета имело место у 17 человек (18,1%). Все они были проконсультированы врачами-терапевтом и эндокринологом и находились на поддерживающей терапии.

В результате онкоскрининга у трети обратившихся выявлено нарушение аутофлюоресценции мягких тканей полости рта в виде усиления или, напротив, снижения его интенсивности. Так, у 94 человек (31,3%) эндогенное флюоресцентное свечение отличалось от свечения здоровой слизистой оболочки. Из них у 79 больных (84%) с эрозивно-язвенными заболеваниями СОР и ККГ выявлено гашение флюоресценции, которое визуализировало в виде темных участков без видимого свечения. В очагах гиперкератоза, напротив, отмечено усиление флюоресценции в виде ярко-белого свечения. По результатам онкоскрининга у 3-х больных выявлено неоднородное ярко-красное или бурое свечение патологических элементов, впоследствии у них был морфологически верифицирован плоскоклеточный рак СОР.

Таблица 1.

Площадь эрозивной поверхности при предраковых заболеваниях СОР и ККГ

Клинический диагноз	Площадь, $см^2$
Эрозивно-язвенная форма ПЛ СОР (n=47)	3,94±0,2
Эрозивная форма лейкоплакии СОР (n=20)	3,12±0,01
Декубитальная язва СОР (n=12)	1,34±0,01

Выводы. Опыт консультативного приема больных с заболеваниями слизистой оболочки рта и красной каймы губ обнаруживает проблему недостаточного знания врачами первичного поликлинического звена, специалистами частнопрактикующих клиник клинической картины, дифференциальной диагностики, стратегии и тактики ведения пациентов с предраковой патологией.

По-нашему мнению, наряду с рутинными традиционными методиками диагностики предикторных поражений тканей и органов полости рта и губ необходима разработка четкого алгоритма диагностики, широкое внедрение скрининговых быстрых систем визуализации, быстрых малоинвазивых лабораторных, в том числе цитологических исследований.

Список литературы:

1. Булгакова Н.Н. Аутофлюоресцентная стоматоскопия как метод онкоскрининга заболеваний слизистой оболочки рта / Булгакова Н.Н., Волков Е.А., Позднякова Т.И. // Российский стоматологический журнал. – 2015. № 1. С. 27-30.
2. Вильданов М.Н. Оптимизация диагностики и консервативного лечения кератозов слизистой оболочки рта и красной каймы губ: Автореферат дис. … канд. мед. наук (14.01.14) / Вильданов Марат Насифович. – Уфа, 2017. 28 с.
3. Гажва С.И., Казарина Л.Н., Косюга С.Ю., Кочнева О.Н., Лившиц Ю.Н., Лукиных Л.М., Рацюк М.М., Салопаева С.П., Успенская О.А., Чупрунова И.И., Шестопалова Л.В., Шумрикова О.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ у детей. Нижний Новгород, 2004.
4. Гилева О.С. Предраковые заболевания в структуре заболеваний слизистой оболочки рта / Гилева О.С., Либик Т.В., Позднякова А.А., Сатюкова Л.Я. // Проблемы стоматологии. – 2013. № 2. С. 1-9.
5. Ласкарис Д. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта: рук-во для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, – 2006. 299 с.
6. Смирнова Ю.А. Сравнительная оценка скрининговых методов диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки рта: Автореферат дис. кан.мед.наук (14.01.14) / Смирнова Юлия Александровна. – Москва, 2014. 25 с.
7. Успенская О.А., Шевченко Е.А. Заболевания слизистой оболочки полости рта Нижний Новгород, – 2017. С. 254-292.
8. Харченко В.П. Малоинвазивные вмешательства под УЗИ контролем в клинике внутренних болезней. – Смоленск, 2005. 192 с.
9. Шумский А.В. Онкология для стоматологов. Стоматология для онкологов: монография. – М.: Издательство «Все правильно!», 2016. 391 с.

ОСОБЕННОСТИ ИЗОЛЯЦИИ РАБОЧЕГО ПОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ ПО V КЛАССУ БЛЭКА

Д.м.н., доцент Успенская О.А., к.м.н., доцент Жданова М.Л., Фадеева И.И., Темнова А.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра терапевтической стоматологии, г. Нижний Новгород

Введение. По распространенности кариозные и некариозные поражения зубов занимают одно из первых мест в мире среди заболеваний человека. Одной из распространенных локализаций является пришеечная область. Развитию заболевания в пришеечной области способствуют такие факторы, как труднодоступность данного участка для проведения гигиенических процедур. К заболеваниям, развивающимся в пришеечной области относятся: клиновидный дефект, кариес дентина (Блек по V классу), некроз твердых тканей.

Клиновидный дефект (К03.1) – поражение твердых тканей зубов некариозного происхождения, развивающееся после их прорезывания, характеризующееся образованием в области шейки зуба дефекта клиновидной формы. Дно плотное, крепитирующее, не пигментированное.



Рис. 1. Клиновидные дефекты (К03.1) зубы 2.3, 2.4, 2.6.

Кариозное поражение V класс по Блеку (Кариес дентина K02.1) – кариозный процесс с локализацией в придесневой области, то есть в области шейки зуба. Общепризнанным механизмом возникновения кариеса является прогрессирующая деминерализация твердых тканей зубов под действием органических кислот, образование которых связано с деятельностью микроорганизмов. Пришеечный кариес как любое другое кариозное поражение может быть в стадии пятна, кариеса эмали, кариеса дентина. В начальной стадии эмаль в области шейки зуба теряет блеск и становится матовой; на ней появляется светлое (меловидное) либо пигментированное пятно с гладкой поверхностью; клинические проявления отсутствуют. В дальнейшем поверхность пятна становится шероховатой, что свидетельствует о начавшемся разрушении эмали; субъективные ощущения характеризуются кратковременной болезненной реакцией на химические, механические и температурные раздражители. Это свидетельствует о переходе пришеечного кариеса в следующую клинико-морфологическую стадию – кариес эмали. Тонкий слой эмали в области шейки зуба способствует достаточно быстрому переходу в кариес дентина, который клинически проявляются образованием кариозной полости с деструкцией эмалево-дентинного соединения и изменениями в дентине.



Рис. 2. Кариес дентина (K02.1) зубы 3.4, 3.3.

Некроз твердых тканей зуба (K03.8) – это некариозное разрушение структуры эмали и дентина зубов из-за воздействия негативных эндогенных и экзогенных факторов. К эндогенным причинам относятся нарушения

функции желёз внутренней секреции (тиреотоксикоз, патология беременности), нарушение функций центральной нервной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта (гиперацидный гастрит). Экзогенными факторами являются токсические вещества на производствах, прием некоторых видов лекарственных препаратов (например, оральные контрацептивы), радиологическое излучение. В начале заболевания появляются меловидные пятна в пришеечной области на вестибулярной поверхности эмали зубов, по мере прогрессирования заболевания образуются полости с неровными границами.



Рис. 3. Некроз твердых тканей зубов (K03.8) 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.2, 4.3, 4.4.

Цель работы: провести сравнительный обзор современных методов изоляции рабочего поля при лечении полостей, расположенных в пришеечной области.

Материалы и методы. Исследовали 2 группы пациентов: 1 группа с кариозными поражениями в пришеечной области (12 человек), 2 группа с некариозными поражениями в пришеечной области(6 человек). Исследование проводили с помощью визуального осмотра, использованием кариеса-маркера.

Результаты. Пломбирование пришеечной области сложно из-за близкого расположения десны, большого количества ротовой жидкости и десневой жидкости, постоянно подтекающей в зону пломбирования, для

устранения этих трудностей используют ряд дополнительных средств и материалов:

1) Использование ретракционной нити. Ретракция зубодесневой бороздки – это комплекс мер, направленных на временное расширение зубодесневой бороздки в вертикальном и горизонтальном направлении за счет оттеснения и уменьшения объема тканей десны, остановку или предупреждение кровотечения и уменьшение выделения десневой жидкости. (Gingi Pack (Gingi Pack), Sure Cord (Sure endo), Ultra Pack (Ultradent), Ретрикс (Северная фабрика).



Рис. 4. Использование ретракционной нити.



Рис. 5. Ultra Pack (Ultradent).

2) Ретракционные пасты обеспечивают комбинированную ретракцию, т. е. увеличение пасты в объеме в процессе химической реакции и механическое расширение десневой бороздки сочетается с воздействием гемостатических препаратов. Ретракционая паста вначале имеет мягкую и пластичную консистенцию, вступает в реакцию после смешивания с катализатором или, взаимодействуя с кислородом воздуха или ротовой жидкостью, принимает твердую, эластичную консистенцию. Применение ретракционной пасты не наносит травму тканям десны, считается наиболее щадящим способом ретракции. Паста или гель для ретракции обычно содержит: гемостатическое средство (хлорид алюминия), инертный наполнитель, стабилизатор, а также вкусовые и технологические добавки.

Выпускается в шприцах, капсулах, катриджах, выдавливается через пластиковые канюли

GINGITRAC (Centrix, USA), Astringent Retraction Paste (3M ESPE), Гемостатический гель (tehnodent), Гель «Ретрагель» (Омега-Дент), Алюмосил (ВладМиВа), Ре-Корд (ВладМиВа), Traxodent (Premier), Racegel (Septodont).



Рис. 5, 6. Применение пасты Astringent Retraction Paste (3M ESPE).

Алгоритм ретракции десны:

1. Введение в зубодесневую бороздку непропитанной сухой нити размером 000. Введение тонкой нитки необходимо для того, чтобы немного механически расширить зубодесневую бороздку, устранить эффект плотного прилипания свободного десневого края к поверхности зуба. Это будет способствовать тому, чтобы ретракционная паста зашла в десневую бороздку, иначе эффекта от ее применения не будет. Сухая, непропитанная нить 000 – имеет наименьший диаметр и будет минимально травмировать ткани десны. Введение такой нити в большинстве случаев не требует выполнения местной анестезии, что косвенно указывает на минимальный травматизм вмешательства.

2. Через 5 минут ретракционная нитка удаляется, десна обрабатывается кровоостанавливающим раствором, в десневую бороздку вводится ретракционная паста.

3. Через 3 минуты ретракционная паста удаляется из полости рта.

3) Для защиты краевого пародонта от избыточного пломбировочного материала и тем самым, от травмы тканей пародонта используют матричные системы. Transparent Cervical Matrices, Kerr – это набор прозрачных

цервикальных матриц. Матрицы превосходно сгибаются и адаптируются к анатомии зуба, не липнут к композиту. Они изготовлены из прозрачного пластика – это дает врачу возможность контролировать однородность нанесения композитного материала, также происходит уплотнение реставрации за счет непосредственного отжатая матрицей. После полимеризации нет слоя, ингибированного кислородом, следовательно, вестибулярная поверхность уже гладкая и не надо ее дополнительно полировать.



Рис. 7. Использование матрицы Transparent Cervical Matrices, Kerr.

4) Длительное сцепление пломбировочных материалов с эмалью и дентином обеспечивается адгезивной системой. Для реставрации пришеечной области используют адгезивные системы IV и V поколения. Адгезивные системы IV-го поколения содержат три компонента: кондиционер – представляет собой фосфорную кислоту в виде геля и предназначен для травления эмали и дентина; праймер – смесь гидрофильных низкомолекулярных полимеризационно-способных соединений, которые проникают во влажный дентин, пропитывая его и образуя гибридный слой; бонд-агент (адгезив) – ненаполненная смола, обеспечивающая связь композита с гибридным слоем и эмалью зуба. Адгезивные системы IV поколения предусматривают трехшаговую (трехэтапную) технику применения. Адгезивные системы V-го поколения, предусматривающие двухшаговую технику применения: кондиционирование

тканей зуба и нанесение адгезива. В них удалось совместить свойства праймера и адгезива в одной жидкости.

Адгезивные системы IV и V поколения обеспечивают наибольшую силу адгезии композита к эмали и дентину. Они получили заслуженное признание и распространение среди стоматологов и до сих пор остаются «золотым стандартом» среди стоматологических адгезивов. Наиболее распространенными их представителями IV поколения являются Pro Bond (Dentsply), Scotchbond MP Plus (3M), Syntac (Vivadent), OptiBond (Kerr), представители V поколения: Prime & Bond 2.0, Prime & Bond 2.1 (Dentsply), One Step (Bisco), Single Bond (3M), Optibond Solo (Kerr).

Адгезивные системы VI и VII поколения не применяются, так они не могут обеспечить хорошую адгезию. Недостаточная эффективность протравливания интактной эмали и склерозированного дентина приводит к снижению связывания с тканями зуба. Еще одной проблемой самопротравливающих адгезивных систем является чрезвычайно выраженная активация при их использовании матриксных металлопротеиназ (ММР) дентина – эндогенных ферментов, «ответственных» за деградацию гибридного слоя и вызывающих «отторжение» реставрации тканями зуба.

5) Для качественной реставрации пришеечной зоны нужна полная изоляция рабочего поля от ротовой жидкости. На современном этапе это стало возможным благодаря использованию жидкого кофердама. Жидкий коффердам – светоотверждаемый гелеобразный материал, основой для которого служит метакрилат. Он полимеризуется в течение двадцати секунд, затекая в межзубные промежутки. Он хорошо фиксируется на краевой десне и зубной эмали. Материал быстро и удобство наносится. При этом ткани десны защищаются от химического воздействия. Представители: Жидкий Коффердам (омега дент), Opaldam refill (ultradent), Finedam (spident).



Рис. 8. Применение Жидкого Коффердама (омега дент).

6) Возможно использование обычного коффердама для изоляции полости в пришеечной области. Коффердам – резиновая пластина, которая фиксируется на зубе при помощи специальных зажимов (клампов) с целью изолировать зубы от полости рта. Его применение обеспечивает: сухое рабочее поле, широкий обзор, максимальную ретракцию десны. Слабыми местами в изоляции коффердамом являются отверстия, сделанные перфоратором, через них возможно просачивание слюны в полость, распложенную в придесневой области. Для исключения подтекания ротовой жидкости можно провести инверсию с помощью флосса. Инверсия – это процедура, при которой подворачиваются резиновые края отверстий коффердама вокруг шеек зубов в зубодесневые бороздки для сохранения его в таком положении в течение всего сеанса реставрации. При дефектах в пришеечной области. Наиболее часто из всех клампов применяется кламп В4, из набора Brinker, кламп универсальный для всех групп зубов. Он обеспечивают максимальную ретракцию без травмирования тканей десны.

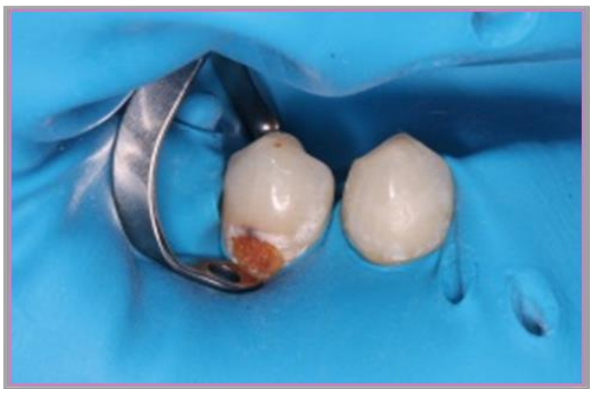


Рис. 9. Использование коффердама и кламма В4.

7) Помимо выше перечисленных методов для ретракции десны и изоляции рабочего поля возможно использование тефлона (рис. 10, 11, 12).



Рис. 10.



Рис. 11.



Рис. 12.

Выводы. В настоящее время в арсенале врача стоматолога существует ряд методов и материалов для ретракции десны и изоляции рабочего поля, каждый из которых наиболее эффективен в конкретной клинической ситуации.

Список литературы:

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская. – М.: Медицина, 1998. 736 с.

2. Терапевтическая стоматология. Болезни зубов: учебник: в 3 ч. / под ред. Е.А. Волкова, О.О. Янушевича. – 2013. Ч. 1. 168 с.

3. Кариес зубов / Л.М. Лукиных. – 2001. 188 с.

4. Клиновидные дефекты твердых тканей зубов / О.Л. Пихур, А.В. Цимбалистов, Р.А. Садиков. – 2010. 160 с.

5. Ортопедическое лечение пациентов при клиновидных дефектах твердых тканей преиоляров и моляров // Проблемы стоматологии / Рогожников Г.И., Неменатов И.Г., Рогожников А.Г., Асташина Н.Б., Шулятникова О.А., Ольшанский Е.В., – 2010. № 9.

6. Некариозные поражения тканей зуба / М.И. Грошиков // «Медицина». – 1985. 170 с.

7. Математические моделирование упругих напряжений при протезировании дефектов зубов вкладками / Е.Н. Жулев, Т.Ю. Макхамов, Беллюстин Н.С. // Нижегородский медицинский журнал. – Н. Новгород, 1995. № 1. С. 45-49.

8. Козлов В.А. Стоматология. – 2003. 473 с.

9. Сравнительные характеристики ретракционных нитей, содержащих эпинефрин и вяжущие средства / Петрикас А.Ж., Полозова О.А. // Клиническая стоматология. – 2004. № 2. С. 46-48.

10. Ретракционые пасты: клинический обзор. // Панорама ортопедической стоматологии. / Ряховский А.Н., Ерошкина Е.А., Уханов М.М.

11. Современные адгезивные системы в клинической стоматологии / О.В. Остолоповскдя, А.В. Анохина. Г.Р. Рувинская // журнал Практическая медицина. – 2013.

12. Методы изоляции рабочего поля в стоматологии / Под редакцией проф. И.М. Макеевой / Учебное пособие / 2007.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ NI-TI – ИНСТРУМЕНТОВ И МЕТОДОВ ИХ ОБТУРАЦИИ НА ДИНАМИКУ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ АПИКАЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПЕРИОДОНТИТАХ

К.м.н. Кондюрова Е.В., Шмойлов А.Е., к.м.н. Самаркина А.Н.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Медицинский институт,

кафедра стоматологии, г. Саранск

Введение. Деструктивные формы периодонтитов, как осложнение кариеса зубов часто встречаются в стоматологической практике. Лечение данной патологии обеспечивает остановку деструктивного процесса, уменьшение очагов поражения, вплоть до полного их исчезновения и запуска регенераторных процессов в периодонте. Регенерация патологического очага необходима для устранения очага деструкции и полноценного функционирования периодонта. Проблема лечения периапикальной патологии состоит в том, что для качественного оказания помощи пациентам с данной патологией необходимы глубокие знания, как анатомии зубов, так и современных клинических протоколов эндодонтического вмешательства. Таким образом, изучение вопросов, связанных с изучением анатомии корневой системы различных групп зубов, ее влияние на особенности эндодонтических манипуляций является весьма актуальной задачей.

Цель работы: повышение качества эндодонтического лечения хронических деструктивных форм периодонтитов путем изучения особенностей анатомии корневой системы зуба, влияющих на эффективность эндодонтических манипуляций, принципы и методики препарирования корневой системы, ее очистки и обтурации.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели, использовано 60 зубов, удаленных по медицинским показаниям, проанализировано 250 компьютерных томограмм. Осуществляли сравнительную характеристику качества формирования корневых каналов, проводя динамическое наблюдение за 50 эндодонтически леченными зубами. Использовались следующие методы исследований: рентгенологический метод аппаратом «Panoramic X-RAYUNIT», конусно – лучевую компьютерную томографию «Planmeca ProMax 3D», секционное исследование – изготовление шлифов зуба по Ingle J., метод очистки и придания прозрачности корню с введением красящих веществ в полость зуба и корневые каналы по Pecora J. и Robertson D., изготовление шлифов зубов по методике Мамедовой Ф.М., ретроспективный анализ и динамическое наблюдение, проводимое в период 3,6,12,18 месяцев после проведенного лечения.

Результаты. Для изучения анатомических особенностей влияющих на эффективность проведения эндодонтического лечения и эффективности различных методов инструментальной обработки корневого канала, в том числе инструментами ProTaper Universal и BioRace, обтурации методом центрального штифта, латеральной конденсации и горячей вертикальной конденсации техникой «непрерывной волны». На удаленных зубах, при изучении морфологии корневой системы учитывали анатомические параметры строения: длину зуба, количество корней, изгибы корней, количество каналов в корнях, степень курватуры, локализацию и форму апикального отверстия, диаметр и форму аксиального сечения основного корневого канала на расстоянии 1 мм, 2 мм от апикального отверстия.

По данным проведенного исследования, корневые изгибы встречаются довольно часто, верхние и нижние резцы в большинстве случаев (75–80%) не имели корневых изгибов, не более чем в 25% случаев курватура составляла от 10–45° соответственно. Верхние и нижние резцы, преимущественно щечные верхнечелюстные корни моляров и премоляров, медиальные корни этих же зубов нижней челюсти имели искривление корневых каналов от 10 до 45°. Локализация данных изгибов соответствовала, в основном средней и апикальной части корневого канала. При таких искривлениях курватура составляла от 10 до 25°. Наиболее выраженные искривления в корневой системе определялись в группе премоляров верхней и нижней челюсти. В этой группе курватуры составляли более половины исследуемых зубов. До 35% образцы имели курватуру до 45° и нередко имели двойной изгиб корневого канала. В премолярах, апикальные отверстия локализовались на расстоянии от 2 до 3 мм от верхушки зуба. Проведение данного исследования показало, что формы коревого канала в апикальной зоне далеко не всегда бывают круглыми. Чаще всего это овальная форма корневого канала, либо неправильная форма в поперечном сечении. В некоторых группах зубов, например дистальные корни моляров нижней челюсти, поперечное сечение апикальной зоны имеет форму восьмерки. Следующий этап был посвящен исследованию особенностей препарирования системы корневого канала, влияющие на успешность эндодонтического лечения и оценке препарирования системы корневого канала различными методиками и различными никель – титановыми инструментами. Первым этапом обработки корневой системы было создания «ковровой дорожки» или проведение так называемого «первичного зондирования» корневого канала. При проведении данного этапа качество препарирования системы корневого канала значительно увеличивается (рис. 1).

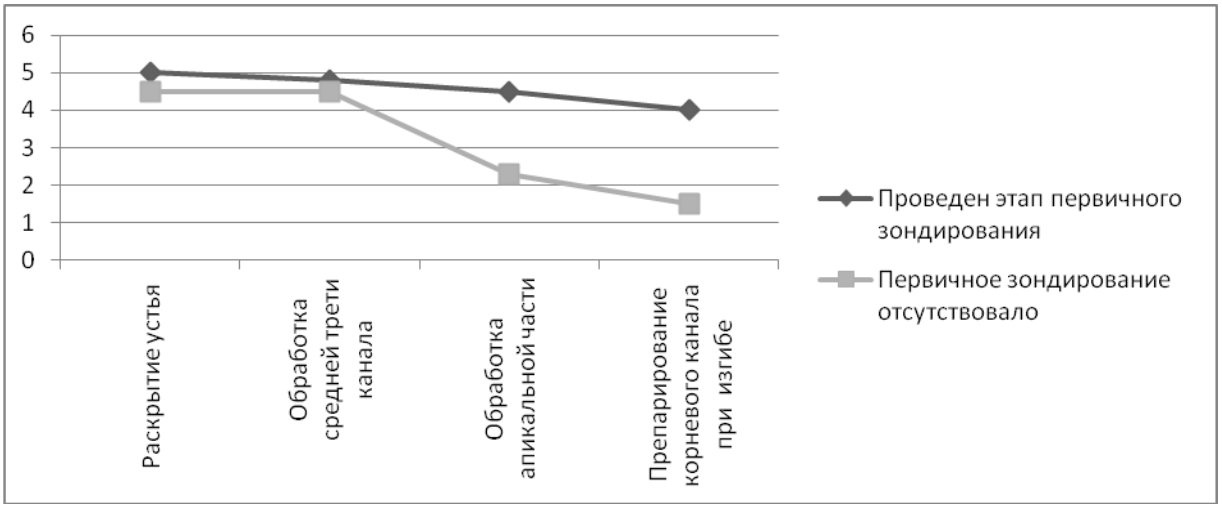


Рис. 1. Качество обработки корневого канала в зависимости от этапа проведения первичного зондирования корневой системы.

Кроме того, в случаях с выраженной курватурой корневого канала, первичное зондирование является ключевым этапом качественного препарирования корневого канала. В таком случае, без предварительного создания ковровой дорожки качество препарирования значительно ухудшается. Этап «ковровой дорожки» создает не только путь для качественного формирования корневого канала, но и позволяет получить предварительные данные об особенностях клинической апикальной анатомии. Если эта манипуляция выполнена неадекватно, или отсутствует, теряется связь с апикальной частью, что приводит к некачественной ее обработке и дальнейшей обтурации. Результаты сравнительной характеристики никель – титановых инструментов показали особенности препарирования каждого инструмента в различных зонах корневого канала и особенного эффективность обработки апикальной части. ProTaper Universal был использован в соответствии с протоколом препарирования предоставленный фирмой – производителем. Анализ препарирования корневых каналов показал следующие результаты. Активная устьевая обработка была обеспечена инструментами типа Shaper (SX, S1), устья корневого канала были качественно раскрыты, Поверхности устьевой части обработаны более чем на 90%. При этом периинструментация данной зоны

корневого канала не определялась. Средняя и апикальная часть корневого канала остались слабо обработанными, что соответствовало технике работы инструментом. Для обработки средней трети корневого канала предусматривались инструменты Shaper 2 (S2). Исследования корневого канала после инструмента ProTaper Universal (S2) показала достаточно качественное препарирование средней зоны корневого канала, достигающее 75% поверхности. Для обработки апикальной трети части корневой системы были использованы инструменты ProTaper Universal Finisher (F1, F2, F3). Инструментом типа Finisher, производилась обработка нижней трети корневого канала, до необходимого размера соответствующего индивидуальной анатомии зуба. Периинструментация не превышала 15% поверхности обработанного участка. Кроме того, при изучении качества препарирования была выявлена определенная степень спрямления стенок корневого канала в местах его изгиба. Спрямление влияло на рабочую длину. И в случаях корневого изгиба до 45° рабочая длина уменьшалась от 0,5 до 1,0 мм. В результате суммирования качества обработки корневого канала инструментом ProTaper Universal, степень механической очистки составила 75%. Степень очистки апикальной зоны соответствовала 60% (рис. 2).

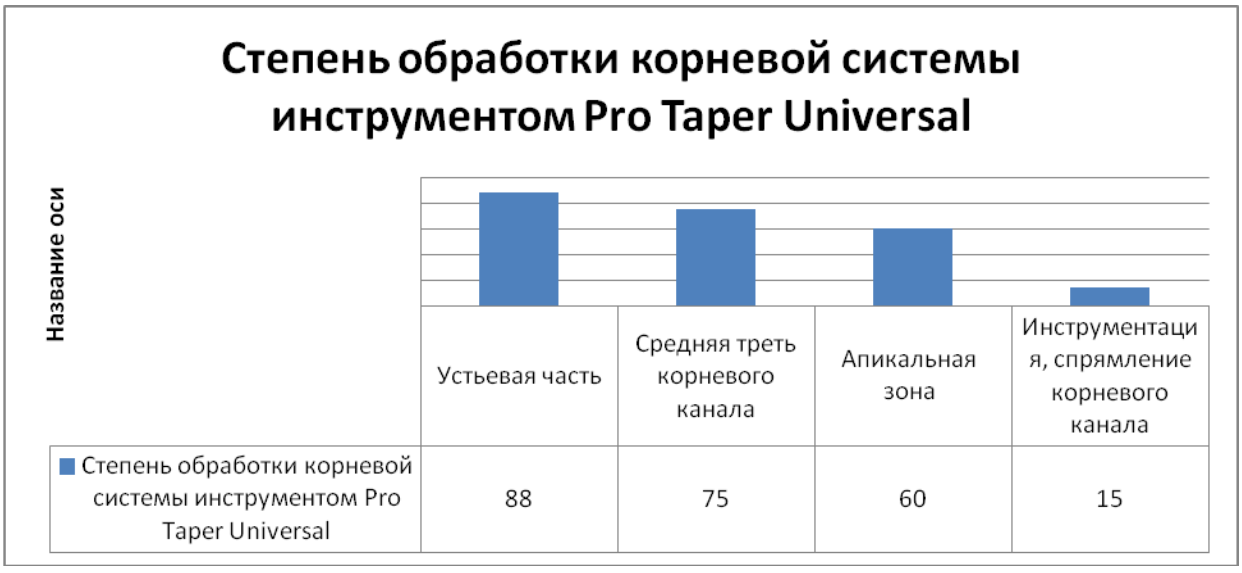


Рис. 2. Степень очистки инструментом ProTaper Universal, в зависимости от зоны корневой системы канала.

Обработка инструментом BioRace корневого канала проводилась в соответствии с протоколом препарирования утвержденным компанией – производителем. Обработку системы корневого канала начинали с инструмента BioRace 0 (BR 0). Инструментами BR, BR2, BR3 обрабатывали устьевую и среднюю часть корневого канала. В результате препарирования устьевая часть была обработана на 92% поверхности корневого дентина. Средняя треть канала подверглась обработке 76% поверхности. BR4 и BR5 обрабатывали апикальную зону корневого канала, в результате чего была очищена на 73%. Важно отметить, что периинструментация корневого канала составила всего 6%, спрямление корневого канала практически не наблюдалось. При этом рабочая длина, на протяжении работы в корневом канале оставалась постоянной. В результате анализа препарирования корневой системы инструментами BioRace степень механической обработки составила 80% поверхности корневого канала. При этом апикальная часть была обработана на 76%, что является достаточно высоким показателям механической очистки денного типа инструмента (рис. 3).

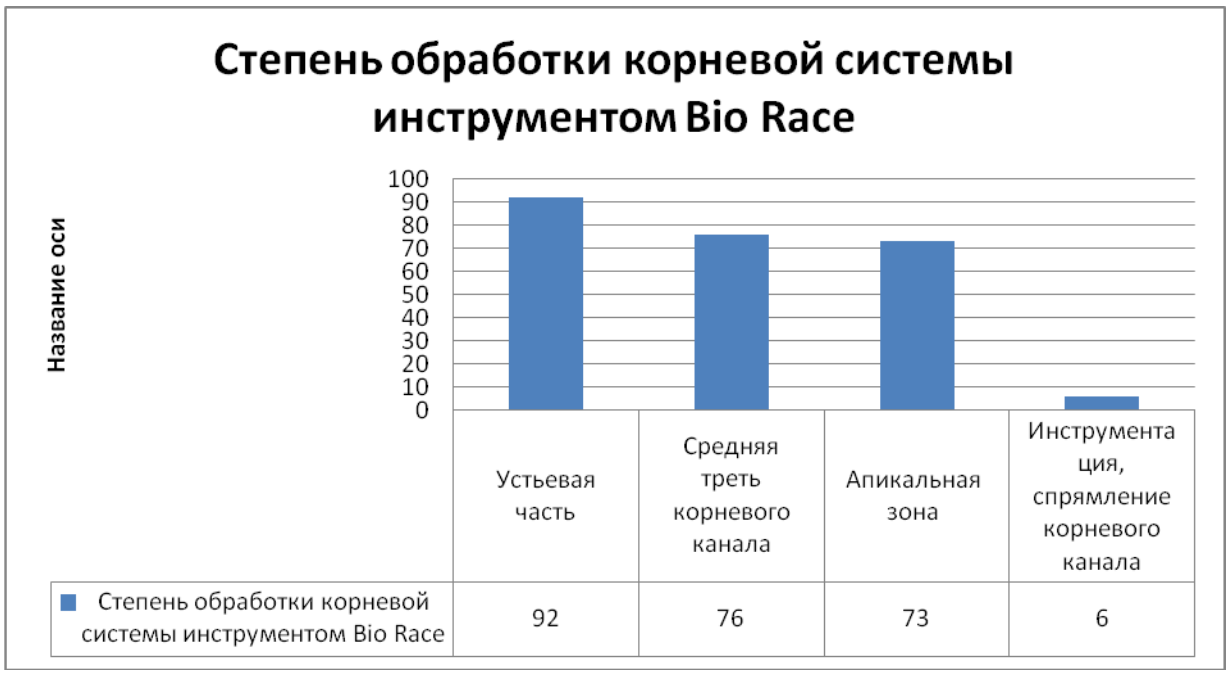


Рис. 3. Степень очистки инструментом BioRace, в зависимости от зоны корневой системы канала.

Сравнительная оценка формирования корневого канала вращающимися никель-титановыми инструментами двух типов: protaper и biorace показала, что при условии детального выполнения протокола обработки оба типа дают возможность адекватного формирования и механической очистки канала, однако по отдельным критериям (скорость препарирования, последовательная конусность, выраженное сохранения здорового корневого дентина) инструменты biorace имеют достоверную преимущество (рис. 4).

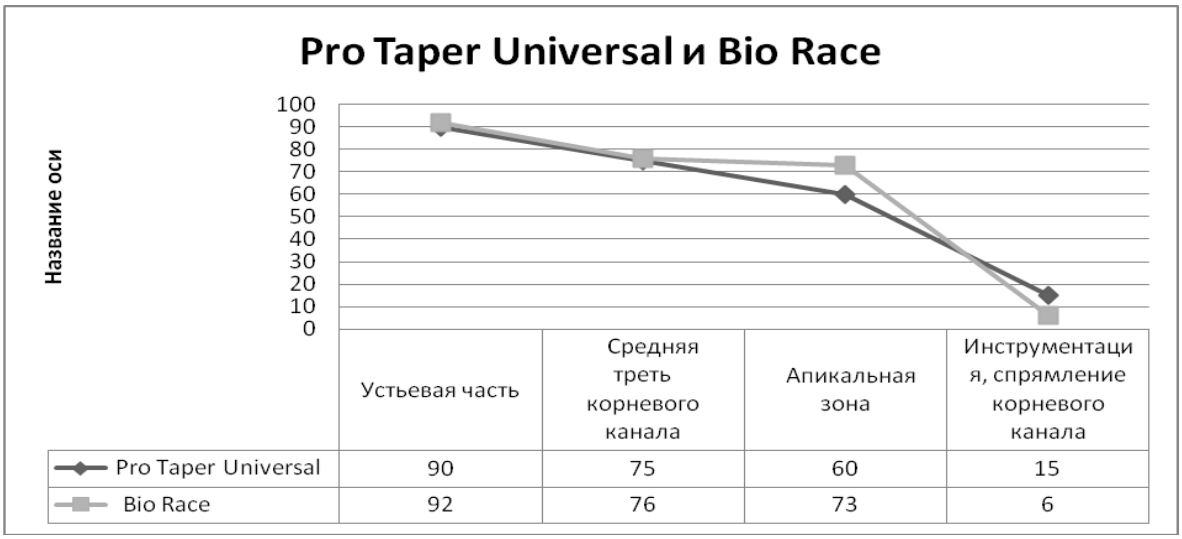


Рис. 4. Сравнительная характеристика степени механической очистки корневого канала инструментами ProTaper Universal и BioRace.

В динамике регенераторных процессов в периодонте, по данным ретроспективного анализа, основную роль играет качество апикальной герметизации корневого канала. По динамическому наблюдению рентгенограмм зубы с необработанной и необтурированной апикальной частью чаще подвержены дальнейшим воспалительным процессам в периодонте и увеличению зоны деструкции с течением времени. Так, в зубах с незначительными периапикальными изменениями либо при их отсутствии в период проведения эндодонтического лечения, через 6 и 12 месяцев наблюдается увеличение зоны деструкции. В процентном соотношении, зубы с необтурированной апикальной зоной в 70% случаев не имели положительной динамики регенерации периапикальных тканей. В процентном соотношении

отсутствие положительной динамики в тканях периодонта у зубов без конусного препарирования составляло 37%. При проведении ретроспективного анализа обращали внимание на гомогенность пломбировочного материала, в частности наличие пор в обтурированном корневом канале. Зубы, имеющие пористую, прерывистую обтурацию показывали неудовлетворительную динамику в течении 6–12 месяцев. Дефекты обтурации чаще всего проявлялись в более поздние сроки. Перфорации корневых каналов провоцировали деструкцию периапикальных тканей, в течении 3 месяцев наблюдения на 45% случаев. При наличии сломанного инструмента, ухудшалось качество эндодонтического лечения, вплоть до его отсутствия. Периапикальные очаги, в данной ситуации развивались в период от 3 до 6 месяцев и составляли 60% деструктивных процессов, данной этиологии. Отсутствие видимых дефектов препарирования и обтурации, наличие конусного препарирования, по данным проведенного ретроспективного анализа в период от начала проведенного лечения до 12–18 месяцев определяло успех эндодонтического вмешательства. В таких случаях наблюдалось уменьшение очага деструкции, вплоть до его исчезновения более чем в 95% случаев. Данные ретроспективного анализа регенераторных процессов в периодонте представлены на рисунке 5.

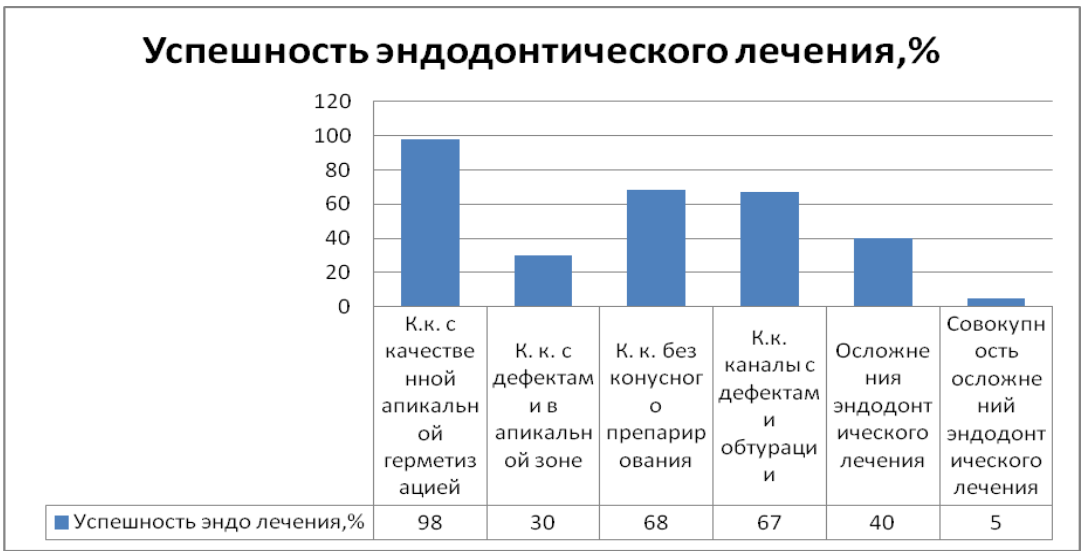


Рис. 5. Регенераторные процессы тканей периодонта в зависимости от качества эндодонтического лечения.

Выводы.

1. Анатомо – морфометрическое исследование показало, что круглое сечение корневого канала, при котором наблюдается наиболее качественная очистка и формирование корневого канала встречается не более чем в 35% образцов. У 65% образцов выявлено поперечное сечение в форме овала и неправильной формы, что обосновывает целесообразность индивидуального выбора инструментов для препарирования корневых каналов.

2. Препарирование системы корневых каналов эндодонтическими никель – титановыми инструментами ProTaper и BioRace обеспечивает хороший очищающий эффект, позволяет формировать отличную конусность. По результатам исследований обработка корневых каналов никель – титановыми инструментами приводит к более качественному апикальному препарированию, что повышает степень регенерации в периодонте.

3. Результаты ретроспективных исследований взаимосвязь качества апикального препарирования и динамики регенерации костной ткани при апикальных деструктивных периодонтитах, показали качественное формирование и обтурацию системы корневых каналов увеличивает успехи эндодонтического лечения хронических апикальных периодонтитов до 97%.

Список литературы:

1. Развитие и строение зуба. Учебное пособие / Е.В. Кондюрова, Л.Н. Казарина, Л.В. Вдовина; Нижегородская гос. мед. акад. – Нижний Новгород. Изд-во НижГМА, 2011. 141 с.

10. Успенская О.А., Шевченко Е.А. Оценка клинического течения верхушечного периодонтита после лечения. Фундаментальные исследования. – 2004. № 2. С. 160-161.

11. Лукиных Л.М., Успенская О.А. Чтение рентгенограмм зубов и челюстей в различные возрастные периоды в норме и патологии. Нижний Новгород, – 2006. (3-е издание).

2. Макеева И.М. Лабораторная оценка различных методов обработки корневых каналов / И.М. Макеева, Н.С. Жохова, А.Ю. Туркина. / Эндодонтия today. – 2004. № 1-2. С. 54-57.

3. Максимовский Ю.М. Современный взгляд на оценку качества и результативность лечения хронического периодонтита /

Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин // Эндодонтия today. – 2004. № 1-2. С. 16-20.

4. Скрипникова Т.П. Деструктивные формы периодонтита, их клинико-рентгенологическая характеристика / Т.П. Скрипникова, В.К. Югов, Т.Д. Бублий // Эндодонтист. – 2010. № 1 (3). С. 7-11.

5. Успенская О.А. Клинико-лабораторное обоснование совершенствования методов лечения верхушечного периодонтита Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Тверской государственный медицинский университет. Тверь, – 2001.

6. Успенская О.А., Лукиных Л.М. Динамика биохимических показателей слюны при лечении верхушечного периодонтита Нижегородский медицинский журнал. – 2001. № 1. С. 60.

7. Успенская О.А., Лукиных Л.М. Критерии оценки эффективности лечения верхушечных периодонтитов: сообщение 2. Нижегородский медицинский журнал. – 2002. № 1. С. 97.

8. Успенская О.А., Лукиных Л.М. Влияние механической и антисептической обработки на микрофлору корневого каналаНижегородский медицинский журнал. – 2003. № S1. С. 71-73.

9. Успенская О.А., Шевченко Е.А. Объем десневой жидкости как критерий оценки эффективности лечения верхушечного периодонтита Фундаментальные исследования. – 2004. № 2. С. 160.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ГИДРООКИСИ МЕДИ-КАЛЬЦИЯ

К.м.н, доцент Тирская О.И., Казанкова Е.М., Большедворская Н.Е.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,

г. Иркутск

Актуальность. Одним из самых распространенных заболеваний во всем мире остается кариес зубов. Основным этиологическим фактором в развитии кариеса является кариесогенная микрофлора. Весьма значительную роль играет характер питания и степень минерализации твердых тканей

зубов. Распространение кариозного процесса приводит к уменьшению слоя гиперминерализованного прозрачного и интактного дентина, проникновению через дентинные канальцы в пульпу зуба продуктов жизнедеятельности микроорганизмов кариозной полости, провоцируя возникновение сначала незначительных локальных воспалительно-гиперемических процессов и морфологических изменений в ней [5].

Ведущей задачей при лечении глубокого кариеса является предупреждение возникновения распространения воспаления в пульпе, для чего необходимо выбрать действенный метод лечения, направленный на подавление воспалительной реакции, антибактериальное воздействие, репарацию пульпы и реминерализацию сохранившегося дентина [1, 2, 3].

Необходимость использования лечебных прокладок в лечении глубокого кариеса до сих пор остается дискуссионным вопросом. В современных условиях широко применяются дентинные адгезивы 5–7 поколений, позволяющих значимо улучшить краевое прилегание реставраций, что привело к минимализации использования прокладочных материалов. Ряд исследований говорит о том, что само по себе препарирование кариозной полости и применение адгезивной системы достаточно для побуждения одонтобластов к продукции заместительного дентина. E. Koliniotou-Koumpia (2005) указывает, что применение самопротравливающей адгезивной системы при прямом покрытии пульпы позволяет достигнуть сохранения ее жизнеспособности при прямом методе нанесения в 94,1%. Однако отсроченные клинические данные все-таки говорят о возникновении эндодонтической патологии после проведенного адгезивного лечения, особенно при остро протекающем кариозном поражении. Вероятно, это связанно с тем, что адгезивные системы не обеспечивают достаточного антибактериального действия, а также реминерализации сохранившегося дентинного слоя между кариозной полостью и пульпой.

Для успешного отдаленного результата реставрации, особенно у пациентов с низкой резистентностью эмали и организма, необходимо тщательное иссечение деминерализованных тканей. Слой кариес-поврежденного дентина при глубокой кариозной полости при остро текущем процессе незначителен, поскольку зона гиперминерализованного дентина отсутствует, так как развитие кариозного процесса опережает репаративно-защитные процессы в пульпе. Гистологически дентин у этих пациентов представлен в основном «мутной» зоной, которая содержит следы бактерий. Клинически такой дентин окрашивается индикаторами кариеса, хоть и в меньшей степени, чем кариес-инфицированный дентин, а значит, препарирование под контролем кариес-маркера может привести к вскрытию полости зуба. Между тем практикующий врач понимает насколько объем сохранившихся твердых тканей зуба и его витальность коррелируют со сроком дальнейшего активного функционирования зуба. Кроме того, кариес-поврежденный дентин содержит большее количество матриксных металлопротеиназ, разрушающих со временем гибридный слой в витальных зубах, а качество адгезии к такому дентину значительно хуже, в сравнении с интактным.

В связи с этим вопрос об использовании лечебных прокладочных материалов остается актуальным, особенно у пациентов с прогрессирующим течением кариозного процесса [3, 1, 6]. Классически лечебным прокладочным материалам представляют выполнять две основные функции: прекращение воспалительного процесса в пульпе и усиление репаративных процессов, приводящих к образованию защитного третичного дентина [1].

В связи с этим интерес представляет собой материал «Купратин», разработанный ООО «ТехноДент» (Россия), представляющий собой бактерицидную систему с высокоактивным гидроксокупратом. Ионы меди, входящие в состав препарата, имеют более высокое антибактериальное действие по сравнению с гидроокисью кальция, что обеспечивается и высокой щелочной средой суспензий (pH 12–12,5), а значительное

содержание гидроокиси и окиси кальция обеспечивает стерильность. По данным Садовского В.В. (2006) гидроокись меди-кальция оказывает в 100 раз более сильный антибактериальный эффект, чем гидроокись кальция. Что немоловажно, ведь дентин кариозной полости зубов даже после самого тщательного препарирования остается инфицированным [2, 5].

Цель исследования явилась оценка эффективности консервативного лечения начального пульпита (гиперемии пульпы) с использованием материала «Купратин».

Материал и методы исследования. Исследование проводили на кафедре терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России. После получения добровольного информированного согласия пациентов на лечение было проведено обследование и лечение 50 пациентов (30 женщин и 20 мужчин) в возрасте от 18 до 35 лет.

Критериями отбора пациентов являлись:

1. Случайное обнажение пульпы при препарировании кариозной полости.

2. Начальный пульпит (гиперемия пульпы).

3. Отсутствие изменений на рентгенограмме в области верхушки корня.

4. Отсутствие воспалительных процессов в пародонте.

5. Отсутствие аллергических реакций на применяемые лекарственные препараты.

6. Локализация кариозной полости в участках, не относящихся к пришеечной области.

7. Отсутствие тяжелых хронических заболеваний.

Диагноз начальный пульпит устанавливался на основании характерных жалоб, анамнеза и данных объективного исследования. Из дополнительных методов использовали электроодонтодиагностику (ЭОД), показатели которой составили 24,20±1,85 мкА.

Всего было вылечено 50 зубов. Из них 5 зубов (10%) со случайно вскрытой пульпой при лечении кариеса дентина методикой прямого

покрытия; 45 зубов (90%) – с гиперемией пульпы методикой непрямого покрытия. Лечение проводили в два этапа. Протокол лечения включал обезболивание зуба, изоляцию зуба, препарирование кариозной полости, медикаментозную обработку 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата.

При прямом покрытии суспензию № 1 смешивали с суспензией № 2 в соотношении 20:1, а при непрямом покрытии использовали суспензию № 2, представляющую гидроокись меди-кальция. Первую или вторую смесь вносили на дно кариозной полости, подсушивали теплым воздухом, сверху устанавливали временную пломбу из СИЦ. Реставрацию фотополимером проводили отсрочено, поскольку по данным А.В. Рассадиной (2008) в ответ на световую полимеризацию гемодинамика в пульпе зуба усиливается в 1,5 раза, что, учитывая уже имеющиеся гиперемические явления в пульпе, нежелательно.

Контрольный осмотр проводили через 3 месяца (поскольку по данным литературы отложение заместительного дентина при использовании лечебных прокладок максимально происходит в первый месяц и почти полностью завершается к четвертому месяцу) [7]. На втором этапе оценивали наличие жалоб, сохранность временной пломбы, перкуссию зуба. После чего проводили удаление временной пломбы, оценивали состояние дентина с помощью зондирования и кариес-маркера. Витальность пульпы зуба оценивали с помощью холодового теста и ЭОД.

При отсутствии жалоб и сохраненной жизнеспособности пульпы после предварительного обезболивания проводили окончательное препарирование твердых тканей зуба, антисептическую обработку и реставрацию композитом светового отверждения. Контрольный осмотр проводили через 3 месяца, оценивая жалобы, сохранность пломб, краевое прилегание и изменения цвета краев пломбы по Г. Рюге, электровозбудимость пульпы и состояние периапикальных тканей по рентгенограмме.

Результаты и их обсуждение. Положительная динамика лечения достигнута при лечении 42 зубов (84%) материалом «Купратин». У 8

пациентов (16%), трое из которых лечены методом прямого покрытия, результаты лечения были неудовлетворительными, так как появились признаки генерализации воспалительного процесса в пульпе уже на следующие сутки после проведения первого этапа лечения, что потребовало эндодонтического вмешательства. С нашей точки зрения, причиной развития осложнений могли являться ошибки диагностических мероприятий, поскольку невозможно оценить во время лечебных манипуляций степень тяжести сосудистых изменений в пульпе достоверно. А дополнительное изменение сосудистой реакции в ответ на введение анестетика, препарирование, внесение самого материала очень индивидуально и мало предсказуемо. Так же это может быть связано с высокой pH препарата (12–12,5).

У остальных 42 пациентов на момент первого контрольного осмотра жалобы отсутствовали, временные пломбы сохранены, перкуссия зубов безболезненна. После удаления временной пломбы холодовой тест на витальность пульпы положителен у 42 пациентов, средние показатели ЭОД составили 22,73±1,70 мкА. Проведение зондирования и окрашивания дентина кариес-маркером выявило необходимость незначительного допрепарирования кариозной полости у 9 пациентов (21%).

На момент второго контрольного осмотра: жалобы отсутствуют, пломбы сохранены у всех пациентов, перкуссия зубов была безболезненна, показатели ЭОД 25,13±1,33 мкА, периапикальных изменений на рентгенограмме не определялось. При оценке краевой адаптации пломб по Г. Рюге визуально адаптация не нарушена, зонд не проникает в зону границы «пломба-зуб». Таким образом, критерий «Альфа» был выставлен 42 пломбам. Изменения цвета краев пломбы по Г. Рюге у 38 зубов оценивались как «Альфа», у 4 зубов как «Bravo».

Выводы. Результаты применения материала «Купратин» при лечении гиперемии пульпы в качестве лечебной прокладки показали его достаточную эффективность. Более успешные результаты были получены при непрямом покрытии пульпы.

Список литературы:

1. Балов А.Х., Балкаров А.О., Тхазаплижева М.Т., Балова З.М. Некоторые аспекты лечения глубокого кариеса с применением лечебных прокладок // Стоматология для всех. – 2016. № 2. С. 26-28.
2. Бритова А.А. Состав и свойства микрофлоры кариозного дентина зубов при воспалении пульпы // Эндодонтия today. – 2007. №1. – С. 18-21.
3. Иванова Е.В., Шамхалов Г.С., Дмитриева Н.А., Ахмедова З.Р. Изучение свойств материалов, используемых для лечения гиперемии пульпы // Стоматология. – 2014. Т. 93. № 2. С. 10-13.
4. Манак Т.Н., Полонейчик Н.М., Чернышёва Т.В. Лечение глубокого кариеса, заболеваний пульпы и апикального периодонта с использованием стоматологического портландцемента // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2015. № 4. С. 21-24.
5. Марцева О.В., Миронова В.В., Мазилин А.Г., Уйранова И.Ю., Прибылова О.Г., Адайкина Л.Ю. Сравнительный анализ микрофлоры дентинных канальцев при различных методах лечения глубокого кариеса зубов // Медицинский вестник МВД. – 2015. № 2 (75). С. 68-71.
6. Федотова Ю.М., Фирсова И.В., Михальченко В.Ф., Михальченко Д.В. Сравнительная оценка материалов, используемых для консервативного лечения начальных форм пульпита и глубокого кариеса // Крымский терапевтический журнал. – 2017. № 1. С. 52-55.
7. Хидирбегишвили О.Э. Современная кариесология – Москва: Медицинская книга, – 2006. 300 с.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРЕСТЕЗИИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ПРИЕМОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Д.м.н., профессор Казарина Л.Н., к.м.н. Чуваркова И.М., Казарин А.С.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра пропедевтической стоматологии,

г. Нижний Новгород

Парестезия СОПР является одним из наиболее распространенных нейростоматологических заболеваний [5]. Основными клиническими признаками заболевания являются изменение чувствительности СОПР, нарушение вкусовых восприятий и разнообразные ощущения, включающие

жжение, покалывание, онемение и зуд [6]. В этиологии парестезии СОПР важную роль играют местные и общие факторы [9]. Большинство авторов считают парестезию полиэтиологическим заболеванием [3, 6, 14]. В генезе парестезии СОПР определённую роль играют заболевания внутренних органов и систем [7, 8].

Парестезии полости рта как симптом описаны при многих заболеваниях, таких как гастрит, холецистит, панкреатит, сахарный диабет, гиповитаминоз В, анемии, атеросклероз и другие, бронхиальная астма не является исключением.

Бронхиальная астма представляет собой не только медицинскую, но и социально-экономическую и общегуманитарную проблему [1, 2, 4, 11]. Являясь хроническим, упорным, длительно существующим заболеванием, склонным к прогрессированию и протекающим с обострениями, астма приводит к стойкому снижению потребностей человека путем ограничения всех составляющих (физических, психических, социальных) нормальной жизни [10]. Установлено, что при бронхиальной астме отмечается существенное снижение качества жизни у пациентов [12, 13].

Препаратами выбора для лечения бронхиальной астмы, в качестве базисной терапии являются ИГКС. Местные побочные эффекты ингаляционных противоастматических препаратов достаточно изучены и доступны во всевозможных научных работах и учебных пособиях [11, 13]. Наличие длительно текущего, зачастую с частыми обострениями заболевания, необходимость ежедневного приема препаратов, провоцирующих различного рода осложнения в полости рта приводит к личностной дезорганизации больных среднего и пожилого возраста. Это выражается психоэмоциональным напряжением, тесно связанным с возникновением различного рода парестезий в полости рта.

Поэтому, очевидно, что целесообразно наблюдение с целью профилактики и лечения осложнений в полости рта больных бронхиальной астмой у врача-стоматолога. Кроме того, необходимо разработать четкую

схему предотвращения возникновения конкретных осложнений и пути лечения при их наличии.

Цель исследования – повышение эффективности профилактики и лечения парестезии ротовой полости, вызванной приемом ингаляционных гормональных препаратов.

Материал и методы. Исследование проводили на базе пульмонологических отделений клинических больниц № 5 и № 10 города Нижнего Новгорода, а также на базе кафедры пропедевтической стоматологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

Обследовано 65 пациентов с бронхиальной астмой (БА) различной степени тяжести, в возрасте от 19 до 68 лет – 23 мужчины (35,38%) и 42 женщины (65,42%), которые составили основную группу, а также 16 человек, не страдающих бронхиальной астмой – 3 мужчин (18,75%) и 13 женщин (81,25%) – контрольная группа – практически здоровые.

Пациенты основной группы были разделены на три подгруппы в зависимости от стажа приема ингаляционных гормональных глюкокортикостероидов: первая подгруппа – длительность приема препаратов от 1 года до 3 лет (15 человек (23,08%), вторая подгруппа – от 3 до 5 лет включительно (23 человека (35,38%), третья подгруппа – более 5 лет (27 человек (41,54%).

Основной диагноз устанавливался, и план лечения назначался врачом-пульмонологом на основании полного клинического обследования.

Все пациенты проходили комплексное обследование по единой схеме. На каждого больного заполнялась история болезни в стационаре городской клинической больницы № 5 или № 10 (г. Н. Новгорода), индивидуальная карта, включающая анамнез, фиксировались результаты объективного обследования, предварительный диагноз, результаты дополнительных методов исследования, окончательный диагноз, а также заполнялась специально разработанная нами карта стоматологического больного.

Комбинированный характер патологии требовал использования разнонаправленных лабораторных, функциональных, рентгенологических методов исследования.

Для оценки стоматологического статуса, помимо основных методов обследования и определения различных индексов (КПУ, Green-Vermillion, Muhlemmann, ТЭР-тест), всем пациентам фиксировалось значение pH смешанной слюны. Для определения состояния кислотно – щелочного баланса в полости рта использовали pH-метр Checker (Hanna Instruments).

В качестве микробиологического исследования, проводилось определение гриба рода Candida. Микроскопическое исследование окрашенного препарата – соскоба со слизистой оболочки полости рта было произведено всем 65 больным БА, принимающим ИГКС.

При микроскопии окрашенных мазков обнаруживали скопление овальных и округлых дрожжевых клеток гриба Candida, почкующиеся клетки, нити псевдомицелия и нити истинного мицелия.

В качестве материала для иммунологического исследования служили образцы смешанной слюны человека. Сбор слюны проводили путем сплевывания в пробирку утром натощак, на нечищенные зубы. Забор слюны проводили двукратно во всех подгруппах у каждого пациента с БА (до и после лечения) и однократно у пациентов контрольной группы.

В слюне определяли активность лизоцима, а также концентрацию саливарных цитокинов, таких как интерлейкин – 1, интерлейкин – 4, до и после лечения. Активность лизоцима в смешанной слюне оценивали фотонефелометрическим методом (Дорофейчук В.Г., 1965).

Исследование уровня цитокинов в биологических жидкостях используется для диагностических и прогностических целей, а также позволяет определить направление иммунокорригирующей терапии. Саливарные цитокины (интерлейкин-1, интерлейкин-4) исследовали твердофазным иммуноферментным методом с помощью тест-систем

производства ООО «Протеиновый контур» и ООО «Цитокин» (г. Санкт-Петербург).

С целью профилактики и лечения парестезии и других осложнений в полости рта, вызванных приемом ингаляционных гормональных препаратов, нами была разработана специальная схема, включающая противогрибковый препарат «Кандид», иммуномодулятор «Ликопид» и профилактический комплекс «Elmex» (паста и ополаскиватель для полости рта).

«Кандид» – раствор для полости рта 1%, противогрибковый препарат широкого спектра действия для местного применения, производное имидазола. Нарушает синтез эргостерина, входящего в состав клеточной мембраны грибов, что вызывает изменение ее свойств и приводит к лизису клетки.

«Кандид» назначался для нанесения на пораженные участки полости рта 2–3 раза в день, курс лечения 7дней.

«Ликопид» повышает местный иммунитет не только в полости рта, но на всем протяжении дыхательных путей. Активное вещество – ГМДП (глюкозаминилмурамилдипептид) – 0,001 г и 0,01 г. Усиливает функциональную (бактерицидную, цитотоксическую) активность фагоцитов (нейтрофилов, макрофагов), повышает пролиферацию Т- и В-лимфоцитов и активность естественных киллерных клеток.

«Ликопид» назначался в дозировке 10 мг 1 раз в сутки за 30 минут до еды, курс лечения 10 дней. Пациентам, с неподтвержденным лабораторно кандидозом, с профилактической целью назначался препарат «Ликопид» в дозировке 1 мг также 1 раз в сутки за 30 минут до еды – 10 дней.

Для получения более точных и достоверных результатов всем пациентам помимо проведенной нами профессиональной гигиены полости рта и обучения индивидуальной гигиене, рекомендовано использование зубной пасты и ополаскивателя для полости рта Elmex на протяжении всего курса лечения. Зубная паста и ополаскиватель для полости рта Elmex

содержат органический аминофторид (AmF) olaflur, который является активным ингредиентом для защиты от кариеса.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы «StatSoft» и пакета прикладных программ «STATISTICA W. 6.0». Для оценки достоверности полученных результатов использовался коэффициент Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В результате комплексной терапии выявлено достоверное снижение УИГР. Уровень гигиены полости рта после лечения характеризовался как «удовлетворительный». Через 3 месяца после терапии значения данного индекса слегка повысились: в первой и второй подгруппах УИГР оставался удовлетворительным, у пациентов третьей подгруппы данный индекс принял пограничное значение между «плохой» и «удовлетворительный».

Уровень индекса кровоточивости Мюллемана на фоне лечения достоверно снизился. То есть, при зондировании десневой борозды обнаруживалось точечное кровоизлияние в области свободного края десны, либо кровоточивость отсутствовала совсем. Кроме того, стоит отметить факт снижения жалоб пациентов на кровоточивость десен во время чистки зубов практически на 90%. Повышение значений индекса кровоточивости Мюллемана через 3 месяца после лечения, по нашему мнению, произошло из-за снижения уровня гигиены.

Значения ТЭР-теста после лечения также снизились. Спустя 3 месяца кислотовосприимчивость эмали заметно возросла.

В составе зубного налета присутствует два типа микрофлоры: ацидогенный. или кариесогенный, и аммиак–продуцирующий, или пародонтогенный. Ацидогенная микрофлора под влиянием углеводов смещает кислотно-щелочное равновесие в полости рта в сторону ацидоза, что может сопровождаться парестезией полости рта.

Основной способ уменьшения количества патогенной микрофлоры – гигиенические процедуры, как профессиональные, так и индивидуальные.

Поэтому именно они являлись первым этапом в разработанной нами схеме лечения.

При первичном обследовании у пациентов всех подгрупп кислотно-основное равновесие смешанной слюны было сдвинуто в сторону ацидоза. После лечения pH повысился во всех подгруппах. По истечении 3 месяцев после лечения данный показатель имел тенденцию повторного сдвига в сторону ацидоза, что, связано с ухудшением уровня гигиены пациентов.

Микроскопическое лабораторное исследование состояния СОПР пациентам проводилось дважды: первый – при первичном обследовании, второй – с момента стихания симптоматики, присущей кандидозу полости рта (на 4–5-й день после назначения курса лечения). Если при повторной микроскопии окрашенных мазков клетки гриба не высеивались или обнаруживались их единичные скопления в некоторых полях зрения, то курс лечения препаратом «Кандид» с профилактической целью продолжали до 10 дней, но кратность обработки пораженных участков СОПР уменьшали до 2 раз в сутки. В противном случае при выявлении в мазках нитей мицелия и почкующихся клеток гриба рода Candida курс лечения продолжали до 10 дней.

В первой подгруппе пациентов с БА до лечения, у 5 (33,3%) из 15 человек в соскобах СОПР было обнаружено большое количество почкующихся клеток гриба и нити мицелия, на пятый день после начала курса у всех пациентов отсутствовали жалобы, а при микроскопии мазков кандиды не высеивались у 9 пациентов (60%) или находились единичные клетки гриба – у 6 пациентов, при культуральном исследовании обнаруживалось менее 300 колоний (40%) (табл. 1).

Что касается второй подгруппы обследуемых, то у 9 пациентов из 19, имеющих кандидоз полости рта, на 5-й день после начала курса лечения кандиды не высеивались. Остальным 10 пациентам курс лечения продолжили, т.к. на пятый день при микроскопии мазков у них присутствовали нити истинного мицелия гриба. Исследование повторили на 10-й день лечения, при этом у 7 из 10 пациентов Candida не обнаруживалась,

у трех отмечались единичные скопления клеток гриба. Таким образом, во второй подгруппе после курса лечения 20 пациентов имеют здоровую СОПР, 3 – кандидоносительство (табл. 1).

В третьей подгруппе больных БА, состоящей из 27 человек, при культуральном исследовании до лечения нити мицелия и большое количество почкующихся клеток гриба рода Candida были обнаружены у 23 человек. После лечения микробиологическая картина изменилась: на пятый день лечения при микроскопии мазков у 4 пациентов кандиды не высеивались совсем, у 13 обнаруживались единичные клетки, у остальных пациентов микробиоценоз полости рта не изменился. Следовательно, 17 пациентам назначено применение «Кандид»-раствора с профилактической целью, остальным – с лечебной, с той же дозой и кратностью. При исследовании окрашенных мазков на 10-й день лечения у одного больного обнаруживалось большое количество нитей мицелия, при этом сохранялись жалобы на сухость в полости рта и жжение во время приема пищи. У трех пациентов высеивались одиночные клетки гриба, у остальных 15 больных диагностирована здоровая СОПР (табл. 1).

Таблица 1.

Результаты микробиологического исследования полости рта у больных БА, принимающих ИГКС, до и после проведенного курса лечения

Результат	Конт-рольная группа N=16	1 подгруппа N=15		2 подгруппа N=23		3 подгруппа N=27	
		До лечения	*После лечения*	*До лечения*	*После лечения*	*До лечения*	*После лечения*
Здоровая СОПР	15	4	9	4	20	3	22
Кандидоносительство	1	6	6	–	3	1	4
Хронический атрофический кандидоз	–	3	–	13	–	19	1
Острый псевдомембранозный кандидоз	–	2	–	6	–	4	–

У одного пациента третьей подгруппы нам не удалось получить положительной динамики лечения (хронический атрофический кандидоз полости рта), что связано, по нашему мнению, с тяжестью течения основного заболевания, бронхиальной астмы, необходимостью приема системных глюкокортикоидов, помимо приема ИГКС, и большим стажем курения.

Увеличение активности лизоцима благоприятно сказывается на купировании воспалительного процесса, а также парестезии в полости рта, вызванных приемом ИГКС у больных БА. После курса лечения значения данного показателя достоверно повысились, достигнув уровня пациентов контрольной группы.

После курса лечения во всех подгруппах выявлено достоверное снижение содержания ИЛ-1, особенно у пациентов второй и третьей подгруппы, где данный показатель понизился практически в 2,5 раза ($p<0,05$). В результате комплексной терапии отмечено достоверное повышение профиля ИЛ-4 в 1,8 раза в первой подгруппе обследуемых, в 2,1 раза во второй подгруппе ($p<0,05$), в 1,2 раза в третьей подгруппе ($p<0,05$).

В целом, после комплексной терапии осложнений в полости рта, вызванных приемом ИГКС, у больных БА выявлено улучшение цитокинового спектра в полости рта с достоверным снижением содержания ИЛ-1 и повышением уровня ИЛ-4.

Заключение. Обследование пациентов, страдающих бронхиальной астмой, должно быть комплексным и включать консультацию врача-стоматолога. Обоснованием этого является наличие парестезии и других осложнений в полости рта, вызванных приемом ингаляционных гормональных препаратов. Этиотропную, патогенетическую, систематическую терапию больных бронхиальной астмой целесообразно проводить с учетом рекомендаций терапевта, пульмонолога, стоматолога и врачей других специальностей.

При лечении осложнений в полости рта, вызванных ингаляционными гормональными препаратами, целесообразно изучить состояние

резистентности эмали, определить кислотно-основное равновесие и микробиоценоз полости рта, а также содержание интерлейкина-1в, интерлейкина-4 и лизоцима ротовой жидкости.

В комплексном лечении парестезии и других осложнений в полости рта у больных бронхиальной астмой, принимающих ингаляционные гормональные препараты, нормализации метаболических процессов и иммунной защиты полости рта обосновано применение лечебного комплекса, включающего противогрибковый препарат «Кандид», иммуномодулятор «Ликопид», гигиенический комплекс Elmex (паста и ополаскиватель).

Список литературы:

1. Авдеев С.Н. Бронхиальная астма в таблицах и схемах / С.Н. Авдеев. М.: Атмосфера, – 2005. 47 с.

2. Сенкевич Н.Ю. Хронические обструктивные болезни лёгких / под ред. А.Г. Чучалина. М.: Медицина, – 1988. 171 с.

4. Чучалин А.Г. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы / А.Г. Чучалин [и др.]. – Москва, 2016. 12 с.

5. Шарапова Ю.А. Качество жизни больных бронхиальной астмой в зависимости от применяемых стандартных схем лечения и психокоррекции.

6. Johnson M. Menegement of asthma in adults / M. Johnson // Hospital Update. – 1995. P. 288-291.

7. Gurvits, G.E. Burning mouth syndrome / G.E. Gurvits, A. Tan // World J. Gastroenterol. – 2013. Vol. 19. № 5. P. 665-672.

8. Шевченко Е.А., Успенская О.А.Урогенитальный кандидоз и бактериальный вагиноз. учебное пособие / Е.А. Шевченко, А.А. Артифексова, О.А. Успенская; Нижегородская гос. мед. акад. Н. Новгород, 2007.

9. Шевченко Е.А., Артифексова А.А., Артифексов С.Б., Успенская О.А., Семенычев А.В. Клинико-эпидемиологические и этиопатогенетические взаимосвязи различных состояний репродуктивной системы инфекционной и неинфекционной природы с группами крови//Медицинский альманах. 2010. № 2. С. 156-158.

10. Биличенко Т.Н. Распространенность хронического бронхита и бронхиальной астмы / Т.Н. Биличенко // Пульмонология. – 1994. № 1. С. 78-83.

11. Гаража Н.Н. Лечение глоссалгии методом чрескожной электронейростимуляции с одновременным воздействием на точки

акупунктуры / Н.Н. Гаржа, М.Н. Орлов // Российский стоматологический журнал. – 2000. № 3. С. 29-32.

12. Гельмут К. Гипнотерапия практическое руководство / К. Гельмут, Б. Дженифер. М.: ЭКСМО – Пресс, 2002. 352 с.

13. Казарина Л.Н. Влияние комплексного лечения на показатели обмена электролитов в ротовой жидкости при глоссалгии / Л.Н. Казарина [и др.] // Cathedra. – 2016. № 52. С. 18-20.

14. Казарина Л.Н. Оценка иммунологического статуса полости рта у больных бронхиальной астмой, принимающих ингаляционные гормональные препараты / Л.Н. Казарина, И.М. Чуваркова // Пародонтология. – 2013. № 2. С. 18-21.

15. Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология: учебник / Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская, Л.Ю. Орехова; под ред. Ю.М. Максимовского. – М.: Медицина, 2002. 640 с.

16. Марулиди Р.Г. Центральные и периферические механизмы синдрома жжения в полости рта / Р.Г. Марулиди, О.С. Шубина, М.Н. Пузин // Российский стоматологический журнал. – 2001. – № 3. – С. 34-39.

17. Михайлова В.В. Диагностика и лечение парестезии слизистой оболочки полости рта у пациентов с дефектами зубных рядов, сопровождающимися снижением межальвеолярного расстояния: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.14 / Михайлова Вера Владимировна. – СПб., 2017. 54 с.

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ «ПЫЛАЮЩЕГО РТА»

К.м.н., доцент Тиунова Н.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Минздрава России, кафедра терапевтической стоматологии,

г. Нижний Новгород

В ряду концепций развития синдрома «пылающего рта» (СПР) ведущая роль принадлежит теории, рассматривающей данное заболевание как следствие нарушения регуляторной функции вегетативной иннервации, а

также как результат угнетения или повышения тонуса симпато-адреналовой системы [5].

По данным Meurman J.H. et al. (2009), Suri V. (2014), приблизительно 90% женщин с симптомами СПР – это женщины на стадии пре-/постменопаузы, отмечающие появление болевого синдрома за 3 года до появления менопаузы и через 12 лет после неё [6, 7]. Возникновение болей в полости рта связано с активацией невропатического механизма гормональной перестройкой, а также с дисрегуляцией вегетативных центров, лабильностью вазомоторной системы, вызывающих изменения неврологического характера [1, 2, 4].

Результаты исследования неврологического статуса, проведенные Хубаевым С.З. (2014) указывают на наличие у большинства обследованных многообразных изменений в вегетативной сфере, в частности, преобладание симпатикотонии [3].

Цель исследования – оценка вегетативной дисфункции у больных с синдромом «пылающего» рта.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 378 пациентов обоего пола в возрасте от 25 до 82 лет с диагнозом синдром «пылающего рта» и 30 пациентов контрольной группы в возрасте 36±4,7 лет без сопутствующих соматических заболеваний, которые находились на лечении и диспансерном наблюдении в стоматологической поликлинике Приволжского исследовательского медицинского университета и в НОКБ им. Семашко в период с 2012 по 2017 гг.

Для выявления признаков вегетативных изменений использовали данные, полученные в ходе клинико-стоматологического обследования, а также применяли тестирование по методике А.М. Вейна (2003) с использованием опросника и исследование глазосердечного рефлекса Даньини-Ашнера и индекса Кердо.

Опросник А.М. Вейна включает 11 вопросов, когда обследуемый подчеркивает ответ «да» или «нет». В случае положительного ответа на

вопрос учитывается количество баллов, соответствующее каждому симптому от 3 до 7. При оценке учитывается общая сумма баллов, полученная при изучении признаков по опроснику. По количеству баллов оценивается вегетативный статус: 0–24 баллов – норма (эйтония), 25 и более – наличие вегетативной дисфункции.

При исследовании глазосердечного рефлекса (Даньини-Ашнера) после 15-минутного отдыха в покое в лежачем положении определяли исходную частоту сердечных сокращений (ЧСС) за 1 мин. Затем подушечками пальцев надавливали на оба глазных яблока до появления легкого болевого ощущения и через 15–25 сек. после надавливания вновь подсчитывали ЧСС. У здоровых людей ЧСС замедлялась на 6–12 ударов в мин. Если число ЧСС снижалась на 12–16 в мин, это расценивали как резкое повышение тонуса парасимпатической части. Отсутствие снижения или повышение ЧСС на 2–4 в мин. указывало на повышение возбудимости симпатического отдела.

Индекс Кердо рассчитывали по формуле 100*(1-ДАД/пульс), где ДАД – диастолическое артериальное давление. Значение индекса больше нуля говорило о симпатикотонии, меньше нуля – о преобладании парасимпатикотонии, значение, равное нулю, свидетельствовало о равновесии симпатической и парасимпатической нервной систем.

Результаты исследования. Тестирование по методике А.М. Вейна показало наличие эйтонии у 17% больных, средний балл по опроснику у которых составил 22,56±2,5 балла, что достоверно не отличается от показателей контрольной группы – 20,76±2,3 балла ($p>0,05$). У 83% больных выявлены признаки вегетативной дисфункции. Средний показатель вегетативной дисфункции по опроснику А.М. Вейна составил 34,3±1,4 балла, что достоверно выше, чем в контрольной группе ($p<0,001$). Результаты оценки вегетативной дисфункции у пациентов с СПР по опроснику А.М. Вейна приведены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты оценки вегетативной дисфункции у больных с СПР по опроснику А.М. Вейна

Симптом	Количество больных (%)
Склонность к покраснению лица при волнении	31
Склонность к побледнению лица при волнении	22
Онемение или похолодание пальцев кистей, стоп	86
Онемение или похолодание целиком кистей, стоп	28
Изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность) пальцев кистей, стоп	24
Изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность) целиком кистей, стоп	5
Повышенная потливость – постоянная – при волнении	 24 68
Ощущение сердцебиения, «замирания», «остановки сердца»	26
Ощущение затруднения при дыхании: чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание	7
Нарушение функции желудочно-кишечного тракта: склонность к запорам, поносам, «вздутиям» живота, боли	42
Обмороки	15
Приступообразные головные боли	29
Снижение работоспособности, быстрая утомляемость	89
Нарушения сна	58

Как видно из табл. 1, чаще всего у больных СПР наблюдались следующие вегетативные дисфункции: онемение или похолодание пальцев кистей, стоп, повышенная потливость при волнении, снижение работоспособности, быстрая утомляемость.

Также при обследовании больных выявлено нарушение слюноотделения, а именно гипосаливация (68% больных), что можно

объяснить доминированием симпатической нервной системы или угнетением парасимпатической. Гиперсаливация отмечена у 7% больных.

При исследовании глазосердечного рефлекса Даньини-Ашнера у 11% больных наблюдалось замедление ЧСС более, чем на 12 ударов в минуту, у 34% у пациентов наблюдалось повышение ЧСС, а у 37% ЧСС не изменилась. В контрольной группе у 87% человек отмечено замедление ЧСС на 6–12 ударов в минуту, у 13% – отмечено повышение ЧСС на 2–4 удара в минуту.

При исследовании индекса Кердо отмечены значения – 8,8±2,3 у 11% больных, и значение 11,8±2,1 у 71% больных. У 18% больных показатели индекса 4,2±1,7 были близки к показателям контрольной группы 3,6±1,4.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с СПР наблюдается вегетативная дисфункция, при этом чаще всего наблюдается симпатикотония – повышение тонуса симпатического отдела нервной системы.

Список литературы:

1. Mendak-Ziołko M. Evaluation of select neurophysiological, clinical and psychological tests for burning mouth syndrome / M. Mendak-Ziołko, T. Konopka, Z.A. Bogucki / Oral Surg. OralMed. OralPathol. OralRadiol. – 2012. Vol. 114. № 3. P. 325-332.
2. Meurman J.H. The menopause and oral health / J.H. Meurman, L. Tarkkila, A. Tiitinen // Maturitas. – 2009. Vol. 63. № 1. P. 56-62.
3. Suri, V. Menopause and oral health / V. Suri, V. Suri // J. Midlife Health. – 2014. Vol. 5. № 3. P. 115-120.
4. Аматуни Э.А. Комплексная терапия глоссалгии у женщин в период менопаузы / Э.А. Аматуни // Стоматология для всех. – 2015. № 1. С. 9-12.
5. Глоссалгия – социальная проблема медицины. Современный взгляд на этиопатогенез / А.Н. Попова [и др.] // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2015. № 33. С. 62-64.
6. Караков К.Г. Патофизиологические особенности психосоматических нарушений в рамках концептуального подхода к глоссодинии (обзор литературы, II часть) / К.Г. Караков, С.-С.З. Хубаев // Клиническая неврология. – 2014. № 4. С. 33-37.
7. Лукиных Л.М., Успенская О.А., Шевченко Е.А.Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии. Нижний Новгород, 2014. (2-е изд.).

8. Марулиди Р.Г. Центральные и периферические механизмы синдрома жжения в полости рта / Р.Г. Марулиди, О.С. Шубина, М.Н. Пузин // Российский стоматологический журнал. – 2001. № 3. С. 34-39.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОЯВЛЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА ФОНЕ ГАЛЬВАНИЗМА

К.м.н., доцент Толмачева С.М., к.м.н., доцент Вдовина Л.В., к.м.н., доцент Тиунова Н.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Введение. Поиск современных способов лечения красного плоского лишая (КПЛ) слизистой оболочки полости рта остается одной из наиболее актуальных проблем в стоматологии [1, 3]. До сих пор этиология и патогенез этого заболевания остаются до конца неизученными [1]. Течение КПЛ варьируется от легкого до крайне тяжелого, приносящего страдания больным [7]. Распространенность КПЛ среди заболеваний слизистой оболочки полости рта КПЛ составляет 30–35% [6]. В последнее время увеличивается количество больных с атипично, инфильтративно и тяжело протекающими формами данной патологии, которые обладают наибольшей вероятностью малигнизации в 0,07–3,2% случаев [5, 8]. В последние годы КПЛ значительно «помолодел», регистрируются случаи развития КПЛ у детей [9].

При протезировании больных металлическими ортопедическими конструкциями могут возникать различные патологические реакции, например, дисгевзия (металлический привкус, вкус соли, кислоты, горечи), чувство «прохождения тока» при введении в полость рта металлических предметов, нарушения слюноотделения, повреждения слизистой оболочки полости рта, вплоть до появления язв, развития гиперкератоза [2, 4].

Все это значительно осложняет поиск необходимых средств и методов лечения КПЛ.

Цель. Изучение клинического случая КПЛ слизистой оболочки полости рта на фоне гальванизма.

Материалы и методы. В стоматологическую поликлинику ПИМУ обратилась пациентка В., 1971 г.р. с жалобами на наличие белых образований на десне нижней челюсти.

При объективном осмотре зубы 1.8, 2.4, 2.5, 2.7, 2.8, 3.8, 3.7, 3.6 4.6, 4.7, 4.8 отсутствуют. Зубы 1.5, 1.4, 2.3, 2.6 покрыты металлокерамическими коронками, зубы 1.6, 3.5, 3.4, 4.4, 4.5 – металлическими коронками с нитрид-титановым напылением. Нижняя челюсть протезирована частичным съемным пластиночным протезом, которым пациентка пользуется не регулярно. Определяется подвижность зубов 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 – I степени. На слизистой оболочке щек, ближе к ретромолярной зоне, папулы серовато-белого цвета, соединяющиеся между собой кератотическими мостиками с формированием сетчатого рисунка (сетка Уикхема). На десне нижней челюсти справа на уровне зубов 4.4, 4.5 (с вестибулярной стороны) на фоне типичных высыпаний сплошной очаг ороговения белого цвета с четкими границами в виде широкой ленты (рис. 1, 2, 3). По результатам теста гальванометрии разность потенциалов составила: 28,8 мкА между искусственными коронками зубов 1.6 и 4.4, 4.5 и 12,2 мкА между искусственными коронками зубов 1.6 и 3.4, 3.5. Отмечает повышенное артериальное давление.



Рис. 1. Пациентка В. МКСБ М-1536. Состояние слизистой оболочки полости рта до лечения, папулы на слизистой оболочке щек и ретромолярной области справа.



Рис. 2. Локализация папул на слизистой оболочке альвеолярного отростка в проекции зубов 4.4, 4.5.



Рис. 3. Локализация папул на слизистой оболочке щеки слева.

Диагноз: красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта, гиперкератотическая форма (L43.80 Проявления красного плоского лишая папулезные в полости рта, L43.83 Проявления красного плоского лишая (типичные бляшки) в полости рта); частичная потеря зубов (К00.00 Частичная адентия [гиподентия] [олигодентия]); гальванизм (Т56 Токсическое действие металлов).

Рекомендовано:

1) соблюдение диеты;

2) консультация терапевта (кардиолога); контроль артериального давления;

3) снятие искусственных коронок 1.6, 3.5, 3.4, 4.4, 4.5;

4) солкосерил 2 мл в/м ежедневно № 25;

5) мильгамма 2 мл в/м через день № 10;

6) мексидол 2 мл 5% р-р в/м ежедневно № 10;

7) аевит по 1 капсуле 3 раза/день 3 недели;

8) местно аппликации солкосерил дентальной адгезивной пасты на слизистую оболочку полости рта 2 раза/день длительно;

9) рациональное протезирование конструкциями (искусственными коронками) из однородных материалов;

10) повторная явка после курса лечения через месяц.

Результаты. При повторном посещении через месяц после начала лечения: жалоб нет; зубы 3.5, 3.4, 4.4, 4.5 протезированы металлокерамическими коронками, зуб 1.6 – металлической коронкой без напыления. Со слов пациентки рекомендованные мероприятия выполнены в полном объеме. Десна нижней челюсти справа чистая, типичные папулезные высыпания сохраняются на слизистой оболочке щек. Динамика положительная. Рекомендовано продолжить соблюдение диеты, проведение аппликаций на слизистую оболочку щек солкосерил дентальной адгезивной пасты, протезировать нижнюю челюсть съемным пластиночным протезом из безмономерной пластмассы. Пациентка поставлена на диспансерный учет.



Рис. 4. Состояние слизистой оболочки полости рта после проведенного лечения.



Рис. 5. Состояние слизистой оболочки полости рта после проведенного лечения.



Рис. 6. Состояние слизистой оболочки полости рта после проведенного лечения.

Таким образом, комплексное лечение гиперкератотической формы КПЛ на фоне гальванизма показывает эффективность проведенной нами терапии, а именно: купирование патологического процесса, нормализацию состояния слизистой оболочки полости рта и улучшение самочувствия больного.

Список литературы:

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. — М.: Мед. книга; Изд-во «Стоматология», – 2008. С. 117-130.
2. Гожая Л.Д., Исакова Т.Г., Ножницкая Я.М., Талалай Т.Ю. Особенности диагностики и лечения пациентов с гальванозом, протекающим на фоне хронического гастрита // Институт стоматологии. – 2008. № 1. С. 89-91.
3. Лукиных Л.М., Жданова М.Л. Клинический случай и схема лечения МЭЭ тяжелой степени // Cathedra – Кафедра. Стоматологическое образование. – 2014. № 49. С. 54-56.
4. Онищенко В.С. Факторы, влияющие на развитие гальваноза в полости рта / В.С. Онищенко // Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний. Киев, – 1989. С. 244-245.
5. Петрова Л.В. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Российский журнал кожных и венерических, болезней. – 2002. № 3. С. 28-31.
6. Рабинович О.Ф. Лечение больных красным плоским лишаем иммуномодулирующими препаратами ликопид и полиоксидоний // Иммунология. – 2004. №4. С. 226-229.
7. Anuradha C.H., Reddy B.V., Nandan S.R., Kumar S.R. Oral lichen planus // A review. N Y State Dent J. – 2008. Vol. 74. № 4. P. 66-68.
8. Rhodus N.L., Cheng B., Bowles W. et al. Proinflammatory cytokine levels in saliva before and after treatment of (erosive) oral lichen planus with dexamethasone // Oral Dis. – 2006. Vol. 12. № 2. P. 112-116.
9. Laeijendecker R., Van Joost T., Tank B., Oranje A.P., Neumann H.A. Oral lichen planus in childhood // Pediatr Dermatol. – 2005. Vol. 22. № 4. P. 299-304.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЯ НА ОСНОВЕ КОЛЛАГЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ И БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Д.м.н., доцент Успенская О.А., к.м.н., доцент Тиунова Н.В., Лощилова Е.С., Кривдина Е.С.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Красный плоский лишай – это узелковое хроническое заболевание, возникающее на коже и видимых слизистых оболочках и имеющее характер лихеноидной реакции, которое характеризуется полиморфизмом симптомов клинического проявления, тяжелым, длительным, рецидивирующим течением [4, 5, 9] Число больных этим кератозом имеет тенденцию к постоянному росту.

Согласно результатам эпидемиологических исследований красный плоский лишай встречается чаще у женщин в возрасте от 40 до 65 лет [6, 8]. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы заболевания являются факультативным предраком с вероятностью озлокачествления до 7% [2, 3]. В связи с ростом числа пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта (КПЛ СОР), длительным хроническим течением заболевания, возможностью малигнизации процесса актуальна разработка новых направлений в лечении данной патологии и поиск новых препаратов, дающих стойкий терапевтический эффект за минимально короткое время.

В местном лечении эрозивно-язвенной формы КПЛ СОР применяются следующие препараты: для обезболивания слизистой оболочки аппликация местных анестетиков, антисептическая обработка, при наличии фибринозного налета на поверхности эрозии – аппликация протеолитических ферментов с целью очищения поверхности, нанесение противовоспалительных мазей и препаратов с кератопластическим действием [1, 10].

На наш взгляд, перспективным явилось бы использование в местном лечении препарата, сочетающего в себе все вышеперечисленные компоненты.

В связи с этим наше внимание привлек гель на основе коллагена эмалан, содержащий димексид, ускоряющий проникновение лекарственных препаратов, аллантоин, обладающий противовоспалительным и местноанестезирующим действием, антиоксидант эмоксипин и тетраборат натрия, обеспечивающий противогрибковое и антибактериальное действие. Эмалан создает на поверхности эрозии газопроницаемую пленку, препятствующую развитию анаэробной флоры, обеспечивают противовоспалительный и эпителизирующий эффекты [7].

Цель исследования: оценить эффективность препарата на основе коллагена в комплексном лечении эрозивно-язвенной и буллезной форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели мы обследовали 28 больных: 25 женщин и 3 мужчин в возрасте от 31 до 80 лет с эрозивно-язвенной и буллезной формами красного плоского лишая. Основной контингент – 89% больных составили лица женского пола. Лица мужского пола составили 11% обследованных. Распределение больных по возрасту показало, что в возрасте 41–60 лет находилось 58% больных. Распределение больных по клиническим формам заболевания показало, что эрозивно-язвенная форма встречалась у 80% больных (22 человека). Буллезная форма наблюдалась у 20% больных (6 человек). Обследуемых разделили на 2 группы: основную и группу сравнения, по 14 человек в каждой группе. Всем больным КПЛ СОР было рекомендовано комплексное этиопатогенетическое лечение, которое включало:

1) Проведение профессиональной гигиены полости рта.

2) Обучение рациональной гигиене полости рта и языка.

3) Санацию полости рта.

4) Избирательное пришлифовывание зубов.

5) Консультацию врача-ортопеда для оценки имеющихся в полости рта

конструкций, устранение протезов из разнородных металлов, рациональное протезирование.

6) Пациентам рекомендовалась щадящая диета с исключением горячей, грубой, острой и пряной пищи.

7) При наличии сопутствующей патологии проводилось наблюдение врачом соответствующего профиля.

Общее лечение включало назначение после консультации с врачом-терапевтом или врачом соответствующего профиля:

– внутримышечных инъекций солкосерила по 2 мл внутримышечно, ежедневно, на курс 25 инъекций;

– внутримышечных инъекций мильгаммы по 2 мл внутримышечно, через день, на курс 10 инъекций;

– иммуномодулятора дерината (по 2–3 капли в каждую ноздрю 2–3 раза в день, курс 3 недели).

Местное лечение основной группы больных включало аппликации геля на основе коллагена на проблемные участки слизистой оболочки рта 2 раза в день, курс лечения 3–4 недели. В группе сравнения назначали традиционное лечение: аппликации солкосерил дентальной адгезивной пасты 2 раза в день (утром после завтрака и на ночь), а также аппликации гидрокортизоновой мази 2 раза в день, (в 12 и 17 часов) 7 дней. Оценку площади поражения (эрозии) оценивали с помощью планиметрии (измерения площади участка поражения).

Результаты исследования. Применения геля на основе коллагена в комплексном лечении больных эрозивно-язвенной и буллезной формами красного плоского лишая, показали, что снижение жалоб произошло на 8 день лечения. По данным планиметрии наблюдалось уменьшение площади очага поражения в 2 раза через 10 дней. В группе сравнения снижение жалоб произошло на 10 день, уменьшение очага в 2 раза мы наблюдали лишь через через 15 дней.

Таким образом, применение препарата на основе коллагена показало хороший клинический результат, что требует дальнейшего изучения

эффективности данного препарата в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки рта с целью оптимизации стоматологической помощи данной группе больных.

Список литературы:

1. Григорьев С.С. Оценка клинической эффективности местного лечения пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта / С.С. Григорьев, П.Б. Жовтяк // Проблемы стоматологии. – 2016. Т. 12. № 1. С. 25-30.
2. Жданова М.Л. Поражения полости рта при системных заболеваниях и нарушениях обменных процессов. В книге: Заболевания слизистой оболочки полости рта. – Нижний Новгород, 2017. С. 397-446.
3. Лукиных Л.М. Местные иммуномодуляторы в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / Л.М. Лукиных, Н.В. Тиунова // Стоматология. – 2013. Т. 92. № 6. С. 26-28.
4. Молочков В.А. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта как междисциплинарная проблема / В.А. Молочков, М.А. Амхадова, Ю.В. Молочкова // Медицинский алфавит. – 2017. Т. 4.№ 38 (335). С. 52-57.
5. Новый подход к лечению пациентов с тяжелыми формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта / О.Ф. Рабинович [и др.] // Клиническая стоматоогия. – 2015. № 3 (75). С. 30-35.
6. Опыт лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта препаратами на основе коллагена и дигестазы / А.В. Тимошин [и др.] // Медицинский алфавит – 2018. Т. 1. № 2 (339). С. 6-10.
7. Оценка эффективности применения геля эмалан после проведения коррегирующих операций у пациентов на слизистой полости рта / Л.А. Дмитриева [и др.] // Стоматология для всех – 2013. № 2. С. 44-48.
8. Пародонтологические аспекты заболеваний слизистой оболочки полости рта: красный плоский лишай / О.С. Гилева [и др.] // Пародонтология. – 2017. Т. 22. № 3. С. 9-14.
9. Служаев И.Ф. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта: клиника, лечение / И.Ф. Служаев, Г.И. Оскольский, Е.Б. Загородняя / Дальневосточный медицинский журнал, – 2010. № 2. С. 132-136.
10. Силин Д.С. Дифференцированный подход к рациональной фармакотерапии красного плоского лишая слизистой оболочки полсти рта с учетом клинической формы поражения / Д.С. Силин, А.И. Конопля // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2011. № 4. С. 155-160.

ВЛИЯНИЕ АНТИОСТЕОПОРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА НА МИНЕРАЛЬНЫЙ ОБМЕН

Д.м.н., доцент Успенская О.А., Качесова Е.С.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра терапевтической стоматологии,

г. Нижний Новгород

Актуальность проблемы генерализованного пародонтита обусловлена его высокой распространенностью среди населения, а также склонностью к его агрессивному течению среди молодого населения [1, 2].

При этом причины возникновения быстропрогрессирующего пародонтита до конца не выяснены. В настоящее время генерализованный пародонтит считается многофакторным заболеванием, развивающимся как результат сложных взаимодействий между генами и окружающей средой [3]. В литературе есть данные об усугублении заболеваний пародонта у больных эндемическим зобом [4], а также у лиц, принимающих комбинированные гормональные контрацептивы, у которых зафиксировано нарушение гемодинамики и структурные изменения микроциркуляторной системы пародонта [5, 6].

Многими авторами установлено, что системный остеопороз является фактором, предрасполагающим к развитию генерализованного пародонтита и оказывающим влияние на его течение. Генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени тяжести в свою очередь является одним из признаков остеопороза [7].

Несмотря на высокую степень минерализации в костной ткани происходит постоянное обновление входящих в ее состав веществ, постоянное разрушение и созидание, адаптивные перестройки к изменяющимся условиям функционирования. В связи с этим соли кальция играют важную роль в лечении пародонтита, влияя на костеобразование [8].

В настоящее время при лечении системного остеопороза с успехом применяется комбинированная фармакотерапия. В частности, в последние годы был разработан препарат, включающий в свой состав два действующих вещества: алендронат и альфакальцидол. Бисфосфонаты – подгруппы антиостеопоретических средств с наиболее доказанной эффективностью. Алендронат является одним из наиболее эффективных и подробно изученных антирезорбтивных лекарственных средств из группы бисфосфанатов 2-го поколения. Альфакальцидол является представителем группы препаратов витамина Д. По результатам литературы была доказана эффктивность примененя комбинированного препарата «Тевабон» в лечении остеопороза [9]. Это дает предпосылки к включению данного препарата в схему лечения агрессивных форм пародонтита.

Целью исследования является изучение изменения минерального обмена при использовании препарата «Тевабон» в лечении быстропрогрессирующего пародонтита.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 45 человек в возрасте от 25 до 35 лет, проживающих в г. Н. Новгороде. Из них 15 были практически здоровы и составили контрольную группу, а у 30 пациентов был диагностирован быстропрогрессирующий пародонтит. По данным анамнеза длительность заболевания составляла от 3 до 5 лет.

Все пациенты с быстропрогрессирующим пародонтитом получили комплексное этиопатогенетическое лечение.

Была проведена профессиональная гигиена полости рта, удаление поддесневых зубных отложений с использованием ультразвуковой системы Piezon-Master и системы «Вектор», медикаментозная обработка. В местной терапии использовалась разработанная нами схема лечения.
В пародонтальные карманы закладывали кашицу, приготовленную ex tempore, содержащую в своем составе препараты «Метронидазол» и «Эплан». Данная процедура повторялась 4–5 раз в течение недели. В зависимости от общего лечения пациенты были разделены на 2 группы по 15 человек:

1 группа – пациенты, общее лечение которых включало препарат «Кальцемин» в дозировке по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 месяцев, а также поливитаминные комплексы.

2 группа – пациенты, общее лечение которых включало препарат «Тевабон» в дозировке: по 1 таблетке алендроната по 70 мг 1 раз в неделю и по капсуле альфакальцидола по 1 мкг ежедневно в течение 3 месяцев.

Диспансерное наблюдение в течение первых трех месяцев после комплексного индивидуализированного лечения проводилось 1 раз в 10 дней, затем в течение года – 1 раз в 3 месяца.

Для оценки эффективности терапии во всех группах исследовались биохимические показатели крови: содержание общего и ионизированого кальция, фосфора, кальцидиола.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты биохимического исследования уровня общего кальция в крови наглядно представлены на рис. 1.

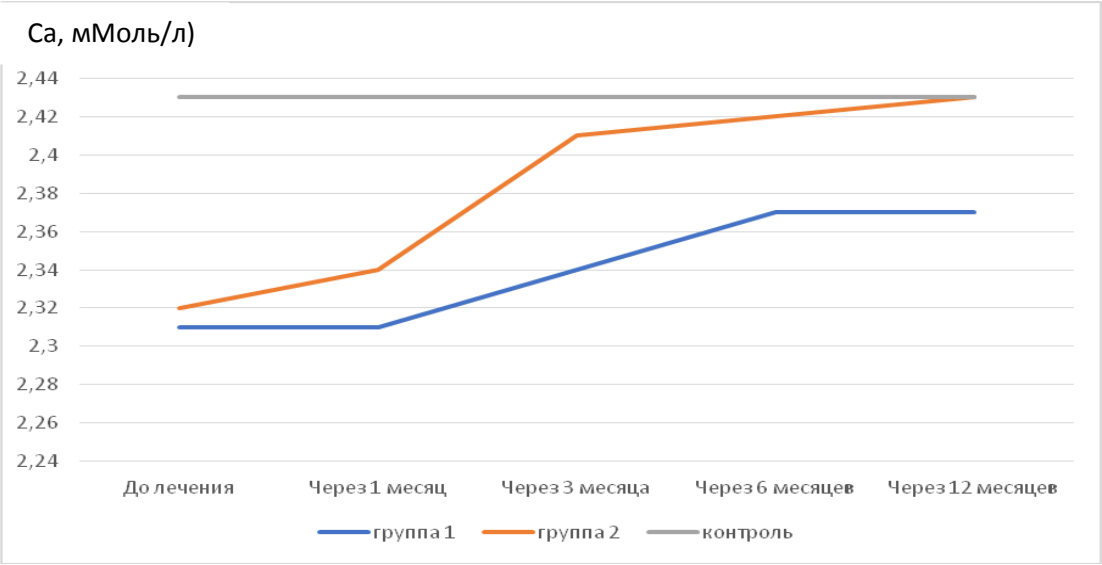


Рис. 1. График изменения уровня общего кальция в крови.

Результаты исследования показали, что уровень общего кальция в крови до лечения быстропрогрессирующего пародонтита был в пределах нормы (2,31±0,004 в группе 1 и 2,32±0,01 в группе 2), однако отмечалось достоверное отличие ($p<0,001$) его содержания в группах обследуемых по

сравнению с контролем (2,43±0,01). Уже через 1 месяц после начала лечения наблюдалась тенденция к повышению уровня общего кальция в группе пациентов, в лечении которых применялся препарат «Тевабон» (2,34±0,01), при этом достоверное увеличение уровня кальция ($p<0,001$) и приближение его к контролю отмечалось через 3 месяца (2,41±0,01) и сохранялось через 6 и 12 месяцев. В группах пациентов, получавших в общем лечении препарат «Кальцимин», также наблюдалась тенденция к повышению уровня общего кальция в крови. Уровень общего кальция в крови в первой и второй группах имел сходные значения через месяц после лечения, однако через 3 месяца во второй группе (2,41±0,01) наблюдалось достоверное ($p<0,001$) повышение содержания кальция в крови по сравнению с первой группой (2,34±0,007), данное различие сохранялось через 6 и 12 месяцев. Таким образом, лечение с использованием препарата «Тевабон» приводило к увеличению содержания общего кальция в крови и приближении его к значению в группе контроля.

Содержание ионизированного кальция в крови больше подвержено изменениям (рис. 2). По его концентрации можно судить о состоянии компенсаторных систем организма и снабжении клеток тканей этим элементом.

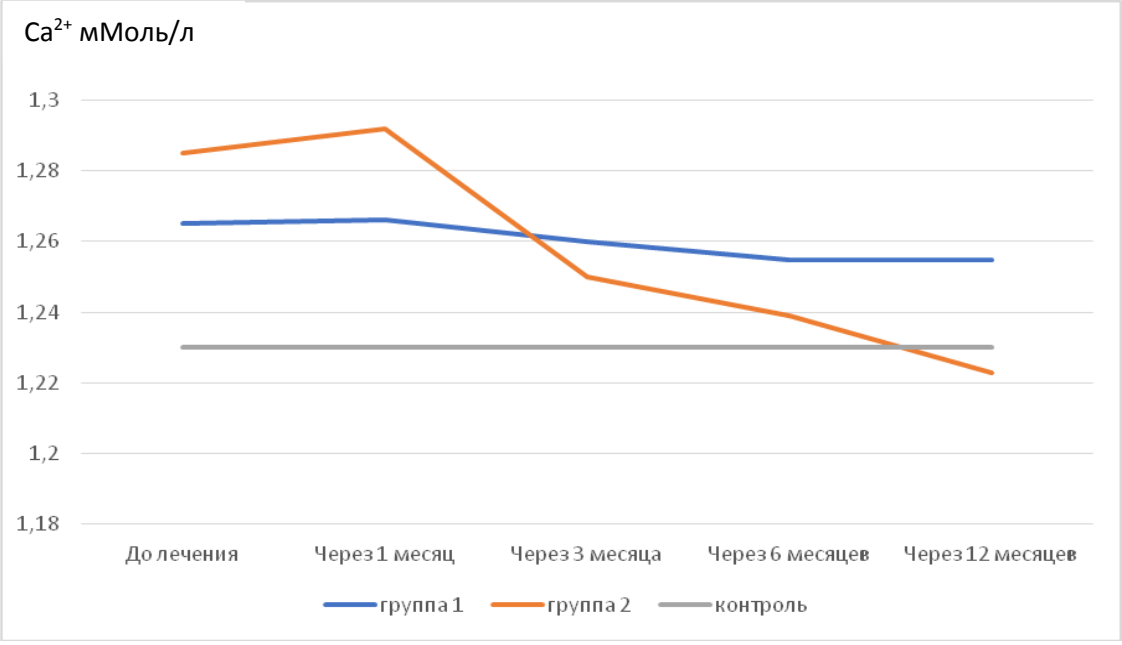


Рис. 2. График изменения уровня ионизированного кальция в крови.

По результатам биохимического исследования крови у пациентов обеих групп до лечения отмечалось достоверно повышенное ($p<0,001$) содержание ионизированного кальция по сравнению с контролем. В 1 группе наблюдалась тенденция к снижению уровня ионизированного кальция на фоне лечения. Во 2 группе было зафиксировано повышение содержания ионизированного кальция через 1 месяц после начала лечения. Это связано с насыщением крови кальцием благодаря альфакальцидолу, входящему в состав препарата «Тевабон». В последующем во второй группе происходит его снижение по сравнению с первоначальным уровнем ($p<0,001$) и приближением к уровню контроля (через 3, 6 и 12 месяцев). Уже через 3 месяца уровень ионизированного кальция составлял 1,25±0,005, что достоверно ($p<0,001$) ниже показателей до лечения (1,2847±0,004) и через 1 месяц после лечения (1,29±0,004). Через 12 месяцев после лечения во второй группе регистрировалось достоверное ($p<0,001$) снижение содержания ионизированного кальция в крови (1,22±0,005) по сравнению с 1 группой (1,26±0,003). Такие показатели во второй группе пациентов свидетельствуют о восстановлении костной ткани, насыщению ее кальцием. Таким образом, применение препарата «Тевабон» в комплексном лечении быстропрогрессирующего пародонтита оказалось более эффекивным по сравнению с препаратом «Кальцимин».

Результаты исследования содержания фосфора в крови представлены на рис. 3.

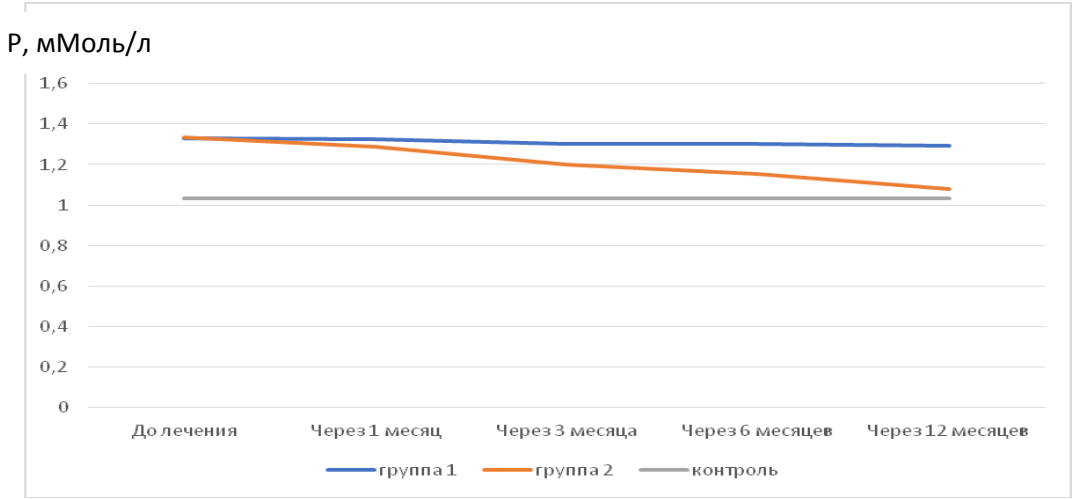


Рис. 3. График изменения содержания фосфора в крови.

Как видно из графика уровень фосфора в крови пациентов с быстропрогрессирующим пародонтитом достоверно выше ($p<0,001$) уровня в контрольной группе. На фоне лечения в первой группе наблюдалась тенденция к его снижению. Во второй группе отмечалось достоверное снижение уровня фосфора в крови через 3 месяца после начала лечения (1,20±0,011). Через 12 месяцев уровень фосфора во второй группе (1,08±0,031) был достоверно ниже ($p<0,001$), чем в 1-ой группе (1,30±0,012).

Стоит отметить, что результаты биохимического исследования крови пациентов показали колебания содержания общего кальция, ионизированного кальция и фосфора в крови в пределах нормы как до, так и после лечения в обеих группах. Однако во второй группе были отмечены достоверно значимые изменения уровня кальция, фосфора и паратиреоидного гормона к 3, 6 и 12 месяцу, а в первой группе наблюдалась тенденция к аналогичным изменениям. Это свидетельствует о положительной динамике течения воспалительного процесса у пациентов с быстропрогрессирующим пародонтитом на фоне приема препаратов, регулирующих кальций-фосфорный обмен особенно выраженной при использовании «Тевабона».

Таким образом, применение «Тевабон» в комплексном лечении быстропрогрессирующего пародонтита приводило к нормализации минерального состава крови.

Заключение. Оценка результатов данного исследования позволяет рекомендовать включение препарата «Тевабон» в схему лечения пациентов с быстропрогрессирующим пародонтитом.

Список литературы:

1. Лукиных Л.М. Хронический генерализованный пародонтит. Часть I. Современный взгляд на этиологию и патогенез / Л.М. Лукиных, Н.В. Круглова // Современные технологии в медицине. – 2011. № 1. С. 123-125.

2. Clinical and putative periodontal pathogens' features of different sites with probing depth reduction after non-sergicalperiodontal treatmrnt of patients with aggressive periodontitis / R.F. Lu, X.H. Feng, L. Xu, H.X. Meng // Beijing Da Xue Xue Bao. – 2015. № 47 (1). P. 13-18.

3. Царинский М.М. Инновационный подход к изучению быстропрогрессирующих пародонтитов / М.М. Царинский, Н.М. Царинская // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – №3. – С. 705-709/

4. Хронический генерализованный пародонтит у больных эндемическим зобом / Т.Р. Сутаева, С.Р. Минкаилова, И.М. Шамов, О.Г. Омаров // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. Т. XIX. № 3. С. 46-47.

5. Успенская О.А. Изменение местного иммунитета полости рта у пациенток с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на фоне урогенитальной инфекции / О.А. Успенская, Л.Н. Казарина, Е.А. Шевченко // Современные проблемы науки и образования. – 2015. № 1-1. С. 1365.

6. Успенская О.А. Особенности гормонального фона у бесплодных женщин с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом / О.А. Успенская // Фундаментальные исследования. – 2015. № 1-2. С. 398-401.

7. Генерализованный пародонтит и системный остеопороз. Клинико-рентгенологическая оценка (Часть III) / А.В. Цимбалистов, Г.Б. Шторина, И.А. Гарапач, Е.Д. Жидких // Институт стоматологии. – 2008. №1. С. 80-82.

8. Щербич В.М. Показатели качества костной ткани челюсти в скрининговой диагностике болезней пародонта / В.М. Щербич, С.Н. Московский, В.П. Конев, А.Ф. Сулимов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. Т. 5. № 4. С. 588-590.

9. Шварц Г.Я. Тевабон-новый комбинированный препарат для лечения остеопороза / Г.Я. Шварц // РМЖ. – 2011. Т. 19. № 10. С. 623-631.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИМОРФНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ В ПОЛОСТИ РТА

Д.м.н. Хелминская Н.М., к.м.н. Кравец В.И., Гончарова А.В.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университета им. Н.И. Пирогова», г. Москва

Полиморфная экссудативная эритема – синдром, в основе которого лежит поражение сосудов дермы с выходом плазмы и клеточных элементов, возможным повреждением функции макрофагов. Формируется вследствие

тяжелой системной (иммунокомплексной) аллергической реакции замедленного типа с характерными вторичными изменениями кожи и слизистых. Высыпания представлены пятнами и папулами, напоминающими мишень или радужку, везикулами и пузырями. Излюбленная локализация – конечности, особенно кисти и стопы, и слизистые оболочки, в том числе и в полости рта.

В зависимости от преобладания этиопатогенетического фактора выделяют инфекционно-аллергическую и токсико-аллергическую формы полиморфной экссудативной эритемы. По данным литературы, инфекционно-аллергическая форма наблюдается у 80–95% больных.

В клинике челюстно-лицевой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета за период с 2008 по 2013 гг. находились на лечении 21 пациент с полиморфной экссудативной эритемой. 88% пациентов составили мужчины, 12% – женщины. Распределение больных по возрасту сохраняло тенденцию, описанную в литературе: 15% больных были в возрасте от 16 до 20 лет, 45% – от 21 до 30 лет, 26% – в возрастной категории от 31 до 40 лет, и 14 % контингента старше 40 лет.

Ведущим этиологическим фактором по нашим наблюдениям явился прием лекарственных препаратов (89% больных), у 11% пациентов полиморфная экссудативная эритема была вызвана инфекционно – аллергическими факторами.

Четко выраженный продромальный период в виде гриппоподобного состояния (лихорадка, слабость, головная боль, боль в мышцах), который пациенты могли четко описать отмечался лишь у 16% пациентов.



Рис. 1. Пациент Р., 30 лет. Высыпания на красной кайме губ.

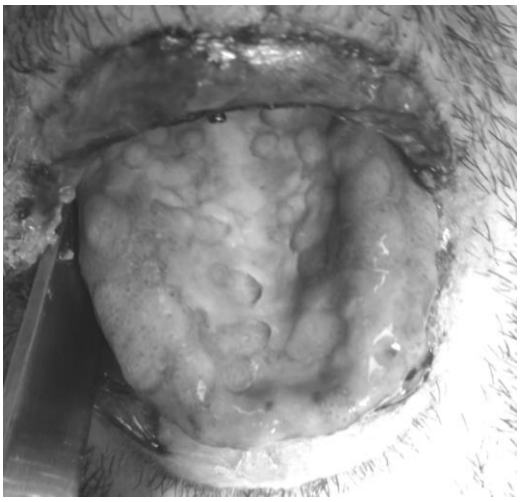


Рис. 2. Пациент Р., 30 лет. Высыпания на языке.

В 65% случаев нами отмечались патологические изменения только в полости в полости рта пациентов. В 22% случаев из классической триады повреждений слизистый оболочек выявлялся конъюнктивит и стоматит. В 7% случаев отмечались явления уретрита, конъюнктивита и стоматита. В 5% случаев добавлялись и проявления на коже в виде высыпаний мишеневидной формы на коже ладоней, стоп и сгибательной поверхности рук. В 2% случаев наблюдались пациенты с триадой поражения слизистых оболочек, кожными проявлениями в области лица, конечностей, груди, и живота и патологией желудочно-кишечного тракта. У 67% больных отмечались повторные высыпания в полости рта и на коже в первую неделю заболевания, когда терапия была уже начата.

Мишеневидные высыпания на коже бледнеют при начатом лечении на 5–7 день. Пузыри в полости рта вскрываются, обнажается поверхность эрозий в течение первых 3–4 дней (рис. 1, 2). Эти явления вызывают резкую болезненность при жевании, глотании и речи, очень сильно затрудняет прием даже жидкой пищи. Данные элементы эпителизируются в течение 10–14 дней. Эти пациенты нуждаются в инфузионной терапии как с целью дезинтоксикации, так и с целью восполнения ОЦК, вызванным обезвоживанием. Раствор 5% глюкозы нужно применять с осторожностью,

т. к. у некоторых больных может отмечаться транзиторное нарушение толерантности к глюкозе и требует добавления 4–6 Единиц инсулина короткого действия.

Схема лечения пациентов включала в себя следующие пункты:

1. Стационарное лечение.
2. Диета, исключающая употребление красной и других сортов рыбы, оранжевых фруктов, острые, экстрактивные блюда. Применяются жидкие теплые блюда.
3. Гигиена полости рта (чистка зубов, не смотря на наличие болевого синдрома и эрозий в полости рта).
4. Антигистаминные препараты: супрастин 1 амп (20 мг) 2 раза в день внутримышечно, или тавегил 1 амп (2 мг) 2 раза в день внутримышечно.
5. Преднизолон 60/90 мг в сутки, в некоторых случаях до 120 мг/сутки, или дексаметазон 8/12 мг в сутки на 5-7 дней до стабилизации состояния и уменьшения яркости и частоты высыпаний, затем переход на таблетированный преднизолон 5–10 мг в сутки до исчезновения папулезных элементов.
6. Инфузионная терапия внутривенно: солевые растворы в объеме до 2000 мл на период 4–7 дней с форсированным диурезом.
7. Антибактериальные препараты назначают очень осторожно, только при присоединении гнойных осложнений в полости рта или в других местах повреждения слизистых оболочек, исключая препараты пенициллинового ряда.
8. Инстилляция полости рта раствором 0,01% раствором мирамистина, 0,02–0,15% или раствором хлоргексидина, чередование антибактериальных и ранозаживляющих гелей, бальзамов, коллагеновых пластин (МетрогилДента, Асепта, Холисал, Солкосерил – паста стоматологическая, Эмалан), коллагеновые пластины для полости рта (Фрамадонт).
9. Лечение конъюнктивита и уретрита.

Выводы.

Полиморфная экссудативная эритема очень часто проявляется не классической триадой признаков, а одним из элементов;

Важен кропотливый сбор анамнеза заболевания;

Если высыпания локализованы только в полости рта и пациента отсутствуют дополнительные жалобы, его состояние нужно оценивать как средней тяжести или тяжелое, т. к. риск осложнений остается высоким и пациент нуждается в стационарном лечении;

В ходе лечения принципиально важным является исключение из схемы всех нестероидных противовоспалительных препаратов, витаминов, антибактериальных препаратов (особенно пенициллинового ряда), противомикотических лекарственных средств.

Список литературы:

1. Верткин А.Л. Синдром Стивенса – Джонсона / А.Л. Верткин, А.В. Дадыкина // Лечащий врач. – 2006. № 4. С. 79-82.

2. Самцов А.В., Барбинов. В.Б. Дерматовенерология: учебник для мед. вузов / А.В. Самцов, В.Б. Барбинов. – СПб: Спец. Лит., – 2008. 352 с.

3. Hofbauer G.F., Burg G., Nestle F.O. Cocaine-related Stevens-Johnson syndrome / G.F. Hofbauer, G. Burg, F.O. Nestle // Dermatology., 2000. 201: 3: P. 258-260.

4. Parrillo S.J. Stevens-Johnson Syndrome / S.J. Parrillo // eMedicine, December, – 2004.

5. Лукиных Л.М., Успенская О.А., Шевченко Е.А. Многоформная экссудативная эритема Нижний Новгород, – 2015.

6. Лукиных Л.М., Успенская О.А., Шевченко Е.А. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии. Нижний Новгород, – 2014. (2-е изд.).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА ЭДТА НА ЭТАПЕ ФИНИШНОЙ ИРРИГАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА

Шабалина Д.С., Лаптева К.А., Сорокоумова Д.В., Киселева Д.В., Готтман И.А.

Уральский государственный медицинский университет

Институт геологии и геохимии УрО РАН, кафедра терапевтической стоматологии, г. Екатеринбург

Введение. Проблема осуществления качественного эндодонтического лечения является наиболее актуальной [6].

В большинстве случаев корневые каналы имеют неправильную форму, многочисленные латеральные ответвления, анастомозы, перешейки, наличие дельты в апикальной части, несколько апикальных отверстий. В связи с этим очевидно, что такую сложную систему корневых каналов не представляется возможным очистить только механическим способом [7]. Также после механической обработки каналов образуется смазанный слой, который возможно удалить только ирригационными растворами.

Множество исследований выявили две основные составляющие смазанного слоя – минерализованный и органический компоненты, которые включают в себя фрагменты кристаллов гидроксиапатита, коллагеновые волокна, элементы биопленки и погибших микроорганизмов [4, 6].

В связи с чем на этапе финишной ирригации было предложено сочетанное использование 3% раствора гипохлорита натрия для удаления органической составляющей смазанного слоя и 17% раствор ЭДТА для воздействия на минерализованную часть [1, 2].

С появлением в литературе новых данных о структуре смазанного слоя, был выделен дополнительный минеральный слой, который представляет собой смазанные пробки, предложен новый двукратный протокол финишной ирригации [1, 2, 6].

Цель исследования – повысить эффективность финишной ирригации корневого канала.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на кафедре терапевтической стоматологии УГМУ и в институте геологии и геохимии ЦКП УрО РАН «Геоаналитик», ИГГ УрО РАН. В работе были использованы 8 интактных зубов, удаленных по медицинским показаниям. Групповая принадлежность – моляры. Сразу после удаления корни зубов очищали от фрагментов периодонтальной связки и погружали в 0,5% раствор хлорамина для дезинфекции на 7 дней, после чего зубы хранили в физиологическом растворе в холодильнике при температуре около 4°С. Для подготовки зубов к дальнейшему исследованию было проведено создание эндодонтического доступа, формирование ковровой дорожки с использованием инструментов PATHFILE и PROGLIDER на эндодонтическом моторе с постоянной скоростью вращения 300 оборотов в минуту (X-Smartplus) и механическая обработка корневых каналов вращающимися инструментами ProtaperNext по методике «Crowndown».

В зависимости от способа финишной обработки корневого канала зубы были распределены на 2 группы. В 1-ой группе зубов проводили финишную ирригацию 3% гипохлоритом натрия и 17% раствором ЭДТА («Эндожи №2», ВладМиВа). Во 2-ой группе применяли 3% раствор гипохлорита натрия и двукратно 17% раствор ЭДТА.

Объектом исследования явился смазанный слой смазанный слой, образовавшийся в процессе механической обработки на поверхности дентина корневых каналов исследуемых зубов.

Подготовленные зубы распиливали вдоль продольной оси зуба с помощью сепарационного диска и проводили исследование образцов с помощью сканирующего электронного микроскопа JSM-6390LV (JEOL). Ускоряющее напряжение 20кВ. Шлифы зубов напылены углеродом. Обработка некоторых микрофотографий проведена с использованием пакета HeliconFocus.

Об эффективности удаления смазанного слоя судили по количеству открытых дентинных трубочек на единицу площади поверхности корня.

Размерную сетку со стороной 35х25 мкм накладывали на фотомикрографии, подсчитывали количество открытых дентинных трубочек и определяли наличие смазанного слоя.

Результаты исследования и их обсуждение. Электронно-микроскопическое исследование показало, что при использовании стандартного протокола (17% раствор ЭДТА и 3% раствор гипохлорита натрия) на некоторых участках были выявлены дентинные канальцы, закрытые смазанными пробками. На микрофотографиях обнаруживается 30 открытых дентинных канальца.

Наилучшие результаты были получены при изучении образцов зубов, где в протокол была включена двукратная обработка 17% раствором ЭДТА, до и после применения 3% раствора гипохлорита натрия. На микрофотографиях обнаруживается максимальное количество открытых дентинных канальцев (43 открытых дентинных трубочек).

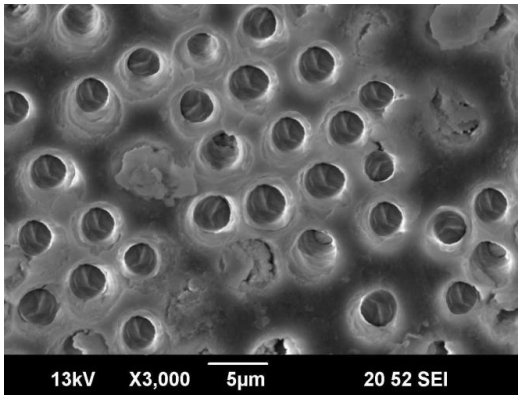


Рис. 1. Однократная обработка 17% раствором ЭДТА.

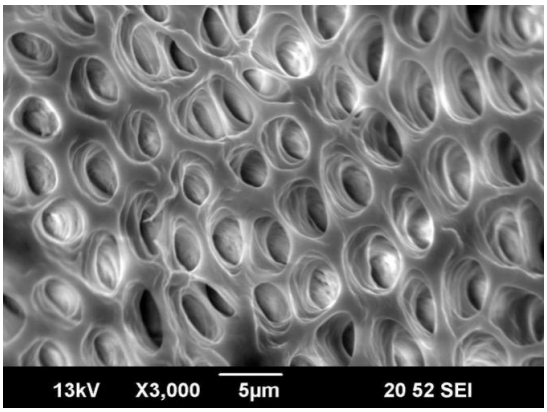


Рис. 2. Двукратная обработка 17% раствором ЭДТА.

Заключение. На основании проведенного исследования нами было выявлено, что двукратное применение хелатных растворов, включенных в современный протокол, позволяет полностью удалить смазанный слой, что повышает эффективность финишной ирригации корневого канала.

Список литературы:

1. Веткова К.В. Изучение эффективности препаратов для удаления эндодонтического смазанного слоя / К.В. Веткова, М.А. Борисенко, А.В. Чекина // Медицинские науки. – 2016. № 1 (22).

2. Гатина Э.Н. Современные возможности ирригации корневых каналов / Э.Н. Гатина, Г.Р. Егорова, Ю.В. Фазылова // Молодой ученый. – 2015. № 11. С. 631-635.

3. Минченя О.В. Эффективность удаления смазанного слоя при химико-механическом препарировании корневого канала ручными и вращающимися инструментами: электронно-микроскопическое исследование / О.В. Минченя, А.И. Яцук, С.В. Григорьев // Стоматологический журнал. – 2013. № 2. С. 45-47.

4. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учебн. пособие / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. 960 с.

5. Рабинович И.М. Опыт применения высоких технологий в эндодонтии / И.М. Рабинович, И.В. Корнетова // Эндодонтия Today. – 2013. № 2. С. 12-17.

6. Рикуччи Д. Эндодонтология. Клинико-биологические аспекты // Д. Рикуччи, Ж. Сикейра. – М.: Азбука, 2015. 415 с.

7. Рувинская Г.Р. Клинические аспекты современных средств и методов интраканальной медикации в эндодонтии (практические рекомендации по применению средств, имеющихся на стоматологическом рынке) / Г.Р. Рувинская, Ю.В. Фазылова, Д.А. Явгильдина // Практическая медицина. – 2009. № 1 (33). С. 18-23.

8. Шабалина Д.С. Сравнительная оценка эффективности применения различных протоколов удаления смазанного слоя // Д.С. Шабалина, К.А. Лаптева, Д.В. Сорокоумова, Д.В. Киселева, И.А. Готтман // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы III Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов [Электронный ресурс]. – Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2018. Т. 3. С. 354-358

9. Успенская О.А., Лукиных Л.М. Влияние механической и антисептической обработки на микрофлору корневого канала // Нижегородский медицинский журнал. – 2003. № S1. С. 71-73.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ

Д.м.н, доцент Успенская О.А., к.м.н., доцент Жданова М.Л., Воинова С.О.

ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России, кафедра терапевтической стоматологии, г. Нижний Новгород

«Эндопародонтальное поражение» – сложный патоморфо-функциональный синдромокомплекс сочетанного поражения пародонта и эндодонта в области одного зубочелюстного сегмента.

Этиология. Основным фактором развития большинства как пародонтальных заболеваний, так и осложнений кариеса, является *бактериальная инфекция* [11, 15]. И хотя при обеих патологиях преобладает анаэробная флора, при изолированном их течении видовой состав в пародонтальном кармане и корневом канале различается [9, 10]. При сочетанном поражении (т. е. эндопародонтальном) обнаружена сходная патогенная анаэробная микрофлора и в пародонтальных карманах, и в корневых каналах зубов [12]. Среди микроорганизмов наиболее часто встречающиеся: бактероиды, фузобактерии, спирохеты, вейлонеллы, сальмонеллы, компилобактерии, пептострептококки [14].

Можно с уверенностью констатировать факт присоединения пародонтопатогенной флоры к внутриканальной инфекции, что подтверждает важную роль эндодонто-пародонтальных сообщений в развитии эндопародонтальных поражений [4, 6, 7, 8].

Родственные отношения пульпы и пародонта изучены достаточно давно. Известно, что они имеют эмбриональные, анатомические и функциональные взаимосвязи. Пульпа и пародонт тесно связаны эктомезенхимальным происхождением, клетки эктомезенхимы пролиферируют в зубной сосочек и зубной фолликул, которые являются

предшественниками пульпы и пародонта соответственно. Отделены они между собой гертвиговским эпителиальным корневым влагалищем [13]. Эмбриональное развитие дает начало анатомическим связям, которые сохраняются на протяжении всей жизни зубов и служат потенциальными путями распространения инфекции по данным Грудянова А.И., Макеевой М.К., Пятигорской Н.В. (2013).

Кроме анатомических путей сообщения, выделяют также и нефизиологический путь – ятрогенный (перфорации корневого канала, вертикальные переломы корня и т. д.) по данным Singh P. (2011).

В литературе много данных о влиянии воспалительных процессов в пульпе зуба и тканях пародонта друг на друга. Длительное воспаление пародонта запускает в пульпе дегенеративные процессы: отложение заместительного дентина, фиброз, уменьшение числа клеточных элементов и резорбцию коллагена, что ограничивает возможность регенерации пульпы.Однако, воспалительный процесс в пародонте не имеет клинически выраженного влияния на пульпу до тех пор, пока пародонтальный карман не достигнет бокового канала или апикального отверстия.

Наибольшим повреждающим эффектом обладают токсины, высвобождающиеся при разрушении стенки грамотрицательных бактерий корневого канала при некрозе пульпы [2, 3].

<u>Классификации эндопародонтальных поражений.</u>

I. Классификация, основанная на локализации первичного очага, из которого произошло инфицирование (Simon, Glik, Frank, 1972):

- первично эндодонтические поражения с транзиторным, клинически не выраженным воздействием воспаленной пульпы на ткани пародонта;
- первично эндодонтические поражения с вторичным вовлечением пародонта, которое развивается при длительном течении эндодонтической патологии;

- первично пародонтальные поражения с транзиторным, клинически не выраженным воздействием воспаленных тканей пародонта на пульпу;
- первично пародонтальные поражения с вторичным вовлечением пульпы, когда в процессе прогрессирования пародонтита происходит инфицирование пульпы через боковой канал или апикальное отверстие;
- истинно комбинированные поражения, когда эндодонтическая и пародонтологическая патология возникали одновременно и развивались параллельно.

II. Модифицированная классификация, в которой учитываются 2 особых момента: если влияние воспаления пульпы на пародонт существует, но клинически не выражено и лечения не требует, и если первичным является пародонтальное поражение без вовлечения пульпы, то в классификацию включаются только эндопародонтальные поражения, которые требуют междисциплинарного подхода при лечении (Garranza F.A., Newman M.G., Takei H.H., 2002):

- эндодонтические поражения с вторичным вовлечением пародонта;
- пародонтальные поражения с вторичным вовлечением пульпы;
- истинно комбинированные поражения.

III. Классификация пульпо-пародонтальных патологических состояний была предложена Guldener и Langeland в 1982 году. В 2001 году она была пересмотрена Eickholz (рис. 1):

1 класс – первичная патология пульпы (A);

2 класс – первичная патология тканей пародонта (B);

3 класс – сочетанное поражение пульпы и пародонта (C).

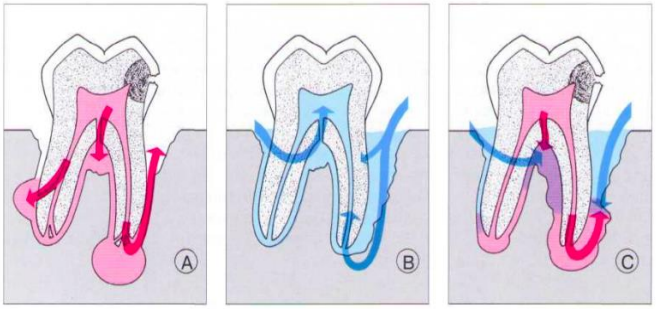


Рис. 1. Классификация пульпо-пародонтальных патологических состояний (Eickholz, 2001).

IV. Классификация зарубежных авторов имеет свои дополнения (Singh P., 2011):

- Эндодонтические поражения:
  - Первично эндодонтическое поражение.
  - Первично эндодонтическое поражение с вторичным пародонтальным участием.
- Пародонтальные поражения:
  - Первично пародонтальное поражение.
  - Первично пародонтальное поражение с вторичным вовлечением пульпы зуба.
- Комбинированные поражения (= истинно-комбинированные).
- Ятрогенные поражения.

Диагностика.

Наиболее важный фактор в лечении – это правильно поставленный диагноз, который основывается на тщательном сборе анамнеза, осмотре и использовании специальных диагностических тестов.

Жалобы, которые может предъявлять пациент: боль в области причинного зуба, подвижность, дефект реставрации, дисколорит.

Важный этап клинического обследования пациента – **зондирование.** Для исследования клинических карманов используются пародонтальные зонды с цветовой маркировкой.Пародонтальный зонд осторожно вводится в карман или бороздку исследуемого зуба. Рабочая часть зонда ориентируется

вдоль длинной оси зубапри постоянном контакте с корнем. Следуя по анатомической поверхности корня зуба, конец зонда мягко продвигается между зубом и десной до тех пор, пока не станет ощутимым сопротивление надальвеолярных волокон. Наиболее глубокий карман, обнаруженный на поверхности, определяет окончательную оценку исследования (рис. 2).

В результате деструкции костной ткани при воспалительных заболеваниях пародонта, область фуркации зубов становится доступной для проникновения пародонтального зонда (рис. 3). Для обследования области фуркаций используются фуркационные зонды. Чаще всего для этих целей применяют зонд Набера (рис. 4). Он имеет изогнутую рабочую часть для удобства применения в этой анатомической области. Различают поражение фуркаций как в горизонтальном, так и в вертикальном направлении.



Рис. 2. Зондирование пародонтального кармана.

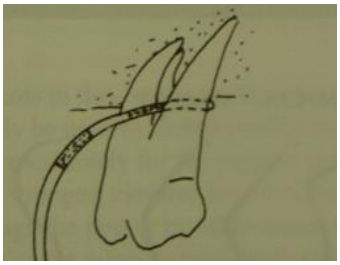


Рис. 3. Зондирование фуркационного дефекта.



Рис. 4. Фуркационный зонд Набера.

При **пальпации** лимфатических узлов определяется их увеличение, возможна нерезкая болезненность, узлы подвижны, не спаяны с кожными покровами. Реакция лимфатических узлов указывает на воспалительный характер заболевания.

Рассматриваемые поражения представляют собой достаточно агрессивные ***стоматогенные очаги инфекции***, провоцирующие очаговообусловленные соматические заболевания. Патогенное действие стоматогенного очага связано с тем, что он является источником гетеро-(микробной,лекарственной) и аутоантигенной персистенции, а также оказывает угнетающее влияние на иммунную систему. Вследствие этого

одонтогенный очаг способствует развитию ревматизма, нефрита, миокардита, ревматоидного артрита, узелкового периартериита, системной красной волчанки, возникновению иммунокомплексных заболеваний (Овруцкий Г.Д., 1990).

Дифференциальная диагностика проводится с: вертикальной фрактурой корня, пародонтальным абсцессом, внутрикорневой резорбцией, периапикальным абсцессом без свища.

Клинический случай.

Пациентка И., 22 года, обратилась на кафедру терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Нижегородской государственной медицинской академии МЗ России с жалобами на постоянную ноющую боль в области зуба 3.6, «чувство выросшего зуба» 3.6, резкую боль при накусывании.

Из анамнеза выяснено: зуб 3.6 лечен 3 года назад по поводу кариеса дентина. Пациентка сообщала о незначительном дискомфорте в области зуба 3.6 при накусывании в течение года. За несколько дней до появления острой боли пациентка перенесла острую респираторную вирусную инфекцию.

Объективно: при осмотре зуба 3.6 на жевательной поверхности обнаружена композитная реставрация с нарушением краевого прилегания, после снятия которой выявлена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненно. Зуб 3.6 изменен в цвете, имеет серый оттенок. Перкуссия зуба 3.6 резко болезненна. Подвижность зуба I степени. При зондировании определяется пародонтальный карман в межкорневой зоне с вестибулярной поверхности зуба 3.6, при исследовании которого определяется серозно-гнойное отделяемое. Карман имеет ширину 1 мм, глубину 6,5 мм, линейную форму. В области вестибулярной поверхности зуба 3.6. отмечается утолщение тканей маргинального пародонта, слизистая оболочка в области переходной складки сглажена, гиперемирована, отечна.

На прицельном рентгенологическомснимке обнаружены: расширение пространства периодонтальной связки на всем протяжении зуба 3.6, деструкция костной ткани без четких контуров в области бифуркации

размером 3х4 мм, в области дистального корня размером 8х9 мм, в области апикального отверстия медиального корня размером 2х1 мм; костный карман линейной формы в области вестибулярной поверхности корней зуба 3.6, размеры костного кармана 7х3 мм (рис. 5).

Диагноз: периапикальный абсцесс без свища (К 04.7).

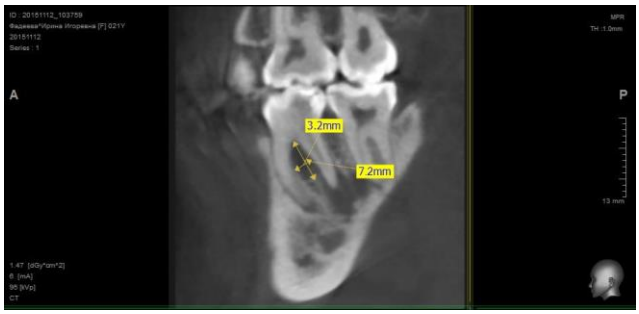


Рис. 5. Размеры костного кармана зуба 3.6 по данным КЛКТ.



Рис. 6. Исходное состояние зуба 3.6 в полости рта.



Рис. 7. Зуб 3.6 до лечения.

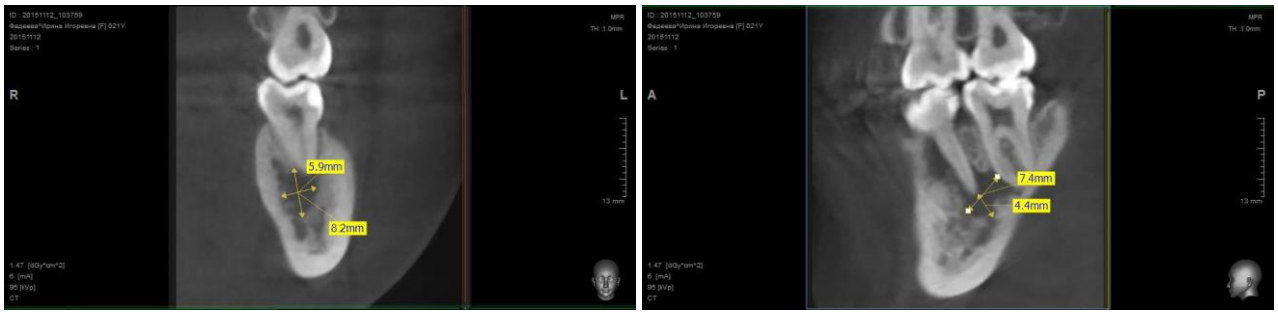


Рис. 8. КЛКТ зуба 3.6 до лечения.

Лечение.

Первое посещение: проведены эндодонтическое лечение зуба 3.6 при использовании изоляционной системы раббердам, механическая и медикаментозная обработка 3% раствором гипохлорита натрия (активация

раствора ультразвуком в течение 30 секунд), 17% растворомЭДТА, 3% раствором гипохлорита натрия (активация раствора ультразвуком в течение 30 секунд), дистиллированной водой, 2% водным раствором хлоргексидина. Временное пломбирование корневых каналов материалом на основе гидроокиси кальция «Кальсепт».

*Второе посещение:*механическая и медикаментозная обработка 3% раствором гипохлорита натрия (активация раствора ультразвуком в течение 30 секунд), 17% раствором ЭДТА, 3% раствором гипохлорита натрия (активация раствора ультразвуком в течение 30 секунд), дистиллированной водой, 2% водным раствором хлоргексидина. Обтурация – «Триоксидент» к верхушке дистального корневого канала (размер апекса – 50 по ISO), пломбирование корневых каналов методом латеральной конденсации, силер – AH-plus.

Третье посещение: реставрация коронковой части зуба 3.6 пломбировочным материалом «Estelite».

Заключение.

Обобщая вышеизложенные данные, необходимо отметить, что эндопародонтальная патология редко бывает диагностирована стоматологами, в связи с чем возникают определенные трудности в процессе лечения и, как следствие, негативный прогноз течения и неблагоприятный исход данного заболевания. Поэтому крайне важно использовать наиболее современные методы диагностики (КЛКТ), не пренебрегая хорошо известными и успешно зарекомендовавшими себя (пальпация, зондирование), а также обращать внимание на нестандартные особенности развития патологии.

Список литературы:

1. Бараньска-Гаховска Мария. Эндодонтия подросткового и взрослого возраста. Перевод с польск. – Львов: ГалДент. – 2011. 496 с.

2. Болячин А.В. Вертикальная фрактура корня. Причины, ранняя диагностика и прогноз. // DentArt. – 2009. № 1. С. 20-26.

3. Лукиных Л.М. Оценка состояния местного иммунитета полости рта у пациентов с хроническим апикальным периодонтитом / Л.М. Лукиных, Н.В. Тиунова, А.С. Кокунова // Эндодонтия today. – 2012. № 4. С. 60-64.

4. Галеева З.Р., Мухамеджанова Л.Р., Грубер Н.М. Тубулярный путь микробной инвазии у пациентов с эндопародонтальными очагами инфекции. // Практическая медицина. –2012. № 8 (64). Т. 2. С. 31-33.

5. Грудянов А.И., Макеева М.К., Пятигорская Н.В. Современные представления об этиологии, патогенезе и подходах к лечению эндодонто-пародонтальных поражений // Вестник РАМН. Актуальные вопросы стоматологии. – 2013. № 8.

6. Дубровская Е.Н., Казарина Л.Н., Вдовина Л.В. Оценка влияния мексидола на состояние биохимических показателей ротовой жидкости при хроническом генерализованном пародонтите у больных артериальной гипертензией // Dental forum. – 2008. - №1. – С. 28-33.

7. Пародонтология / Гербер Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцнах // Пер с нем., под ред. Г.М. Барера – М.: МЕД пресс-информ, – 2008. 548 с.

8. Шапошникова А.А., Харитонова М.П., Григорьев С.С. Дифференцированный подход к диагностике и лечению эндо-пародонтальных поражений. // Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. – 2007. Т. 9. № 4. С. 386-387.

9. Aksel H., Serper A. A case series associated with different kinds of endo-perio lesions. // J Clin Exp Dent. 2014. 6(1).

10. Carranza F.A., Newman M.G., Takei H.H. Carranza's clinical periodontology (9th ed.). Chicago. 2002. 1033 p.

11. Curtis M.A., Slaney J.M., Aduce-Opoku J. Critical pathways in microbial virulence. // J. Clin. Periodontol. 2005; 32 (Suppl. 6): 28-38.

12. Fouad A.F., Walton R.E., Rittman B.R. Induced periapical lesions in ferret canines: histologic and radiographic evaluation. // Endod. Dent. Traumatol. 1992: 8: 56-62.

13. JungI.Y., ChoiB.K., KumK.Y., RohB.D., LeeS.J., LeeC.Y. etal. Molecular epidemiology and association of putative pathogens in root canal infection. // J. Endod. 2000; 26: 599-604.

14. Singh P. Endo-perio dilemma: a brief review. // Dent Res J (Isfahan). 2011. 8(1):39-47.

15. Sundquist G. Ecology of the root canal flora. // J. Endod. 1992; 18: 427-430.

ВЛИЯНИЕ КАРБОНАТА КАЛЬЦИЯ, СОДЕРЖАЩЕГОСЯ В ЗУБНОЙ ПАСТЕ НА КРИСТАЛЛИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СЛЮНЫ

Фалалеева Е.А.[2], Громова С.Н.[1], Заболотских Н.А.[1], Еликов А.В.[1]

[1] Научная лаборатория «Кариесология»

[2]Лаборатория биокристалломики и свободнорадикальной медицины

ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России, г. Киров

При рассмотрении кристаллогенеза биологических жидкостей, показано, что внешние характеристики биожидкости определяют результат кристаллизации. Наиболее важными микроэлементами для минерализации эмали зубов являются Ca^{2+} и PO_4^{3-}, именно они являются центрами кристаллизации. П.А.Леус (1977) первым показал типы микрокристаллизации (МКС) ротовой жидкости в зависимости от кариесзависимости [1, 3]. Характеристики кристаллизации слюны можно считать показательным параметром состояния здоровья пациента, а в частности состоянием здоровья его ротовой полости [2].

Цель исследования: определить изменения кристаллических свойств ротовой жидкости и её реминерализующую активность при использовании кальцийсодержащей зубной пасты.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 10 студентов 1 курса, которые в течение 6 недель пользовались зубной пастой с содержанием карбоната кальция.

Для анализа использовались методы, как классической кристаллоскопии, так и тезиографии с использованием растворов сокристаллизаторов: хлорида натрия, соляной кислоты, гидроксида натрия, а так же раствора нашатырного спирта.

Исследование содержания в ротовой жидкости общего Ca^{2+} и неорганического фосфора проводили стандартным набором реактивов «Кальций-2-Ольвекс» и «ФН-Ольвекс» с использованием спектрофотометра «SHIMADZU 1240» (Япония).

Полученные результаты. По данным классической кристаллоскопии (рис. 1) к концу исследования наблюдается приближенный к значениям нормы показатель сложности построения частиц фаций (ИС). Значение образовываемых кристаллов (КР) варьируется от положительных результатов первого дня исследования к незначительному ухудшению ко второму этапу и улучшению к третьему этапу исследования, что может объясняться индивидуальными особенностями организма пациентов.

Деструктивность фаций значительно снижается к концу исследования и по своим значениям не доходит до нормы показателей условно здоровых людей.

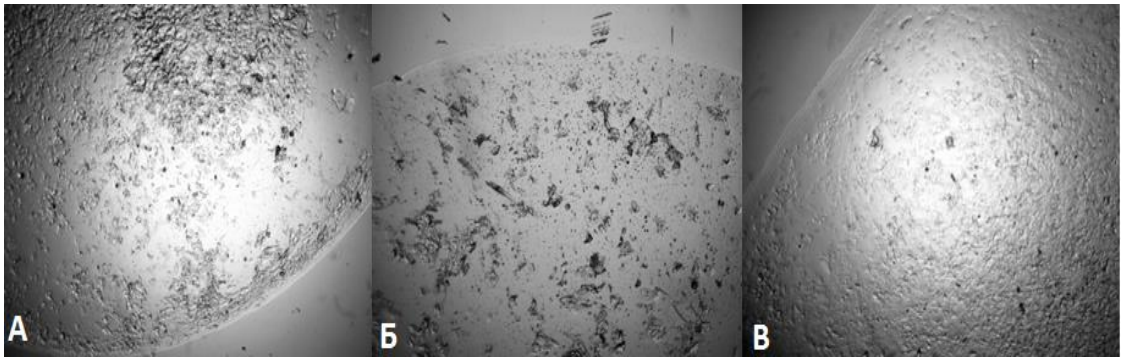


Рис. 1. Классическая кристаллоскопия слюны, при использовании кальцийсодержащей зубной пасты: А – 1 неделя использования зубной пасты, Б – 3 неделя использования зубной пасты, В – 6 неделя использования зубной пасты.

При рассмотрении инициирующего кристаллогенеза (рис. 2) в среднем можно выделить снижение сложности построения частиц на всех этапах проведения исследования, индекс деструкции фаций варьируется в зависимости от показателей pH слюны: в кислой среде наблюдается небольшое ухудшение в сравнении с предыдущими этапами исследования, в щелочной среде есть тенденция к уменьшению деструктивности фаций, нейтральная среда показывает в целом тот же результат, как и на начало исследования. К завершению исследования показатель краевой зоны в среднем уменьшается, что говорит о снижении количества белка в слюне и

уменьшению ее вязкости, а следовательно увеличению самоочищения в полости рта.

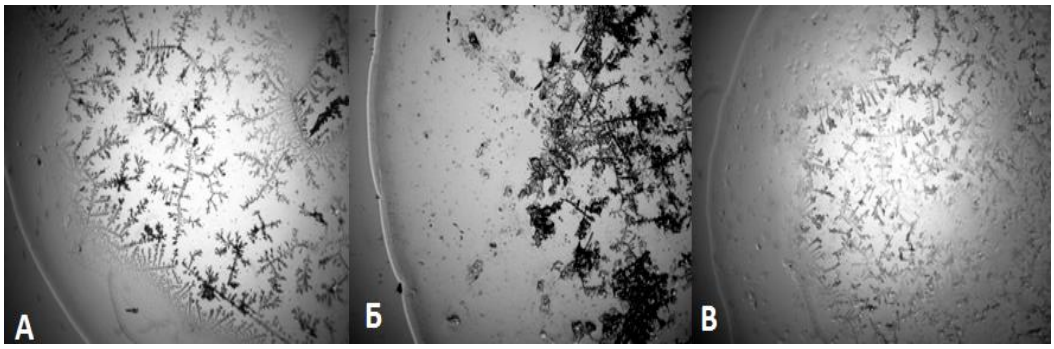


Рис. 2. Тезеография слюны, при использовании кальцийсодержащей зубной пасты в сокристаллизации с соляной кислотой: А – 1 неделя использования зубной пасты, Б – 3 неделя использования зубной пасты, В – 6 неделя использования зубной пасты.

Установлено снижение содержания в слюне общего Ca^{2+} к 3-й неделе исследования и незначительное (на 0,7%) увеличение к 6-й неделе. При этом отношение Ca/P снизилось с 0,75 до 0,64, что свидетельствует о низком реминерализующем эффекте данной зубной пасты.

Выводы. Проведенные исследования зубной пасты, содержащей Ca^{2+} в составе карбоната кальция, показали её не достаточный реминерализующий потенциал. Кристаллотезиографические исследования не показали индивидуальных кристаллических особенностей, что так же подтверждает не целесообразным использовать зубную пасту, содержащую в своем составе карбонат кальция, как реминерализующую.

Список литературы:

1. Громова С.Н. Связь микрокристаллизации ротовой жидкости детей с их микробиологическим составом и клиническими проявлениями / Громова С.Н., Ковалева Л.К., Мартусевич А.К. // Гистология. Клиническая и экспериментальная морфология. Материалы второй научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 30- летию Кировского ГМУ. – Киров, 2017. С. 84-86.

2. Громова С.Н. Влияние реминерализующей терапии твердых тканей зуба на кристаллогенные свойства ротовой жидкости / Громова С.Н., Мартусевич А.К., Ковалева Л.К. // Современные достижения стоматологии:

сборник всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию Кировского государственного медицинского университета. – Киров, 2017. С. 52-54.

3. Модификация кристаллогенных свойств смешанной слюны условиями микроокружения. / Мартусевич А.К., Ковалева Л.К., Громова С.Н., Прудникова З.П. // Современные достижения стоматологии: сборник всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию Кировского государственного медицинского университета. – Киров, 2017. С. 97-99.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЯТИ ОСНОВНЫХ ПАРОДОНТОПАТОГЕННЫХ ВИДОВ БАКТЕРИЙ У ЖИТЕЛЕЙ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Капранова В.В.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

Актуальность. Биотоп полости рта человека формирует 400–700 видов бактерий, преимущественно анаэробов, их количество достигает 90%. В свою очередь анаэробы представлены резидентной микрофлорой и пародонтопатогенными видами. При отсутствии клинических признаков воспаления пародонтопатогенные виды выявляются у 6–12% лиц, что считается носительством. На основании вирулентности пародонтопатогенов разработана их рабочая классификация, включающая виды 1-го и 2-го порядков. К первому порядку относятся Aggregatibacter actinomycetemcomitans (Aa), Porphyromonas gingivalis (Pg) и Tannerella forsythia (Tf). Им отводится первостепенная роль в развитии патологии пародонта. К видам второго порядка отнесены Treponema denticola (Td), Prevotella intermedia (Pi) и некоторые другие. Для них характерна умеренная ассоциация с заболеваниями пародонта. Представительство пародонтопатогенов разнится в человеческих популяциях. Клинически оно

зависит от пародонтологического статуса больного, лабораторно – от выбранного метода исследования бактерий [1].

Цель исследования. Идентификация основных пародонтопатогенных видов бактерий у жителей Белгородской области.

Материалы и методы. В исследование включены жители Белгородской области, которым проводили профилактический осмотр полости рта и определяли представительство бактерий зубодесневой борозды (пародонтального кармана) с целью оценки пародонтологического статуса. Объем выборки составил 130 человек обоих полов в возрасте 30–45 лет.

Предметом изучения выбраны маркерные последовательности ДНК 5 основных пародонтопатогенных видов (ППВ) бактерий. Материалом для исследования послужила десневая жидкость [2]. Взятие пробы осуществляли бумажным штифтом в каждом из четырех квадрантов верхней и нижней зубных дуг с последующим помещением штифта в маркированную стерильную пробирку для транспортировки материала в молекулярно-генетическую лабораторию. Выделение ДНК микроорганизмов осуществляли путём предварительного кипячения образца с последующей сорбцией примесей на ионообменной смоле, в качестве которой использовали 0,5% раствор Chelex. Амплификацию маркерных последовательностей нуклеиновых кислот изучаемых бактерий осуществляли на амплификаторе ТП4-ПЦР-01-«Терцик» (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия). Выявляли пародонтопатогены путем постановки молекулярно-генетического теста Micro-IDent (HAIN-lifesciense, Германия), который основан на принципе олигонуклеотидной двухмерной гибридизации ДНК. В ходе работы использовали набор реагентов для определения 5 ППВ «Micro-IDent®» (HAIN-Lifesciense, Германия). Метод позволяет выявить ДНК 5 видов пародонтопатогенов: Aggregatibacter actinomycetemcomitans (Aa), Porphyromonas gingivalis (Pg), Tannerella forsythia (Tf), Treponema denticola (Td), Prevotella intermedia (Pi).

На основании результатов молекулярно-генетического теста больные были разделены на группы. В первую группу вошли 89 больных (68%), у них выявлен хотя бы один идентифицируемый штамм. Во вторую определены 41 человек (32%), в биометериале которых маркеры пародонтопатогенов не выявлены.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке десневой жидкости больных первой группы установлено следующее представительство ППВ: наибольшую распространенность (91,01%) показал вид 2 порядка – Td, а с наименьшей частотой (14,60%) обнаруживали вид 1 порядка – Aa (табл. 1). Pg и Tf определялись соответственно с частотой 74.16% и 66,29% (1 порядок), а Pi в 33,70% случаев (2 порядок).

Таблица 1.

Представительство в первой группе (n=89)

Виды	Количество человек	%
Aa	13	14,60
Pg	66	74,16
Tf	59	66,29
Td	81	91,01
Pi	30	33,70

Распространенность ППВ в изучаемой выборке (130 человек) представлена в табл. 2. У 32% из общего числа обследуемых лиц пародонтопатогены не выявлены. С наименьшей частотой зафиксирована встречаемость вида Aa – 10%, а наибольшая распространенность определена для Td (62%). Pg, Tf и Pi определялись с частотой 51%, 45% и 23% соответственно.

Таблица 2.

Представительство в изучаемой выборке (n=130)

Виды	Распространенность, %
Aa	10
Pg	51
Tf	45
Td	62
Pi	23%
Не выявлено	32%

Заключение. Таким образом, согласно полученным данным о распространенности представительства пародонтопатогенов у лиц Белгородской области, на долю больных, обращающихся за стоматологической помощью, приблизительно у 68% лиц идентифицируются основные ППВ бактерий. При этом в популяции наибольшую распространенность демонстрирует вид Td (62%), а с наименьшей частотой идентифицируется вид Aa (10%).

Список литературы:

1. Копытов А.А., Московская Н.Б. Воздействие продуктов быстрого приготовления на биоценоз зубодесневого кармана, повреждённого пародонтологической терапией. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. Т. 14. № 10. С. 231-235.

2. Копытов А.А. Динамика показателей десневой жидкости в процессе реабилитации пациентов с мостовидными протезами при различном наклоне опорных зубов автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, – 2007.

РАЗДЕЛ VI. СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

АНАЛИЗ ПРИЧИН УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Д.м.н., профессор Антонова А.А., к.м.н., доцент Елистратова М.И., Кобец А.Р.

Дальневосточный государственный медицинский университет,

г. Хабаровск

Эпидемиологические исследования показывают, что несмотря на применение современных методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний распространенность и интенсивность некариозных поражений и кариеса зубов у населения не уменьшаются, а число рецидивов кариозного процесса, его осложнений и связанных ними эндодонтических вмешательств или утраты зубов постоянно возрастает [2, 4, 6, 8, 9].

Ранняя потеря зубов у детей на сегодняшний день является серьезной проблемой современности. Раннее физическое развитие детей приводит и к раннему прорезыванию как временных, так и постоянных зубов, эмаль которых «не успевает» полностью насытиться макро- и микроэлементами, и после прорезывания зубы, находящиеся на стадии структурно-функциональной незрелости, часто подвержены агрессивному воздействию множества кариесогенных факторов [7, 10].

Общепризнанным в развитии кариеса у детей являются нарушение правильного питания (углеводный фактор), физиологическая гипоминерализация твердых тканей зубов вследствие незаконченных процессов созревания эмали; неполноценная структура твердых тканей зубов (системная гипоплазия эмали), снижение реактивности организма ребенка (наличие общесоматической патологии), плохая гигиена полости рта [1, 3, 5].

Знание этиологии и своевременное устранение рисков помогает предотвратить развитие стоматологических заболеваний и, в дальнейшем, раннюю потерю зубов. Также немаловажно знать, в каком возрасте наиболее вероятен риск развития заболеваний зубочелюстной системы, чтобы обезопасить себя от неблагоприятных явлений, предрасполагающих к адентии.

Целью исследования являлось изучение основных причин ранней потери зубов у детей.

Задачами стало выявление возрастной группы детей, наиболее подверженную адентии и составление плана лечебно-профилактических мероприятий для сокращения неблагоприятных факторов стоматологических заболеваний.

Объектами исследования явились дети, обратившиеся за хирургической помощью в Стоматологическую клинику ИПКСЗ «Стомадент-ДВ» Краснофлотского района города Хабаровска. Всего было обследовано 50 детей в возрасте от 11 до 15 лет. Из них 25 – мальчики, 25 – девочки. Клиническое обследование проводилось по общепринятой методике, включало выявление жалоб, сбор анамнеза данного заболевания (лечен ли зуб до этого, болел ли зуб раннее, витальный зуб или девитальный), наличие или отсутствие сопутствующей патологии (заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания крови, сердечно-сосудистой системы, эндокринологические заболевания, авитаминозы и гиповитаминозы), наличие подвижности и адентии зубов, осмотр, зондирование, термометрия, перкуссия, пальпация. Для оценки состояния гигиены полости рта и пародонта использовались: индекс Green-Vermillion (1964), индекс гингивита РМА (1956). Математическая обработка данных проводилась с помощью критериев: коэффициента ошибки, средней арифметической, стандартного квадратичного отклонения, коэффициента вариации.

В ходе исследования были выявлены 4 возрастные группы: дети до 12 лет – 11 человек (22%±5,86%), дети 12 лет – 13 человек (26%±6,20%), дети 13–14 лет – 9 человек (18%±5,43%), дети 15 лет и старше – 17 человек (34%±6,70%).

Установлено, что дети 15 лет и старше наиболее часто подвержены удалению постоянных зубов по ряду показаний. Индекс гигиены в данной группе составил 3,1 (σ=1.24, Cv=39.56%). У 16% детей наблюдается катаральный гингивит (PMA=3, σ=1.10, Cv=29.13%), что свидетельствует о прогрессировании пубертатного периода.

Проанализировав состояние зубов до их удаления выяснилось, что 44%±7,02% – раннее не леченные зубы, 18%±5,43% – раннее леченные по поводу неосложненного кариеса, 20%±5,66% – раннее леченные по поводу осложненного кариеса (пульпита и периодонтита – 3–5 лет назад), 18%±5,43% – зубы, коронка которых полностью разрушена и восстановлению не подлежит.

В результате анализа были сформулированы основные причины удаления зубов: по ортодонтическим показаниям – 17 человек (34%±6,70%), удаление по поводу травмы – 1 человек (2%±1,98%), ретинированные зубы – 2 человека (4%±2,77%), зубы с гранулирующим и гранулематозным периодонтитом – 21 человек (42%±6,98%), где 24%±9,29% – зубы, терапевтическое лечение которым не дало положительных результатов, значительное разрушение коронковой части зуба – 9 человек (18%±5,43%).

По данным исследования можно сделать следующие выводы: основной причиной удаления зубов у детей являются осложнённые формы кариеса (гранулирующий и гранулематозный периодонтит), наиболее подвержены ранней потере зубов дети старше 15 лет, у большинства исследуемых – неудовлетворительная гигиена полоти рта, что говорит о развитии необратимых последствий при несоблюдении гигиенических норм.

Список литературы:

1. Го В.Я., Елистратова М.И. Уровень гигиенических знаний детского населения при домашнем уходе за полостью рта г. Южно-Сахалинска / Актуальные проблемы стоматологии детского возраста сборник научных статей VI региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии. – 2016. С. 34-35.

2. Дыбов Д.А., Круглов Т.Е. Изучение частоты возникновения рецидивирующего и вторичного кариеса у жителей амурской области / Стоматология – наука и практика, перспективы развития Материалы научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения Л.П. Иванова. – 2017. С. 47-49.

3. Елистратова М.И., Кидрачева К.А., Петрова А.В. Профилактика кариеса и исследование пищевых привычек у школьников Хабаровского края // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях севера сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 20-летию стоматологического отделения Медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова». – 2016. С. 275.

4. Ларинская А.В., Юркевич А.В., Михальченко В.Ф., Михальченко А.В. Современные аспекты внутриканальной дезинфекции при лечении осложненных форм кариеса // Клиническая стоматология. – 2017. № 3 (83). С. 13-16.

5. Литвина И.Ю., Литвина Т.И., Антонова А.А. Особенности обучения гигиене полости рта детей с разным уровнем социальной адаптации в обществе // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. № 4. С. 53-55.

6. Оскольский Г.И., Ушницкий И.Д., Загородняя Е.Б., Юркевич А.В., Машина Н.М., Баишева В.И. Стоматологический статус населения Дальневосточного региона // Эндодонтия Today. – 2012. № 3. С. 10-14.

7. Старовойтова Е.Л., Антонова А.А. Современные тенденции прорезывания временных зубов у детей в г. Хабаровске // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. № 2. С. 52-55.

8. Сувырина М.Б., Юркевич А.В. Оценка распространенности некариозных поражений твердых тканей зубов у взрослого населения (на примере Амурской области) // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2017. № 4 (64). С. 96-98.

9. Сувырина М.Б., Юркевич А.В., Круглов Т.Е Анализ распространенности абфракционных дефектов зубов и эффективности различных методов их лечения // Актуальные вопросы стоматологии.

Сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. – Казань. – 2018. С. 433-437.

10. Шевченко О.Л., Антонова А.А. Эпидемиология кариеса и пульпита временных зубов у детей дошкольного и младшего школьного возраста Хабаровского края / Актуальные проблемы стоматологии детского возраста сборник научных статей VI региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии. – 2016. С. 190-195.

ПРИМЕНИЕ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ НЕДОРАЗВИТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПАЦИЕНТАМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Оконская Ю.И., Кунгурцева А.Л.

ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Владивосток

Врожденные пороки развития лица, челюстей и зубов – это достаточно частые, а, нередко, и тяжелые заболевания, представляющие одну из сложных проблем челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. По данным ВОЗ, дети, родившиеся с врожденными пороками развития лица, составляют до 12% всех новорожденных [1].

При врождённом недоразвитии нижней челюсти в большинстве случаев наблюдаются сопутствующие нарушения, такие как: аномалии наружного и среднего уха, нарушения функций височно-нижнечелюстного сустава, нарушения жевания и речеобразования [2, 3].

Восстановление нормальной анатомии костей лицевого черепа в раннем возрасте позволяет избежать проведения более серьёзных оперативных вмешательств во взрослом возрасте [4].

Несколько десятилетий назад устранения гипоплазии нижней челюсти выполнялось различными методами костной пластики. При этом наиболее

частыми послеоперационными осложнениями являлись остеомиелит и некрозы остеотомированных фрагментов [5].

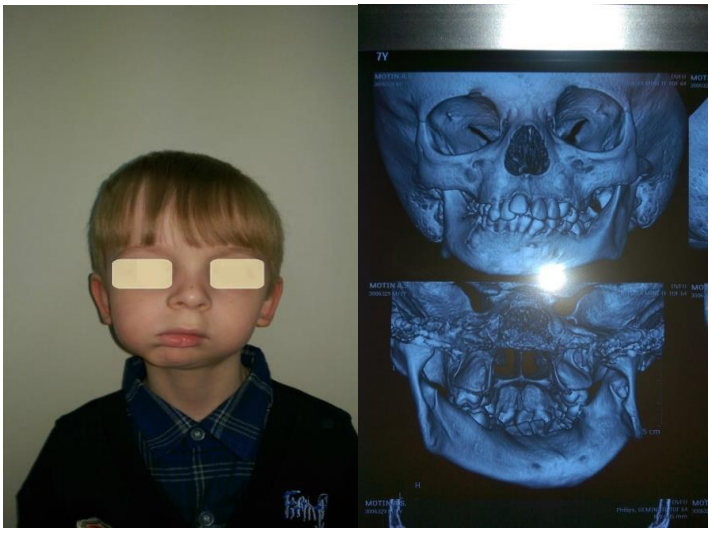
В 1961 г. выдающимся отечественным хирургом-ортопедом Г.А. Илизаровым предложен принципиально новый метод остеосинтеза, заключавшийся в фиксации отломков кости аппаратом автора и последовательном чередовании компрессии и дистракции. Основным достижением применения метода, названного «монолокальным последовательным компрессионно-дистракционным остеосинтезом», стала возможность восстанавливать длину конечности и возмещать дефект кости без применения костной пластики. Г.А. Илизаров рассматривал «напряжение растяжения» как фактор, возбуждающий и поддерживающий регенерацию и рост кожи и мягких тканей [6].

В настоящее время для устранения гипоплазии верхней и нижней челюстей с успехом применяют компрессионно-дистракционный остеогенез (КДО), являющийся безопасным методом, демонстрирующим стабильно хорошие результаты.

С 2012 по 2018 год было пролечено 10 детей в возрасте от 2 до 8 лет с гипоплазией нижней челюсти различной этиологии.

При обследовании у 4 (40%) детей выявлена врожденная гемифациальная микросомия, сопровождающаяся параличом мимической мускулатуры на стороне поражения (10%), гипоплазией или агенезией ушной раковины (40%), нарушением жевания (100%).

У 1 (10%) ребёнка диагностировано посттравматическое недоразвитие нижней челюсти, 5 (50%) детей с аномалией развития нижней челюсти имели невыясненную этиологию.



Пациент А, 6 лет, гипоплазия нижней челюсти справа.



Пациент Б, 5 лет, гипоплазия нижней челюсти справа.

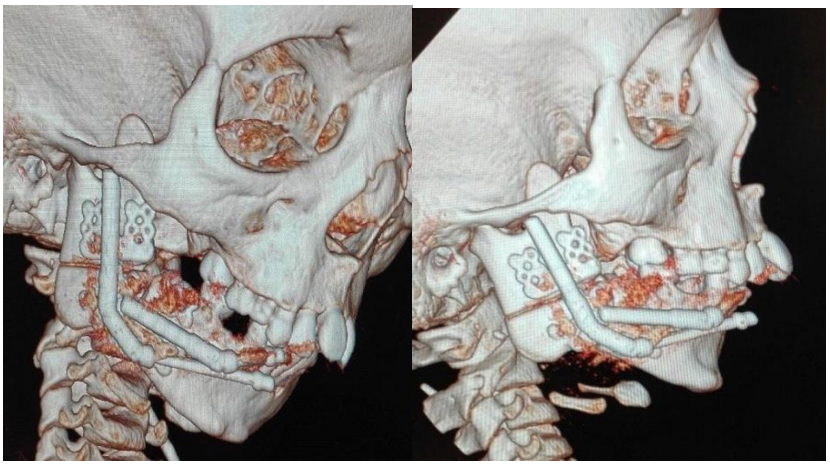


Пациент В, 2 года, гипоплазия нижней челюсти справа.

Всем пациентам выполнен компрессионно-дистракционный остеосинтез с использованием накостного компрессионно-дистракционного аппарата (КДА).



Один из использованных компрессионно-дистракционных аппаратов для ветви и тела нижней челюсти.



Компьютерная томограмма нижней челюсти с КДА для ветви нижней челюсти сделанная в конце периода стабилизации.

2 пациентам (20%) аппарат устанавливался внутриротовым доступом, остальным (80%) – через разрез в подчелюстной области.

Срок дистракции составил от 5 до 9 недель. Ретенционный период длился 12 недель.

У всех пациентов наблюдались удовлетворительные функциональные и эстетические результаты. Улучшились функции жевания и речеобразования. По результатам контрольных компьютерных томограмм лицевого черепа дистракционные регенераты были представлены полноценной костью через 3,5–4 месяца.



Компьютерная томограмма до и после оперативного лечения.



Пациент А, 6 лет, до и после оперативного лечения.



Пациент Б, 5 лет, до и после оперативного лечения.



Пациент В, 2 года, до и после оперативного лечения.

После снятия компрессионно-дистракционного аппарата пациенты наблюдались от 3х месяцев до 3 лет. В связи с ростом черепа через несколько лет детям повторно устанавливались компрессионно-дистракционные аппараты.

На основе опыта применения компрессионно-дистракционного остеогенеза можно сделать вывод, что данный метод является эффективным и безопасным для лечения гипоплазии разных частей нижней челюсти.

Список литературы:

1. Корсак А.К., Боровая М.Л. Учебно-методическое пособие. Минск БГМУ. – 2008.
2. Davide B, Renzo M, Sara G, Elisa L, Rodica M, Irene T, Alessandro C, Giovanni S, Valentina S, Roberto B, Patrizia T, Alessandro M // Italy, Mar 2017 / PubMed.
3. D'Angelo G, Marseglia L, Aversa S // Italy, Sep.2017 / PubMed.
4. Комелягин Д.Ю. Компрессионно-дистракционный остеосинтез костей лицевого скелета у детей // ЦНИИС. – 2006.
5. Плотников Н.А., Никитин А.А., Бригаднова Л.Л. и др. Основные принципы костной аллопластики нижней челюсти и ВНЧС ортотопическими трансплантантами // Сб. трудов ЦНИИС – 1984. № 13. С. 15-19.
6. Илизаров Г.А. Наш опыт остеосинтеза аппаратом автора. Матер. 1-го съезда травматологов-ортопедов СССР. М.: 1963.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЦА И ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ХИРУГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Д.м.н., профессор Бессонов С.Н., д.м.н., профессор Шиленкова В.В., Карпов М.Г., Гушков С.В.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ярославль

Актуальность. Лечение пациентов с врожденными расщелинами лица остается одной из сложнейших задач современной челюстно-лицевой хирургии. Ежегодно в РФ рождается 2–2,5 тыс. детей с врожденными

расщелинами верхней губы и неба, которые нуждаются в многоэтапных оперативных вмешательствах, а также лечении у других специалистов – ортодонтов, логопедов, оториноларингологов.

Цель исследования. Оценка отдаленных эстетических и функциональных результатов лечения пациентов с врожденными расщелинами лица (внешний вид, дыхание, речь, голос).

Материалы и методы. Проведена оценка результатов отдаленных результатов лечения пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и неба в возрасте 5–7 лет и после завершения роста лицевого скелета в возрасте 16–28 лет. Результаты оценивались при визуальном осмотре и по данным антропометрии. Эффективность хирургического лечения определяли единой оценкой, включающей характеристики формы и функции восстановленной губы, носа и верхней челюсти. Анализировали симметрию лука Купидона, колонок фильтрума, красной каймы, кончика носа, оснований крыльев носа и формы ноздрей. Нормальное развитие верхней челюсти или нарушение ее роста определяли по форме верхнего зубного ряда и изменению прикуса. При этом использовали бальную систему оценки, определяя результат по сумме баллов.

Помимо выше указанных исследований проведено комплексное оториноларингологическое обследование, включающее эндоскопию полости носа и носоглотки, отоэндоскопию, стробоскопию гортани, переднюю активную риноманометрию (ПАРМ), субъективную оценку качества речи и голоса пациентами и их родителями с использованием стандартизированных опросников Speech Handicap Index (SHI) и Voice Handicap Index (VHI), оценку качества голоса пациентов тремя независимыми экспертами по шкале GRBAS, акустический анализ голоса с помощью компьютерной программы «The LingWaves». В ходе записи фонетограмм и спектрограмм оценивались следующие характеристики голоса: частота основного тона (ЧОТ), время максимальной фонации (ВМФ), нестабильность основного тона (Jitter), частотный и динамический диапазоны (Fdelta и SPLdelta), интенсивность

голоса, индекс дисфонии DSI, присутствие шумовых эффектов и выраженность гармонических элементов в спектрах гласных звуков.

Результаты исследования. Отдаленные результаты в сроки от 5 до 7 лет прослежены у 87 детей. Проведенный анализ показал, что часть из них довольно устойчивы, однако в целом отмечается тенденция ухудшения результатов оперативного вмешательства с ростом ребенка. Число «очень хороших» результатов уменьшилось с 44±2,46% до 27,6±4,79%, «хороших» и «удовлетворительных» результатов увеличилось с 45±2,4% до 50,6±5,36% и с 11±4,42% до 21,8±4,42% соответственно.

Анализ отдаленных результатов оперативного лечения, прослеженных у 18 пациентов в более отдаленные сроки (14–28 лет после операции), показал, что с дальнейшим ростом ребенка деформации средней зоны лица усиливаются. Число «очень хороших» и «хороших» результатов уменьшилось соответственно с 27,6±4,79% до 11,1±5,52% и с 50,6±5,36% до 23,3±5,82%. Количество «удовлетворительных» результатов увеличилось с 21,8±4,42% до 44,4±5,95%. Часть пациентов в отдаленном катамнезе можно было отнесли к группе «неудовлетворительных» результатов – 11,1±5,56%. Так, форма верхней губы оставалась приемлемой у 88,9% пациентов. Однако заметно увеличилось количество деформаций носа. У 44,4% больных, оперированных по поводу двусторонних расщелин верхней губы, отмечена выраженная асимметрия носа или уплощение кончика и крыльев. У 38,8% отмечалась верхняя ретро- и микрогнатия, требующая ортодонтического лечения или ортогнатических операций.

Оториноларингологическое обследование 18 пациентов, прослеженных в отдаленном периоде после операции, показало наличие у 17 из них (94,4%) деформации носовой перегородки, как правило, на стороне врожденной расщелины лица. При этом значимое нарушение дыхательной функции по данным ПАРМ имело место только у 3 больных (16,7%). Аденоиды диагностированы у 10 (55,5%) пациентов, в половине случаев имелись признаки хронического аденоидита. Во всех наблюдениях аденоидные

вегетации соответствовали второй степени. Какого-либо лечения по поводу данной патологии больные не получали. Лишь 2 пациента перенесли аденотомию ранее.

3 пациента (16,7%) страдали рецидивирующими средними отитами. Отоскопически признаки экссудативного среднего отита выявлены в 5 случаях (27,8%), причем у 3 пациентов процесс был двусторонним. У 1 пациента (5,5%) диагностирован ретракционный карман барабанной перепонки. Данная патология выявлена впервые.

При стробоскопическом исследовании гортани у 3 пациентов (16,7%) органической патологии не обнаружено. В 2 случаях (11,1%) диагностирована мутация, у 1 больного (5,5%) – ребенок с синдромом Дауна выявлена гипоплазия гортани, у 12 (66,7%) – гипотонусное состояние голосовых складок.

Несмотря на проведенную после оперативного вмешательства логопедическую коррекцию, у всех больных сохранялась дизартрия разной степени выраженности. Обращало на себя внимание наличие гнусавости (100%). В большинстве случаев имела место смешанная форма назализации голоса (72,2%). Гиперназальность диагностирована у 16,7% больных, гипоназальность – у 11,1%. Расстройство тембра голоса в виде осиплости зафиксировано в 11,1% случаев, охриплость и грубость голоса – у 77,8%. По шкале GRBAS голос пациентов был оценен в 2,3±1,2 баллов (норма – 0 баллов).

VHI превысил норму только у 2 пациентов (11,1%), эти больные оценили свой голос в 13 и 18 баллов при норме 11 баллов. В среднем VHI при анкетировании больных составил 15,3±5,6 баллов. Данный факт можно объяснить либо малым возрастом пациентов (дети от 7 до 10 лет), либо отсутствием критичного отношения к качеству собственного голоса в виду длительности течения заболевания. Интересно, что и родители в большинстве случаев считали голос своих детей вполне удовлетворительным. VHI при анкетировании родителей в среднем составил

30,3±15,3 баллов (p>0,05216). Только для 2-х пациентов VHI в анкете для родителей превысил норму (36 и 78 баллов). Иные данные были получены при оценке качества речи. Среднее значение SHI при анкетировании детей составило 5,3±1,5 баллов, при анкетировании родителей – 26,4±6,9 баллов (p<0,015000).

По данным акустического анализа голоса имелись значительные нарушения голосовой функции в виде сокращения ВМФ (10,02±4,7 секунд), выраженной нестабильности ЧОТ (Jitter – 2,1±1,8%), смещения ЧОТ в сторону высоких частот, отрицательного индекса дисфонии (-1,7±1,6), резкого сужения частотного и динамического диапазона голоса (138,4±57,2 Гц и 26,6±9,5 дБ соответственно). Лишь интенсивность голоса находилась в пределах возрастных норм (85,5±7,8 дБ).

Выводы:

1. Деформации лица при врожденных расщелинах верхней губы и нёба представляют собой сложный комплекс нарушений, связанных с гипоплазией и дефектом верхней челюсти, деформацией костно-хрящевого остова носа, порочным прикреплением и дисфункцией мимических мышц.

2. Современные оперативные методы устранения врожденных расщелин верхней губы и неба позволяют получить хорошие эстетические и функциональные результаты непосредственно после лечения. Тем не менее, анализ отдаленных результатов, прослеженных в более поздние сроки после хирургических вмешательств, указывает на то, что с ростом ребенка удовлетворенность от операции значительно снижается.

3. Пациенты, перенесшие операции по поводу врожденных расщелин лица, имеют не только речевые, но и голосовые нарушения. Поэтому данная категория больных требует, как логопедической, так и фонопедической коррекции. Обязательным является динамическое наблюдение оториноларинголога с целью раннего выявления патологии ЛОР органов.

Список литературы:

1. Безруков В.М., Гунько В.И. Хирургическое лечение аномалий и деформаций челюстей // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М. Безрукова и Т.Г. Робустовой. М.: Медицина, – 2000. Т. 2. С. 246-276.
2. Бобров Д.В. Структура челюстно-лицевых швов при врожденных пороках лица, влияние нарушения шовного роста и раннего ортопедического лечения на рост расщепленной верхней челюсти: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тверь, – 1997. 18 с.
3. Борбель Л. Хирургическое лечение расщелин верхней губы и неба // Д. Сабо. Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области. Киев: Книга плюс, – 2005. С. 203-218.
4. Гуцан А.Э., Вернадский Ю.И., Вернадская Г.П. Операции при врожденных пороках развития // Челюстно-лицевые операции: Справочник / Под. ред. А.Э. Гуцана. Витебск: Белмедкнига, – 1997. С. 218-306.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ STATISTICA. – М.: Медиа Сфера, – 2003. 312 с.
6. Сулейманов А.Б. Пути развития костной пластики при врожденных дефектах альвеолярного отростка и неба // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи: актуальные вопросы комплексного лечения. – М.: МГМСУ, – 2006. 152-153.
7. Якушенкова А.П. Обоснование и эффективность новых методов хирургического лечения хронических болезней носа, околоносовых пазух и глотки у детей: Афтореф. дис. ... доктора мед. наук. М., – 2006. 58 с.
8. Исаков Ю.Ф., Разумовский А.Ю. Детская хирургия: учебник / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского; отв. ред. А.Ф. Дронов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, – 2015. 140-183.
9. Cho B.C. - Correction of unilateral cleft lip nasal deformity in preschool and school-aged children with refined reverse-U incision and V-Y plasty: long-term follow-up results // Plast. Reconstr. Surg. – 2007. Vol. 119. № 1. P. 267-275.
10. J. Russell, L. Albery - Practical Intervention for Cleft Palate Speech // Routledge. – 2017. P. 32.
11. Girish N. Amlani - Art and Science of Cleft Lip and Cleft Palate Repair // JP Medical Ltd. – 2017. P. 106-128.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Д.м.н., профессор Чуйкин С.В., к.м.н., доцент Акатьева Г.Г., к.м.н., доцент Снеткова Э.З.
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

Проблема профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детей с нарушением зрения является особо актуальной. Стоматологический статус таких детей чаще всего отягощен, они остро нуждаются в лечебно-профилактической помощи [3].

Целью исследования явилось изучение распространенности и интенсивности кариеса зубов у слепых и слабовидящих детей в период постоянного прикуса.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели нами проведено стоматологическое обследование 74 школьников 13–17 лет с нарушением зрения, обучающихся в Государственном бюджетном общеобразовательном учреждении «Уфимская коррекционная школа-интернат № 28 для слепых и слабовидящих». Стоматологическое обследование проводилось в школьном медицинском кабинете с участием детского врача стоматолога и врача-ортодонта. Предварительно было получено информированное согласие администрации школы и родителей детей. Обследование проводили согласно требованиям ВОЗ, результаты вносились в карты регистрации стоматологического статуса детей (ВОЗ, 2013г.). Изучали распространенность и интенсивность кариеса зубов, заболеваний пародонта, состояние гигиены полости рта по упрощенному индексу гигиены рта (Грин-Вермиллион, 1964), распространенность и структуру зубочелюстных аномалий, аномалий прикрепления мягких тканей. Распространенность кариеса зубов определяли в процентах путем деления количества людей, имеющих кариес и его осложнения, на количество осмотренных. Интенсивность кариеса зубов определяется по индексу КПУ

зубов. Изучали компоненты индекса интенсивности: «К», «П», «У». В компонент «К» включали зубы с кариесом и его осложнениями, зуб с герметиком и кариесом, зуб с временной пломбой и наличием первичного или вторичного кариеса. В структуре КПУ компоненту «П» относили зуб с пломбой, не требующий реставрации и не имеющий кариеса на других поверхностях. Компоненту «У» относили зубы удаленные по поводу осложненного кариеса. В структуру индекса КПУ не включали зубы: здоровые, здоровые с герметиком, с некариозными поражениями, с травмой, отсутствующие по другим причинам (первичная адентия, ретинированные). На основании индивидуальных значений индексов КПУ зубов рассчитывали средний показатель группы обследованных [1,2].

Результаты обследования. Проведенное стоматологическое обследование 74 школьников (в том числе 44 мальчика и 30 девочек) показало, что 63 подростка имели зубы, пораженные кариесом, запломбированные или удаленные. Распространенность кариеса составила 85,1%. Интенсивность кариеса по индексу КПУ равна 3,54. Анализ структуры индекс КПУ показал, что доля компонента «К» составляет 2,74 (69,5%), компонента «П» – 1,02 (25,8%), «У» – 0,18 (4,7%). В санации полости рта нуждались 62 (83,7%) школьника. Уровень стоматологической помощи по индексу УСП (Леус П.А., 1988) равен 17,52% и оценивается как недостаточный. Среднее значение индекса гигиены рта (OHI-S) равно 1,76, что соответствует неудовлетворительной гигиене полости рта.

В результате проведенного обследования выявлены высокие значения компонента «К», высокую нуждаемость в санации полости рта, неудовлетворительное состояние гигиены полости рта у слепых и слабовидящих детей в период постоянного прикуса, недостаточный уровень стоматологической помощи.

Выводы. Таким образом, наличие особенностей соматического статуса у детей с нарушением зрения обуславливает необходимость изучения стоматологического статуса, выявления факторов риска развития основных

стоматологических заболеваний у данной категории детей, совершенствования лечебно-профилактических мероприятий.

Список литературы:

1. Индексы и критерии для стоматологического статуса населения: учебное пособие / А.М. Хамадеева, Д.А. Трунин, Г.В. Степанов, и др. / Под ред. проф. А.М. Хамадеевой. – Самара: ООО «Офорт», – 2017. 218 с.
2. Чуйкин С.В., Акатьева Г.Г., Мухаметова Е.Ш., Аверьянов С.В. Инструментальные методы // Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство/ под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. «2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, – 2017. С. 211-232.
3. Тарасова Н.В., Алямовский В.В., Сурдо Э.С., Галонский В.Г. Результаты проведения программы стоматологического санитарно-гигиенического обучения школьников с сенсорной депривацией зрения // Вестник уральской медицинской академической науки, – 2017. Т. 14. № 2.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭНДЕМИЧНОМ ПО ФТОРИДУ РЕГИОНЕ

К.м.н. Самаркина А.Н.[1], к.м.н., доцент Кондюрова Е.В.[1],
д.м.н., профессор Казарина Л.Н.[2], Самаркина М.Н.[3]
[1]ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Медицинский институт,
кафедра стоматологии, г. Саранск;
[2]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, кафедра пропедевтической стоматологии,
г. Нижний Новгород;
[3]ГАУЗ РМ «Стоматологическая поликлиника № 1», г. Саранск

Введение. Флюороз представляет собой хорошо распространенное заболевание во всем мире, в том числе и в России. Учитывая тот факт, что заболевание начинается, как правило, в детском возрасте, особую актуальность данная проблема приобретает в этой возрастной группе. Важной составляющей лечения легких форм флюороза. Несмотря на то, что

современная стоматология обладает широким арсеналом методов диагностики и лечения заболеваний челюстно-лицевой области, патогенетическая терапия и вторичная профилактика флюороза разработаны неполностью. Низкий уровень гигиены полости рта является предпосылкой для низкой эффективности местной реминерализации. Наличие высоких концентраций фторида в питьевой воде (выше 1,5 мг/л) является основным этиологическим фактором флюороза.

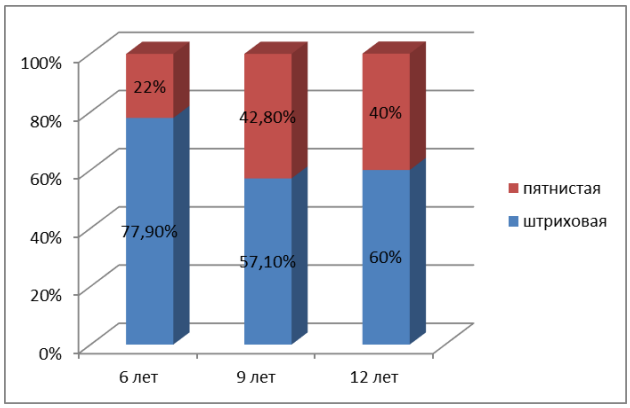
Водопроводной воде г. Саранска обнаружена их повышенная концентрация – 2,5 мг/мл.

Таким образом, изучение вопросов, связанных с патогенезом, терапией и вторичной профилактикой флюороза является весьмактуальной задачей.

Цель работы: изучить распространенность флюороза зубов, интенсивность кариеса и уровень гигиены полости рта удетей разных возрастных категорий, проживающих в эндемическом по фторидам регионе.

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедре стоматологии Медицинского института ФГБОУВО «МГУ им. Н.П. Огарёва» г. Саранска.

Обследовано 420 детей возрастной категории 6, 9, 12 лет, у 272 детей обнаружены признаки флюороза зубов начальных (штриховой или пятнистой) форм по классификации В.К. Патрикеева (рис. 1) и признаки флюороза сомнительных, очень слабых, слабых форм по классификации H.T. Dean (рис. 2).



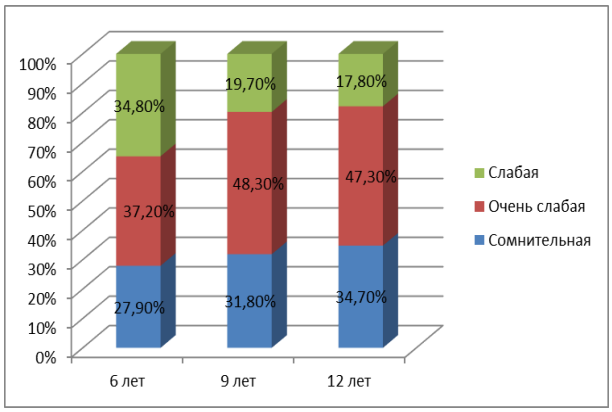


Рис. 1 и 2. Распределение детей по форме флюороза в возрастной группе.

С помощью метода случайной выборки были сформированы группы по 60 человек возрастной группе 6, 9, 12 лет. Следующим этапом было разделение детей внутри этих возрастных групп на 4 подгруппы по 20 человек. В каждой возрастной категории одна подгруппа пациентов получали «Винибис», другая – гель «R.O.C.S. Medical Minerals», третья – комбинацию препарата «Винибис» и геля «R.O.C.S. Medical Minerals», четвертая – группа контроля с признаками флюороза зубов,которым были проведены только уроки гигиены полости рта. Осмотр полости рта у частников исследования заключался в определении уровня гигиены полости рта с помощью гигиенических индексов Федорова-Володкиной и упрощенного индекса по Грин-Вермиллиону (УИГР-У), индекса интенсивности кариеса (КПУ), состояния резистентности эмали с помощью теста резистентности эмали (ТЭР), до начала лечения, через месяц и через 6 месяцев после начала лечения.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ Microsoft Office Excel®. Статистическая значимость различий выборочных средних для независимых выборок определяли с помощью t-критерия Стъюдента и дисперсионного анализа с апостериорным тестомДаннетта.

Результаты. Общее количество детей с флюорозом зубов составило 272 человека. В каждой возрастной группе была сформирована группа сравнения (20 человек), без флюороза зубов и с отсутствием кариеса (КПУ или КПУ+кп 0-1).



Рис. 3. Формы флюороза.

Самый низкий исходный уровень КПУ во всех подгруппах отмечался у детей самой ранней возрастной категории – 6 лет. У детей 9 и 12 лет исходный уровень КПУ оказался существенно выше. Сравнение значений среднего уровня КПУ в параллельных группах детей 6, 9 и 12 лет, показало, что группы детей с флюорозом между собой значимо не различались, при этом наблюдались достоверные отличия от группы практически здоровых детей, значения которой составило 0,25±0,10 (P6>0,05).

Исходный уровень ГИ оказался наиболее низким у детей возрастной категории 6 лет. В 1-й подгруппе у детей 12 лет уровень ГИ значимо превосходил показатель ГИ у детей 9 лет. Во 2-й подгруппе уровень ГИ у детей 9 лет достиг значимого различия с таковым у детей 12 лет. Сравнение значений среднего уровня ГИ в параллельных группах детей 6 лет показало, что группа детей с флюорозом значимо различались в группе практически здоровых. Сравнение значений среднего уровня ГИ в параллельных группах детей 9 и 12 лет показало, что группа детей с флюорозом значимо различались в группе практически здоровых, значения которой составило 1,11±0,02, но не между собой.

Исходный показатель ТЭР не продемонстрировал существенных различий между группами детей разных возрастных категорий с тенденцией его снижения у более старших детей. Причём, сравнение средних значений в параллельных группах детей 6, 9 и 12 лет, показал, что группы значимо между собой не различались, но отличались от практически здоровых детей, значения которой составило 11±0,7. Уровень ТЭР не был повышен относительно условной нормы (30 балов).

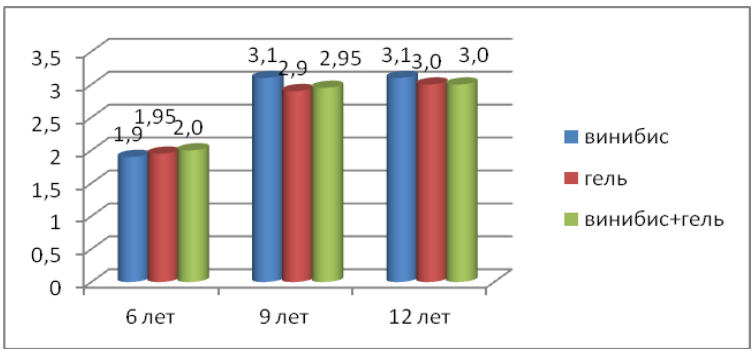


Рис. 4. Динамика КПУ зубов у детей с флюорозом.

Самый низкий исходный уровень КПУ во всех подгруппах отмечался у детей самой ранней возрастной категории – 6 лет. Удетей 9 и 12 лет исходный уровень КПУ оказался существенно выше. Сравнение значений среднего уровня КПУ в параллельных группах детей 6, 9 и 12 лет, показал, что группы детей с флюорозомежду собой значимо не различались, при этом наблюдались достоверные отличия от практически здоровых детей.

Во всех подгруппах через месяц от наблюдения ГИ был снижен по сравнению с начальным уровнем гигиенического индекса. Через 6 месяцев от начала наблюдения уровень ГИ увеличился, ноставался существенно ниже начальных значений. Гель превзошел Винибис, но наиболее сильно на ГИ повлияла комбинация Гель+Винибис, через 6 месяцев от начала наблюдения комбинация оказалась эффективнее во всех возрастных группах.

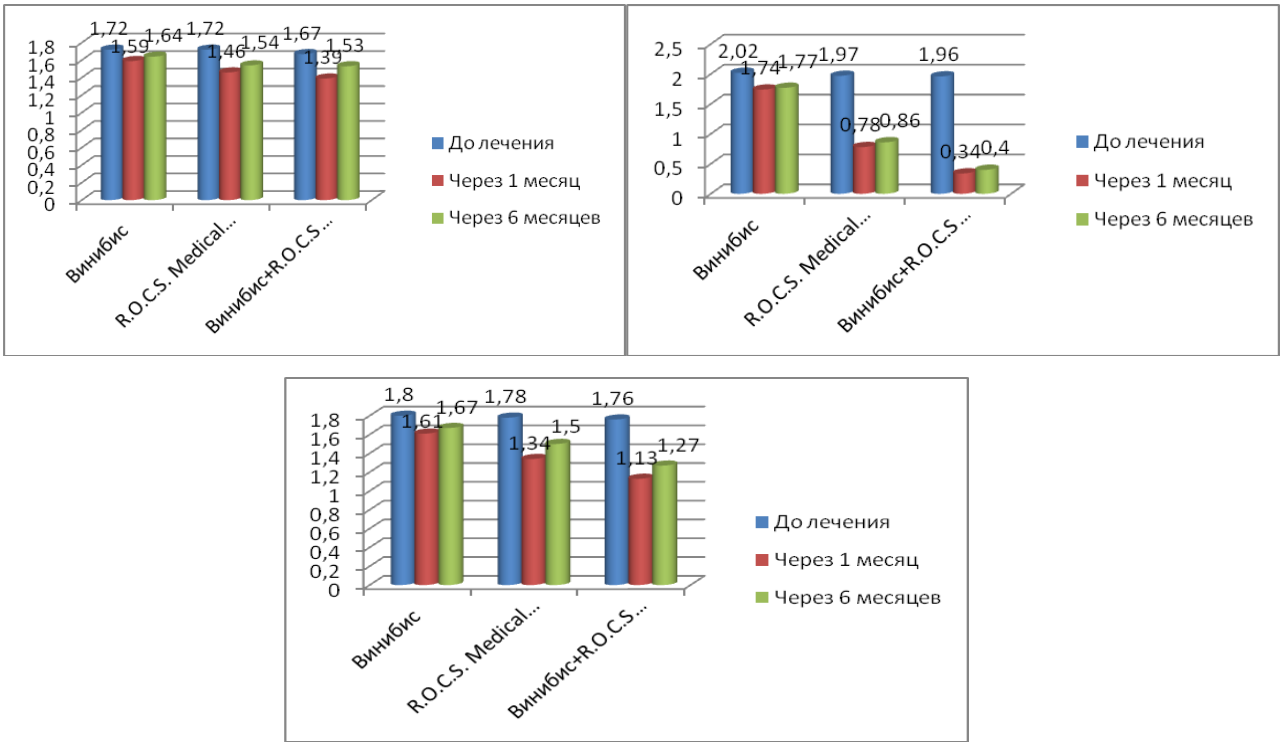


Рис. 5. Динамика гигиенического индекса на фоне лечения в группе пациентов 6, 9, 12 лет.

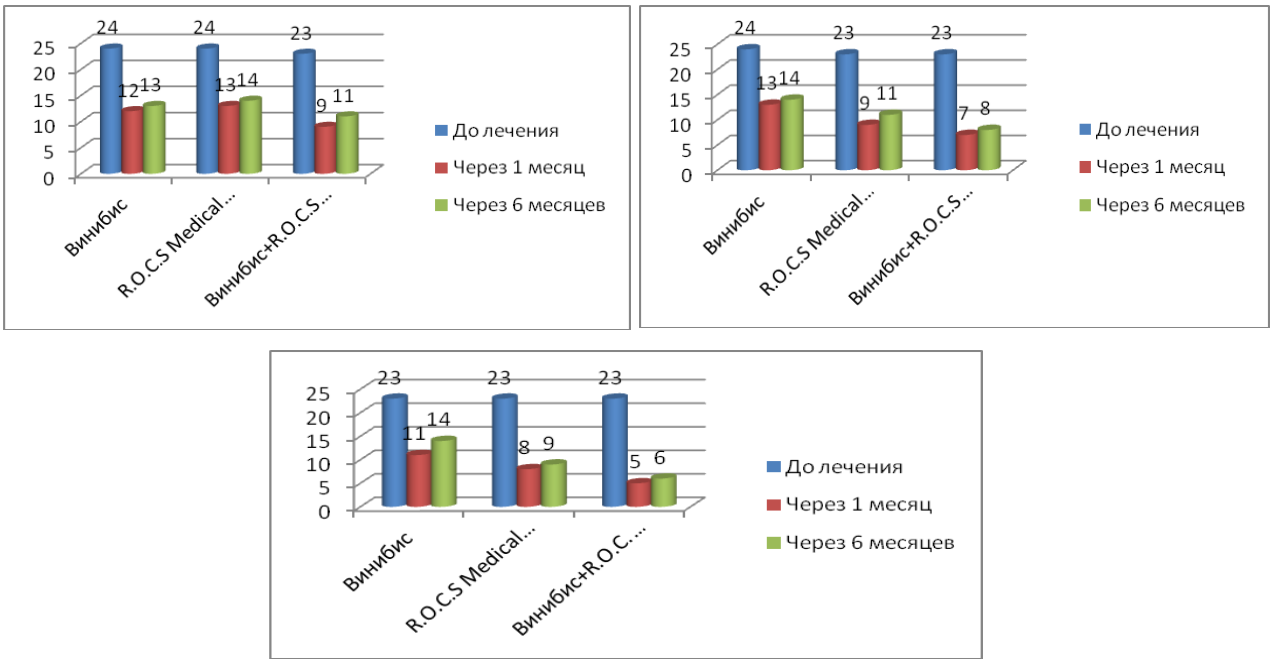


Рис. 6. Динамика ТЭР на фоне лечения в группе пациентов 6, 9, 12 лет.

Исходный показатель ТЭР не был повышен относительно верхней границы условной нормы и не продемонстрировал существенных различий между группами детей разных возрастных категорий с тенденцией его снижения у более старших детей.

Через месяц наблюдения во всех подгруппах уровень показателя снизился относительно исходного, и, несмотря на некоторый рост его через 6 месяцев, он оставался существенно ниже исходного уровня. Гель превосходил Винибис на всех сроках динамического наблюдения у детей возрастных подгрупп 9 и 12 лет, но во всех возрастных группах наиболее эффективной оказалась комбинация Винибис+гель.

Уровень гигиенического индекса, уровень резистентности эмали в течение периода наблюдения продемонстрировали положительную динамику во всех возрастных категориях: через 1 месяц после начала терапии значения этих показателей снижались относительно исходных, а через 6 месяцев они вырастали, однако, значимо отставая от исходных уровней. Препарат «Винибис» уступал гелю «R.O.C.S. Medical Minerals» по влиянию на

динамику гигиенического состояния, но наиболее выраженное действие продемонстрировала комбинированная терапия.

Выводы. Анализ полученных данных демонстрирует, что состояние твердых тканей зубов у обследуемых детей с флюорозом в зависимости от возраста пациентов имел следующие особенности: пятнистая, более тяжелая форма флюороза, в 2 раза реже встречалась у участников исследования возрастной категории 6 лет, чем у детей 9 и 12 лет. Самый низкий уровень КПУ отмечен у детей 6 лет, у детей 9 и 12 лет он оказался существенно выше. Наименьший уровень индекса ГИ у детей с флюорозом зубов, так же регистрируется у детей младшей возрастной категории. Результат ТЭР не продемонстрировал существенных различий между группами детей разных возрастов с тенденцией более низкого значения этого показателя у детей старших возрастных групп.

Сравнительная оценка эффективности проведенной терапии у детей с флюорозом зубов всех возрастных категорий продемонстрировала положительный результат применения как препарата «Винибис» и геля «R. O. C. S. Medical Minerals», так и их совместного применения в отличие от детей обученных только индивидуальной гигиене полости рта.

Список литературы:

1. Кисельникова Л.П. Детская терапевтическая стоматология/ Кисельникова Л.П., Леонтьев, В.К. // – ГЭОТАР-Медиа, – 2010. 890 с.
2. Кисельникова Л.П. Изучение исходного уровня минерализации и уровня функциональной резистентности эмали постоянных зубов у детей, проживающих в очаге эндемического флюороза / Л.П. Кисельников, С.С. Богомолова // Институт стоматологии. – 2010. № 4. С. 56–57.
3. Овруцкий Г.Д. Флюороззубов / Г.Д. Овруцкий. – Казань: КГМИ, – 1962. 118 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕННОСТИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ КАРИЕСОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Кравченко В.А.[1], д.м.н., доцент Юркевич А.В.[2], Запасных Д.О.[2], Дыбов Д.А.[2]

[1]Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, г. Хабаровск;

[2]Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Причины высокого уровня стоматологической заболеваемости у детей изучаются отечественными и зарубежными учёными на протяжении многих лет. К наиболее значимым из них относят неправильное питание, несоблюдение правил гигиены полости рта, нерегулярное посещение стоматолога, недостаточная просвещенность родителей и детей по данной проблеме [6, 7, 8, 9].

Ранее большинство школ имели стоматологические кабинеты, но в результате реорганизации финансирования бюджетных организаций большинство кабинетов были закрыты. Эти проблемы привели к резкому снижению охвата плановой санацией детского населения и росту стоматологической заболеваемости [1, 2, 4].

В настоящее время профилактика кариеса остается ведущей стоматологической проблемой у детей раннего и дошкольного возрастов, так как распространенность и интенсивность кариеса у детей этих возрастных групп остается высокой и имеет тенденцию к увеличению. Программы массовой профилактики, такие как фторирование питьевой воды, соли и молока, имеют большее влияние на постоянные зубы, чем на временные. Кроме того, при системном, также как и локальном применении фторидов,

профилактический эффект выражен, в основном, на гладких поверхностях зубов и минимален в области естественных углублений [5, 11, 12, 15, 16].

Большинство кариозных и некариозных поражений у детей раннего и дошкольного возрастов возникает на жевательной поверхности, что связано с незавершенной минерализацией эмали фиссур прорезывающихся, накоплением пищевых остатков и формированием агрессивной зубной бляшки в естественных углублениях [3, 10, 13, 14, 17].

Цель работы: изучить пораженность постоянных зубов у школьников города Хабаровска и поселка Хурба Хабаровского края Комсомольского района, имеющих различный уровень стоматологической помощи.

Задачи исследования являлось определение уровня просвещенности школьников данных школ с помощью анкетирования и провести качественный анализ посещений к врачу-стоматологу**,** выявление пораженности зубов у обучающихся средних школ № 33 (г. Хабаровск), № 2 (пос. Хурба, Хабаровского края) и проведение сравнительного анализа пораженности постоянных зубов кариесом у школьников.

Нами были обследованы 55 школьников МБОУ СОШ № 33 и 50 школьников МБОУ СОШ № 2 одной возрастной группы (7–10 лет).

Обе школы расположены в Хабаровском крае, расстояние между ними 400 км, т. е. экологическая зона, питьевая вода, которую употребляют дети и другие внешние факторы среды обитания существенно различаются, так как в городе экологическая обстановка очень страдает, а в сельском поселении существенно лучше. Главное отличие – разница медицинского обслуживания в школах. Так, в школе № 33 работает школьный стоматолог, а в школе № 2 стоматологический кабинет отсутствует.

При стоматологическом обследовании изучалась заболеваемость кариесом постоянных зубов по показателям его распространенности с помощью индексов КПУ и УСП.

С помощью анкетирования выясняли у родителей и детей их участие в контроле соблюдения гигиены полости рта у детей, в использовании

основных и дополнительных средств гигиены полости рта детьми, о здоровом питании, сроки посещения к врачу-стоматологу.

По результатам анкетирования детей школы № 33 установлено, что 38 детей чистит зубы 2 раза в день, 15 детей – один раз в день, 2-е детей – 3 раза в день. Посещают стоматолога 2 раза в год 21 ребенок, 18 детей – 3 раза в год, 10 детей – 1 раз в год, 6 детей – не обращались за помощью. Употребляют сладости (шоколад, ириски, конфеты и др.) и газированные напитки (Coca-Cola, Fanta) 2 раза в день 25 детей, 10 детей – 1 раз в день, 20 детей – 3 и более раз. Употребляют продукты, содержащие сахар: только утром – 10 детей, во время еды – 10 детей, в любое время – 20 детей, только вечером – 15. Пользуются дополнительными средствами гигиены (зубные нити, ополаскиватели) – 30 детей, 15 детей – только ополаскивателями, 10 детей – не пользуются. Оценивают необходимость лечения, кариеса молочных зубов как «ничуть не важно» 5 детей, «весьма важно» – 21 ребенок, «очень важно» – 25 детей, «не знаю» – 4 ребенка. Оценивают здоровье своих зубов как «отличное» – 31 ребенок, «хорошее» – 15 детей, «плохое» – 9 детей.

Результаты анкетирования детей школы № 2 показали, что 29 детей чистит зубы 2 раза в день, 18 детей – один раз в день, 3-е детей – 3 раза в день. Посещает стоматолога 2 раза в год 15 детей, 10 детей – 3 раза в год, 10 детей – 1 раз в год, 10 детей – не обращались за помощью. Употребляют сладости (шоколад, ириски, конфеты и др.) и газированные напитки (Coca-Cola, Fanta) 2 раза в день 32 ребенка, 10 детей – 1 раз в день, 8 детей – 3 и более раз. Употребляют продукты, содержащие сахар: только утром – 20 детей, во время еды – 10 детей, в любое время – 7 детей, только вечером – 13. Пользуются дополнительными средствами гигиены (зубные нити, ополаскиватели) – 21 детей, 10 детей – только ополаскивателями, 19 детей – не пользуются. Оценивают необходимость лечения, кариеса молочных зубов как «ничуть не важно» 10 детей, «весьма важно» – 21 ребенок, «очень важно» – 25 детей, «не знаю» – 4 ребенка. Оценивают здоровье своих зубов как «отличное» – 15 детей, «хорошее» – 10 детей, «плохое» – 25 детей.

Опрос родителей и детей (по данным анкет) показал, что их знания о причинах развития стоматологических заболеваний, методах их профилактики и средствах гигиены недостаточны. Выбор предметов гигиены осуществляется по принципу, что дешевле. При выборе зубных щеток не учитывается возраст ребёнка. Многие родители не придают особого значения контролю процесса чистки зубов детьми, а также активного участия в нем, и дети постепенно вообще прекращают чистить зубы.

По данным обследования, в школе № 33 пораженность кариеса постоянных зубов в школе составила 36,9% (у 20-ти детей), интактные постоянные зубы имели 63,1% школьника (30 детей), в то время как в школе № 2 показатель пораженности постоянных зубов кариесом увеличились до 68% (у 37 человек), интактные зубы были выявлены у 13 детей (32%).

В структуре индекса КПУ+кп в школе № 33 18,5% приходится на зубы, пораженные кариесом, подлежащие лечению и удалению, 76,4% на пломбированные зубы, удаленные – 5%. Показатель пломбированных зубов превышает показатель кариозных в 4,1 раза. По данным индекса КПУ+кп в школе № 2 58,1% приходится на зубы, пораженные кариесом, 30,4% на пломбированные зубы и 11% на удаленные. Показатель кариозных зубов превышает пломбированные в 2 раза.

Уровень стоматологической помощи (УСП) школы школы в городе Хабаровске показал хороший уровень (89,75%), в то время как УСП школы в поселке Хурба составил 54,5%, что соответствует значению «удовлетворительно».

Таким образом, оценив уровень пораженности кариесом постоянных зубов у детей двух города Хабаровска и школы Комсомольского района Хабаровского края, можно заключить, что отсутствие стоматологического кабинета в школе, оказывает влияние на своевременность обращения за стоматологической помощью и профилактику стоматологических заболеваний.

Об этом, в первую очередь, свидетельствуют показатели КПУ+ кп. Показатель количества удалённых и кариозных зубов в поселковой школе без стоматологического кабинета значительно больше, чем показатель пломбированных зубов в городской школе. В школе со стоматологом эти показатели достоверно отличаются.

Статистическая обработка результатов обследования выявила статистически значимые различия показателя распространенности кариеса постоянных зубов в сравниваемых школах ($p<0,05$). Дети, которые учатся в поселковой школе нуждаются в большом объеме лечебной помощи. Уровень стоматологической помощи по полученным данным можно считать лишь удовлетворительным (составляет 50,4%).

Необходимо отметить, что родители школьников после данного исследования, анкетирования и профилактических бесед стали активнее принимать участие в соблюдении правил гигиены полости рта и в результате процесс чистки зубов у детей стал более эффективным, появилась мотивация к лечению зубов и осознания проблемы кариеса.

Список литературы:

1. Анохина А.В., Гаязов А.Р., Салеев Р.А., Хитров В.Ю. Изучение нуждаемости детей дошкольного возраста в реабилитации функции жевания // Казанский медицинский журнал. – 2006. Т. 87. № 3. С. 233-234.
2. Галеса С.А., Кравченко В.А. Соотношение стоматологических лечебно-профилактических учреждений и кадровый потенциал государственного и негосударственного сектора здравоохранения хабаровского края // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2004. № 2. С. 49.
3. Дыбов Д.А., Круглов Т.Е. Изучение частоты возникновения рецидивирующего и вторичного кариеса у жителей амурской области // Стоматология - наука и практика, перспективы развития Материалы научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения Л.П. Иванова. – 2017. С. 47-49.
4. Кравченко В.А., Лучшева Л.Ф., Бондаренко Л.В., Тармаева С.В. Актуальные вопросы ведения медицинской карты стоматологического больного // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2013. № 4 (58). С. 32-34.

5. Круглов Т.Е. Уровень знания населения г. Николаевск-на-Амуре о жевательной резинке актуальные вопросы современной медицины материалы I Дальневосточного медицинского молодежного форума. – 2017. С. 198-199.

6. Ларинская А.В., Юркевич А.В., Михальченко В.Ф., Михальченко А.В. Современные аспекты внутриканальной дезинфекции при лечении осложненных форм кариеса // Клиническая стоматология. – 2017. № 3 (83). С. 13-16.

7. Лучшева Л.Ф., Рыбак О.Г., Тармаева С.В., Бондаренко Л.В., Снурницына З.А., Кравченко В.А., Монина Е.В., Ширяева О.В., Чечетка С.Г. Организация, методы и средства санитарно-просветительной работы // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2016. № 2 (68). С. 62-64.

8. Лучшева Л.Ф., Хамадеева А.М., Рыбак О.Г., Тармаева С.В., Бондаренко Л.В., Снурницына З.А., Чечетка С.Г., Кравченко В.А. Стоматологическое просвещение – гигиеническое обучение и воспитание населения по вопросам профилактики стоматологических заболеваний // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2016. № 2 (68). С. 74-77.

9. Оскольский Г.И., Ушницкий И.Д., Загородняя Е.Б., Юркевич А.В., Машина Н.М., Баишева В.И. Стоматологический статус населения Дальневосточного региона // Эндодонтия Today. – 2012. № 3. С. 10-14.

10. Сувырина М.Б., Юркевич А.В. Оценка распространенности некариозных поражений твердых тканей зубов у взрослого населения (на примере Амурской области) // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2017. № 4 (64). С. 96-98.

11. Ушницкий И.Д. Динамика физиологического статуса органов и тканей полости рта при проведении местной профилактики кариеса зубов у детей школьного возраста центральной Якутии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Архангельск, – 1996. С. 18.

12. Ушницкий И.Д., Яворская Т.Е., Кершенгольц Б.М., Петрова Н.Н., Шеина Н.Е., Аммосова В.Н. Эффективность применения противокариесного препарата в первичной профилактике кариеса зубов // Эндодонтия Today. – 2013. № 1. С. 30-32.

13. Ушницкий И.Д., Яворская Т.Е., Саввинов Н.В., Дегтярева А.М. Клинико-физиологическая характеристика состава и свойств ротовой жидкости и твердых тканей зубов у детей младшего школьного возраста, проживающих в условиях высоких широт // Эндодонтия Today. – 2012. № 4. С. 43-45.

14. Ширяк Т.Ю., Киясов А.П., Салеев Р.А. Показания к пульпотомии временных зубов. Клинико-гистологическое исследование / Биосовместимые материалы и новые технологии в стоматологии Сборник статей Международной конференции. – 2014. С. 163-166.

15. Ширяк Т.Ю., Салеев Р.А., Уразова Р.З. Клинико-организационные аспекты оказания стоматологической помощи детям с осложненным кариесом временных зубов // Российский педиатрический журнал. – 2012. № 2. С. 36-39.

16. Ширяк Т.Ю., Салеев Р.А., Уразова Р.З. Лечение пульпита временных зубов: вчера, сегодня, завтра // Клиническая стоматология. – 2013. № 1 (65). С. 34-37.

17. Ширяк Т.Ю., Салеев Р.А., Уразова Р.З., Анисимова О.Ю. Потребность в лечении осложнённого кариеса временных зубов у детей // Казанский медицинский журнал. – 2012. - Т. 93. № 4. С. 634-637.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОАДЕНОПАТИЙ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

К.м.н., доцент Мирсаяпова И.А., Хайруллина Р.М., д.м.н., профессор Чуйкин С.В., д.м.н., доцент Акмалова Г.М.

ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», г. Уфа;

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

По данным авторов, изучавших патологию лимфоузлов в Республике Башкортостан установлена доминирующая роль ЦМВ-инфекции у детей, выявлены маркеры дисбаланса клеточного и гуморального звеньев системы иммунитета с формированием вторичного иммунодефицита у взрослых пациентов [1, 2].

Цель исследования: установить особенности иммунологической реактивности у детей при лифаденитах, ассоциированных ЦМВ-инфекцией.

Нами были изучены показатели гуморального и клеточного иммунитета 37 детей в возрасте от 1–11 лет: в первую группу вошли – 19 детей, находившихся на стационарном лечении в РДКБ г. Уфы с диагнозом: серозный подчелюстной лимфаденит, ассоциированный ЦМВ – инфекцией, во вторую – 12 детей с диагнозом: серозный подчелюстной лимфаденит, бактериальной этиологии и в третью – 6 практически здоровых детей, не имеющих в анамнезе лимфоаденопатии и ЦМВИ. Гуморальная система иммунитета оценивалась по содержанию иммуноглобулинов классов A, M, G. Иммунофенотипирование лимфоцитов периферической крови проводили методом проточной цитометрии. Для обнаружения специфических антител класса IgG и IgM к ЦМВ проводился иммунохеминолюминисцентный анализ (ИХА), а также ПЦР-исследование крови и мазка из зева. Клинико –лабораторное обследование включало определение лейкоцитограммы, бактериологическое исследование мазка из зева и носа на флору, также уровня антистрептолизина-О в сыворотке крови.

По данным лейкограммы у детей с подчелюстным лимфаденитом, ассоциированным с ЦМВИ в сравнении со второй и третьей группами отмечался лимфоцитоз (62,26±2,79**,** $p \leq 0,05$) и моноцитоз (11,67±1,23**,** $p \leq 0,05$). По результатам бактериологического обследования бактериальная инфекция была детектирована только у второй группы пациентов. Уровень А-стрептолизина-О находился в пределах референсных значений у первой группы пациентов, тогда как во второй группе этот показатель был статистически значимо выше (337,08±44,62**,** $p \leq 0,05$) по сравнению с первой и третьей группами. По данным иммунологического обследования уровни сывороточных иммуноглобулинов класса A, M, G первой группы достоверно не отличались от показателей здоровых детей и детей с проявлениями серозного подчелюстного лимфаденита, бактериальной этиологии. По данным иммунофенотипирования лимфоцитов методом проточной цитометрии в первой группе детей отмечалась Т-клеточная недостаточность в виде: снижения общих Т-лифоцитов (CD3+) (58,89±3,23) и статистически

значимого подавления цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+) (18,95±2,75, $p<0,05$) и Т-лимфоцитов-хелперов (CD4+) (30,2±2,13, $p\leq0,05$) на фоне повышения естественных киллерных клеток (CD16+) (14,15±1,84, $p>0,05$). Причем выраженная Т-хелперная недостаточность (26,2±2,41) была установлена у 8 детей первой группы, которых по данным ПЦР была обнаружена ДНК ЦМВ в крови. Во второй группе детей было выявлено повышение общих Т-лимфоцитов (67,96±1,65, $p\leq0,05$), Т-хелперов (48,89±1,37, $p\leq0,05$) и В-лимфоцитоза (22,5±1,23, $p\leq0,05$) в сравнении с третьей группой обследуемых.

Таким образом, у детей с ЦМВ-ассоциированными лимфоаденопатиями установлен избирательный дефицит Т-клеточного звена иммунитета: общие Т-лимфоциты (CD3+), цитотоксические Т-лимфоциты (CD8+) и Т-хелперы-индукторы (CD4+), что, в целом, согласуется с концепцией прямого избирательного действия ЦМВ на эти клетки. Выявлены различия степени выраженности Т-клеточной недостаточности в зависимости от наличия вирусемии по данным ПЦР-исследования в виде значительного подавления Т-хелперной активности клеток. Результаты предварительного этапа исследований, по-нашему мнению, являются неоспоримым доказательством целесообразности проведения комплексного диагностического тестирования, включающего определение специфических антител к ЦМВ и ПЦР.

Список литературы:

1. Терегулова Л.М. Особенности иммунологической реактивности и роль герпесвирусов при доброкачественных лимфаденопатиях // автореферат дис. ... кандидата медицинских наук. Уфа, – 2006. 22 с.

2. Хасанов Т.А., Чуйкин С.В., Баймухаметов А.Р. Системная энзимотерапия в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей // Креативная хирургия и онкология. – 2011. № 4. С. 101-104.

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ НО «НОДКБ»

Глявина И.А.[1,2], д.м.н., доцент Косюга С.Ю.[1], к.м.н. Паршикова С.А.[1,2], Слесарева О.А.[1,2]

[1]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста, г. Нижний Новгород;

[2]ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница», г. Нижний Новгород

Актуальность. Проблема лечения детей с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в настоящее время остается актуальной. Отмечается увеличение количества госпитализированных детей, из которых от 20 до 50% были направлены в стационар с неправильными диагнозами, с не удаленными зубами, источниками инфекции [1, 2, 3]. Характер и тяжесть течения воспалительных заболеваний у детей обусловлены возрастными особенностями и незрелостью как иммунной, так и эндокринной систем [4, 5]. В детском возрасте способность тканей челюстно-лицевой области к ограничению воспалительного очага снижена, что приводит к быстрому распространению гнойного процесса. Данные особенности детского организма резко повышают риск развития гнойно-септических осложнений при воспалительных заболеваниях в области лица и шеи у детей [6]. Поэтому экстренная помощь детям с воспалительными заболеваниями является важной частью работы отделений челюстно-лицевой хирургии.

Цель исследования. Изучить характер и структуру нозологических форм воспалительных процессов у пациентов разного возраста отделения челюстно-лицевой хирургии Нижегородской областной детской клинической больницы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения воспалительных заболеваний у детей, госпитализированных в ГБУЗ НО «Нижегородская детская клиническая больница» в период с 2013–2017 гг. на основании историй болезни детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, операционных журналов, годовых статистических отчетов. При постановке диагноза была использована МКБ-10.

Результаты исследования. Всего за период с 2013–2017 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии НОДКБ было пролечено 5974 пациента, из них 1603 ребенка госпитализировано с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Количество их увеличивается от 24,9% в 2013 году до 29,1% в 2017 году (от числа всех пациентов). Большинство детей госпитализировано из Н. Новгорода (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов по месту жительства

Место жительства	Количество пациентов
Н. Новгород	925 (57,7%)
Нижегородская область	678 (42,3%)
Всего	1603

По госпитализации во время года пациенты с воспалительными заболеваниями распределились следующим образом: зимой было госпитализировано 27,4%, весной – 24,4%, летом – 24,6%, осенью – 23,6% детей.

Структура воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей и распределение детей с различной нозологией по годам представлена в таблице 2. Обращает на себя внимание большое количество детей, госпитализированных с диагнозом «острый периостит», удельный вес которого вырос с 42,7% в 2013 году до 85,9% в 2017году.

Таблица 2.

Распределение пациентов по нозологиям и годам

Нозология	2013	2014	2015	2016	2017	всего
Острый периостит	114	161	194	260	322	1051
Обострение хронического периодонтита	77	82	56	29	10	254
Флегмона	25	30	26	27	21	129
Фурункул	16	9	12	6	6	49
Лимфаденит острый	31	11	11	14	7	74
Сиалоаденит	4	7	12	11	9	43
Хронический остеомиелит	0	1	0	2	0	3
Всего	267	301	311	349	375	1603

Представляет интерес распределение детей по нозологии заболевания и возрасту. Наиболее часто у детей в возрасте до 3-х лет отмечается острый периостит, в возрасте с 3 до 7 лет – острый периостит и обострение хронического периодонтита. У детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет кроме острого периостита и обострения хронического периодонтита не редко регистрируются флегмоны, лимфадениты и фурункулы (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение пациентов по нозологии заболевания и возрасту

Нозология	До 3-х лет	3–7 лет	7–17 лет	Всего
Острый периостит	153	531	367	1051
Обострение хронического периодонтита	41	115	98	254
Флегмона	21	23	85	129
Фурункул	15	4	30	49
Лимфаденит острый	12	16	46	74
Сиалоаденит	8	12	23	43
Хронический остеомиелит	0	0	3	3

Необходимо отметить, что наиболее частой причиной большинства госпитализированных детей дошкольного возраста были острый периостит и обострения хронического периодонтита. Это объясняется несколькими факторами. Во-первых, родители детей до 3-х лет не соблюдают режим питания. В беседе с ними было выяснено, что дети ночью пьют сладкие напитки (компот, чай), кефир или грудное молоко. Во-вторых, дети дошкольного возраста плохо или совсем не соблюдают гигиену полости рта. В-третьих, родители считают, что лечить молочные зубы необязательно, поскольку они меняются на постоянные. В-четвертых, некоторые родители считают посещение врача-стоматолога с ребенком не нужным, если ребенка ничего не беспокоит или беспокоит редко. Достаточно часто родители госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии детей впервые от челюстно-лицевого хирурга узнают о важности соблюдения ребенком гигиены полости рта, правильного режима питания, необходимости своевременной санации полости рта и ежегодных профилактических осмотрах у врача-стоматолога.

Заключение. В настоящее время происходит постепенное увеличение частоты гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи среди детского населения. В структуре воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей дошкольного возраста превалируют острые периоститы и обострения хронических периодонтитов. В условиях современной детской стоматологической практики необходимо уделять внимание и время обучению родителей и детей индивидуальной гигиене полости рта, рациональному питанию, проводить просвещение родителей по вопросам своевременного посещения ребенком врача-стоматолога и профилактике кариеса и его осложнений.

Список литературы:

1. Булгаков М.Г. Заболеваемость зубочелюстной области у детей и организация специализированной помощи (обзор литературы) / М.Г. Булгаков, Г.А. Хацкевич // Институт стоматологии. – 2011. № 2. С. 74-76.

2. Петько А.А. Анализ оказания стоматологической помощи детям по данным отделения челюстно-лицевой хирургии КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. С.И. Сергеева» Министерства здравоохранения Хабаровского края. / А.А. Петько, А.А. Антонова // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста. Сборник научных статей VI регионарной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии. – 2016. С.125-130.

3. Фоменко И.В. Анализ причин развития одонтогенного периостита челюстных костей у детей. / И.В. Фоменко и соавт. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. № 1 (49). С.54-55.

4. Изюмов А.О. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей// А.О. Изюмов и соавт. // Journal of siberian medical sciences. – 2015. № 5. С. 43.

5. Железный П.А. Структура и характер воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей / П.А. железный и соавт. // Медицинская наука и образование Урала. – 2017. № 2. С. 91-94.

6. Никитин А.А. Оказание экстренной помощи детям с воспалительными и травматическими повреждениями челюстно-лицевой области / Г.М. Никитин и соавт. //Альманах клинической медицины. – 2005. № 8. С. 97-100.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С УКУШЕННЫМИ РАНАМИ ЛИЦА

К.м.н. Паршикова С.А.[1,2], Глявина И.А.[1,2], д.м.н., доцент Косюга С.Ю.[1], Слесарева О.А.[1,2]

[1]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста, г. Нижний Новгород;

[2]ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница», г. Нижний Новгород

Актуальность. В связи с ростом детского травматизма в настоящее время проблема оказания своевременной и полноценной помощи детям с повреждениями лица и шеи остается актуальной. В период с 2013 по 2017 годы на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» находилось 1158 детей с травмами челюстно-лицевой области. Отмечается, что в общей

структуре травм количество укушенных ран лица у детей лица постоянно увеличивается. Дети по сравнению с взрослыми имеют потенциально больший риск повреждений челюстно-лицевой области (25% у детей против 2% у взрослых) [1, 2]. У пациентов детского возраста обычно страдает лицо – в 75% случаев, а у взрослых – конечности и область гениталий [3, 4, 5], что связано с меньшим ростом и близкими контактами с домашними животными. Укушенные раны лица могут вызывать у детей и подростков серьезные анатомические, функциональные и неврологические нарушения [6, 7, 8, 9] и потребовать длительного пребывания в стационаре. Несмотря на наличие современных методов диагностики и лечения, проблему лечения укушенных ран лица у детей не следует считать окончательно решенной. К актуальным вопросам следует отнести отсутствие алгоритма оказания медицинской помощи при тяжелых укушенных ранениях лица у детей (в какие сроки, где, кем должна оказываться данная помощь).

Цель исследования: оптимизация оказания помощи детям с укушенными ранами лица путем разработки алгоритма действий.

Дизайн исследования. Работа основана на результатах анализа хирургического лечения детей с укушенными ранами челюстно–лицевой области, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ НО НОДКБ г. Нижнего Новгорода за период с 2003 по 2015 г. Все пациенты были распределены на 2 группы. В группу 1 (основная, 104 пациента) вошли дети, лечение которых осуществлялось на основании предложенного алгоритма. Во 2 группу (группа сравнения, 26 пациентов) включили детей, лечение которых осуществляли по традиционной схеме согласно существующим правилам Сан ПиНа 3.1.7.2627-10. Согласно имеющимся Санитарным правилам 3.1.7.2627-10 после сбора анамнеза и осмотра ребенка врач – хирург или травматолог выполняет ПХО раны, назначает необходимое лечение и проводит антирабическую вакцинацию. Дальнейшее наблюдение за пострадавшим осуществляют те же специалисты в поликлинике по месту

жительства. После снятия швов и завершения профилактики бешенства в установленные сроки лечение считают завершенным (рис. 1).

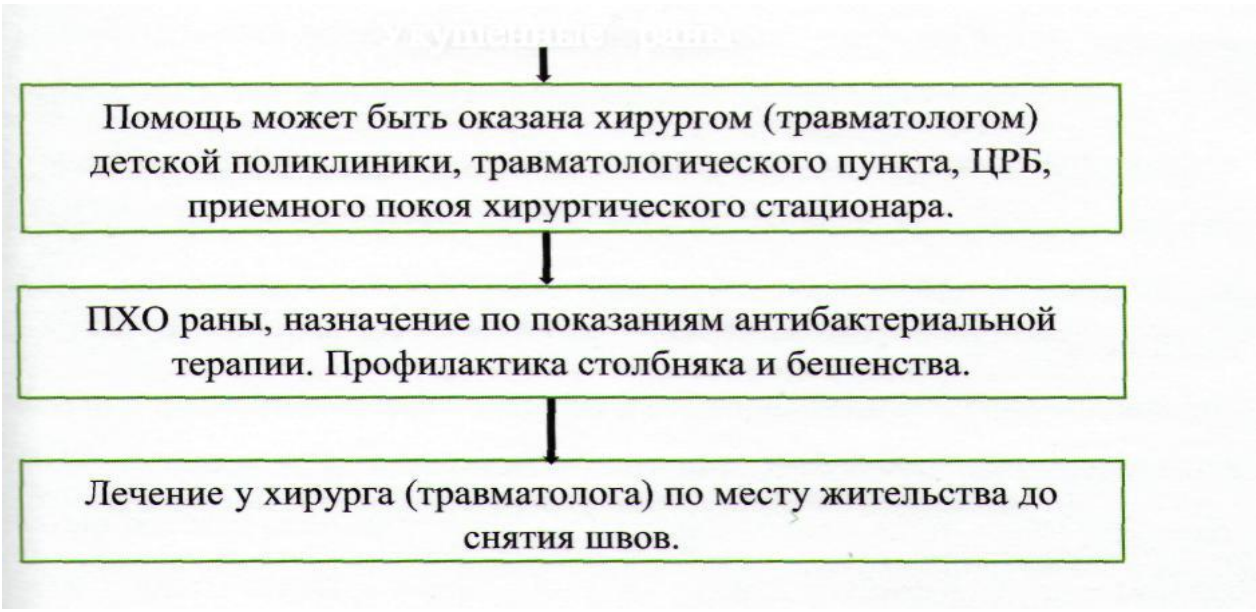


Рис. 1. Общепринятая схема оказания помощи пострадавшим с укушенными ранами.

В схеме, разработанной в рамках настоящего исследования, акцентируется внимание на дифференцированном подходе при оказании помощи детям с укушенными повреждениями лица. Последовательность действий врача представлена на рис. 2. Детям с укушенными ранами линейной формы размерами до 3 см, располагающимися вне физиологических отверстий, помощь может быть оказана по месту обращения (травматологические пункты, приемные отделения ЦРБ и хирургических стационаров). Пациентам с обширными укушенными ранами лица, расположенными вблизи физиологических отверстий, с повреждениями челюстных костей и зубов следует сразу же оказывать специализированную помощь в условиях детского многопрофильного стационара (рис. 1). Характер указанных выше повреждений устанавливает врач скорой помощи при первичном осмотре пациента. После подтверждения тяжелого характера травмы пострадавшего немедленно доставляют машиной скорой помощи в ГБУЗ НОДКБ, минуя промежуточные этапы. В случае

нахождения пострадавшего на значительном удалении от данного стационара следует выполнить временный гемостаз, наложить стерильную повязку и транспортировать ребенка в ГБУЗ НОДКБ. От оперативного лечения на базах центральных районных или городских учреждений здравоохранения необходимо отказаться. В приемном отделении областного центра пациента осматривают детские специалисты. При наличии повреждений глаза, уха, носа, волосистой части головы осмотр проводят также профильные специалисты (офтальмолог, оториноларинголог, нейрохирург, педиатр). При травмах лицевых костей и зубов выполняют МСКТ. На основании полученных данных составляют план хирургического лечения. В нестандартных ситуациях перед оперативным вмешательством проводят консилиум или консультацию специалистов других клиник (рис. 2).

В случаях сочетанных повреждений хирургическое лечение выполняет мультидисциплинарная бригада в условиях общей анестезии. Целью оперативного вмешательства является полное, одномоментное и окончательное восстановление поврежденных структур, что достигается путем использования современных методик пластики ран и соответствующих шовных материалов. В послеоперационном периоде пациента наблюдают в отделении челюстно-лицевой хирургии. Ребенку выполняют все необходимое клинико-лабораторное обследование, проводят антибактериальную терапию (цефалоспорины 3 поколения), назначают десенсибилизирующие препараты, анальгетики в возрастных дозировках. Ежедневно осуществляют перевязки, раны санируют 0,02% водным раствором хлоргексидина, накладывают повязки с мазью левомеколь. После нормализации температуры тела пострадавшему назначают УВЧ (5–7 процедур), либо воздействие переменного магнитного поля (5 сеансов), в дальнейшем курс фонофореза с лидазой на поврежденную область. После выписки из стационара ребенок продолжает амбулаторное наблюдение у челюстно–лицевого хирурга в сроки 1, 3, 6 и 9 месяцев. При необходимости совместно с врачом-физиотерапевтом проводят повторные курсы противорубцовой терапии.

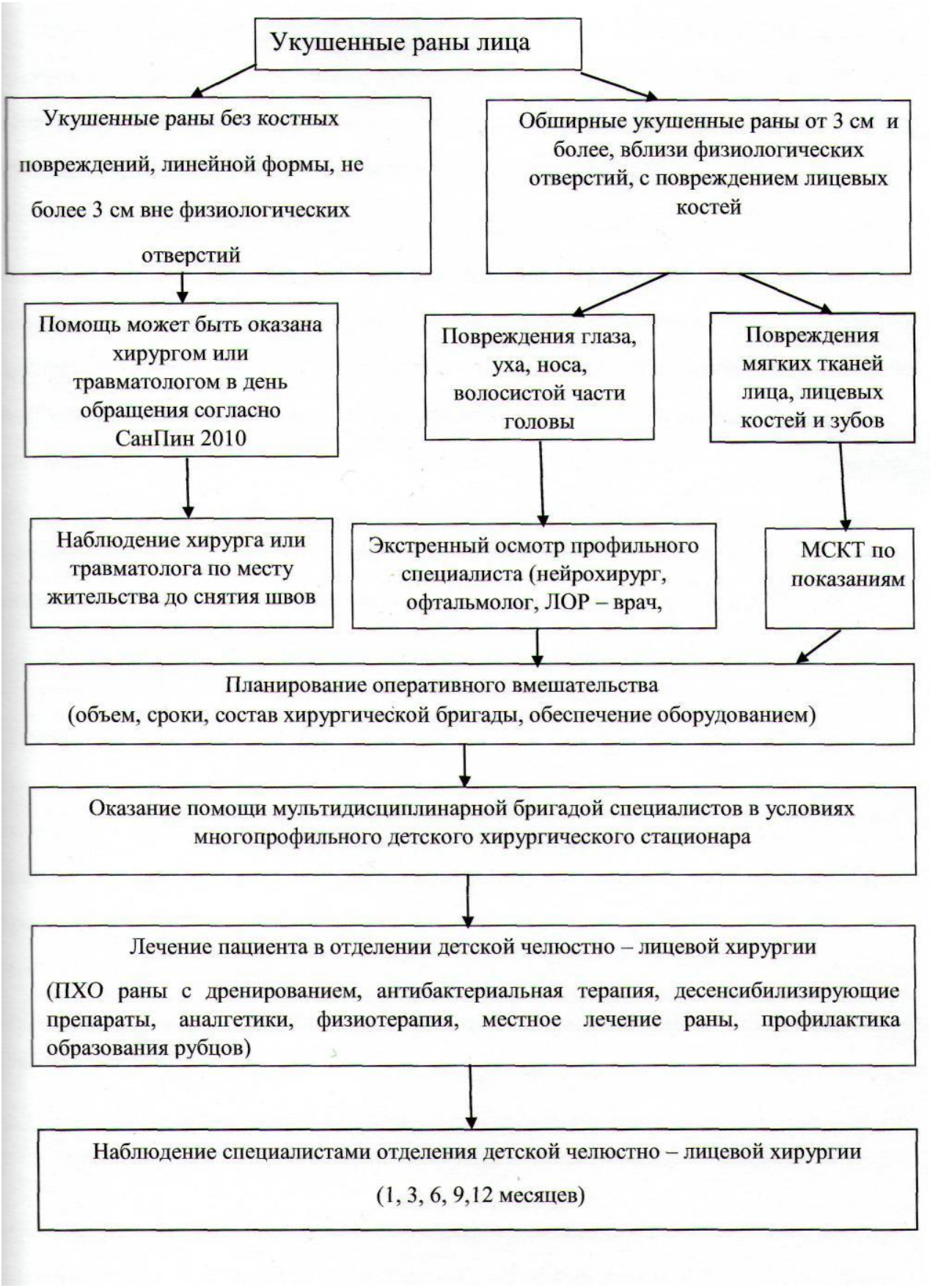


Рис. 2. Разработанный алгоритм лечения укушенных ран лица.

Результаты. Применение предложенного алгоритма позволило значительно оптимизировать порядок оказания помощи детскому населению с укушенными ранами лица, достоверно снизить частоту гнойно-воспалительных осложнений, некроза мягких тканей (табл. 1) и потребность в реконструктивных вмешательствах в областях травматических повреждений (табл. 2).

При анализе результатов лечения детей в основной группе (104 ребенка) выявлено, что осложнения наблюдались у 34 пациентов (32,69%). Среди них отмечены осложнения гнойно-воспалительного характера у 32 детей (30,76%), формирование некрозов у 2 детей (1,9%).

Таблица 1.

Количество послеоперационных осложнений у детей с укушенными ранами лица

Послеоперационные осложнения у детей с укушенными ранами лица	Группы пациентов		
	Основная	Сравнения	p
Количество детей	104 (100%)	26 (100%)	
Гнойно-воспалительные осложнения	32 (30,76%)	19 (72,72%)	0,001*
Некроз	2 (1,9%)	1 (4,54%)	
Всего	34 (32,69%)	20 (77,27%)	

Примечание: *p<0,05.

Потребность в реконструктивных операциях в основной группе и группе сравнения представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Количество реконструктивных операций у детей с укушенными ранами лица

Количество реконструктивных вмешательств у детей	Группы пациентов		
	Основная	Сравнения	p
Количество детей	104 (100%)	26 (100%)	
Реконструктивные вмешательства	3 (2,88%)	13 (50%)	0,003*

Примечание: *p<0,05.

В группе сравнения (26 детей) неблагоприятное течение послеоперационного периода отмечено у 20 пациентов, среди них гнойно-воспалительного характера у 19 человек (72,72%), формирование некрозов у 1 ребенка (4,5%). В основной группе частота осложнений была ниже в 2,3 раза, чем в группе сравнения, отличия статистически значимы ($p<0,05$). Потребность в повторных операциях была значительно выше в группе сравнения (в 17,8 раз), различия достоверны ($p<0,05$).

Заключение. Использование традиционной схемы лечения детей с укушенными ранами лица приводит к осложнениям в послеоперационном периоде в 77,27% случаев. Потребность в реконструктивных операциях составляет 50%.

Применение предложенного алгоритма лечения детей с укушенными ранами лица в основной группе показало свою высокую эффективность и привело к достоверному снижению частоты осложнений до 32,69%, ($p=0,00086$), сокращению потребности в реконструктивных операциях до 2,8%, ($p=0,00032$) и лучшим эстетическим результатам.

Список литературы:

1. Hon K.L. Issues associated with dog bite injuries in children and adolescents assessed at the emergency department / K.L. Hon, C.C. Fu // Pediatr. Emerg. Care. – 2007. Vol. 23 (7). P. 445–449.
2. Cunha R.F. Facial and dental injuries due to dog bite in a 15–month–old child with sequelae in permanent teeth: a case report / R.F. Cunha // Dent. Traumatol. – 2008. Vol. 24. P. 81-84.
3. Клюквин И.Ю. Лечение повреждений от укусов собак и кошек: опыт, возможности, проблемы / И.Ю. Клюквин, И.Ю. Мигулева, М.В. Звездина // Российский медицинский журнал. – 2005. № 3. С. 52-57.
4. Звездина М.В. Лечение укушенных повреждений конечностей: дисс…. докт. мед. наук / М.В. Звездина. – Москва. – 2012. 230 с.
5. Gomes C.M. Genital trauma due to animal bites / C.M. Gomes et al. // J. Urol. – 2000. Vol. 165. P. 80-83.
6. Курбанов У.А. Первичная реконструкция укушенных дефектов мягких тканей носа и верхнего века / У.А. Курбанов // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2005. № 3. С. 76-77.

7. Пшениснова Е.С. Результат реконструкции носа после укуса собаки / Е.С. Пшениснова // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2005. № 3. С. 106-107.

8. Лубенец А.Е. Черепно–мозговая травма у детей как фактор снижения качества жизни: дисс…канд. мед. наук: 14.01.11 / Лубенец Анна Евгеньевна. – Москва, 2012. 175 с.

9. Baj A. Amputation trauma of the face: surgical techniques and microsurgical replantations / A. Baj, G. Beltramini // Acta Otorhinolaryngol. Ital. – 2009. Vol. 29 (2). P. 92-96.

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭНДЕМИЧНОМ ПО ФТОРИДУ РЕГИОНЕ

К.м.н. Самаркина А.Н.[1], к.м.н., доцент Кондюрова Е.В.[1],

д.м.н., профессор Казарина Л.Н.[2]

[1]ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Медицинский институт, кафедра стоматологии, г. Саранск;

[2]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра пропедевтической стоматологии, г. Нижний Новгород

Введение. Флюороз представляет собой хорошо распространенное заболевание во всем мире, в том числе и в России. Учитывая тот факт, что заболевание начинается, как правило, в детском возрасте, особую актуальность данная проблема приобретает в этой возрастной группе.

В отдельных источниках встречаются данные о том, что в патогенезе флюороза зубов играет важную роль дисбаланс антиокислительной системы (АОС) защиты, который активирует процесс липидпероксидации и перекисного окисления внутриклеточных белков. В экспериментах показано, что фтор в высоких дозах индуцирует оксидативный стресс, повышает

уровни малонового диальдегида и снижает активность супероксиддисмутазы, каталазы.

Малые дозы фтора стимулируют иммунную систему. Но избыток фтора на некоторые звенья иммунитета влияет негативно. Влияние флюороза на местную резистентность ротовой жидкости, в частности, на содержание в слюне лизоцима и SIgA мало изучено. В проведенных ранее исследованиях о состоянии факторов неспецифической и специфической защиты в слюне и крови детей при хронической фтористой интоксикации. Было установлено существенное снижение опсонофагоцитарной реакции крови, уменьшение активности лизоцима слюны, а также иммуноглобулина А слюны и сыворотки крови по сравнению с таковыми показателями у детей без флюороза.

Целью исследования стало изучение факторов местного иммунитета полости рта (концентрацию SIgA и активность лизоцима) и показатели первичного метаболизма (концентрация малонового диальдегида МДА и активность каталазы) в ротовой жидкости у детей до лечения, через 1 месяц после лечения, 6, 9 и 12 лет с флюорозом зубов.

Таким образом, изучение вопросов, связанных с патогенезом и состоянием местного иммунитета полости рта является весьма актуальной задачей.

Цель работы: изучить факторы местного иммунитета полости и показатели первичного метаболизма в ротовой жидкости у детей 6, 9 и 12 лет с флюорозом зубов.

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедре стоматологии Медицинского института ФГБОУВО «МГУ им. Н.П. Огарёва» г. Саранска.

Перед началом исследования было проведено обследование, которое включало в себя стоматологический осмотр с целью диагностики клинической формы флюороза зубов и стоматологический осмотр с целью набора детей без стоматологической патологии для группы сравнения. Общее количество детей с флюорозом зубов составило 272 человека (6, 9, 12

лет). Следующим этапом было разделение детей внутри этих возрастных групп на 4 подгруппы по 20 человек (6, 9, 12 лет). В каждой возрастной группе была сформирована группа сравнения (60 человек), без флюороза зубов и с отсутствием кариеса (КПУ или КПУ+кп 0-1).

В ротовой жидкости всех участников исследования определяли уровни концентрации малонового диальдегида с помощью реакции с 2-тиобарбитуровой кислотой и секреторного иммуноглобулина класса А (SIgA), с помощью твердофазного варианта иммуноферментного анализа, а также активности лизоцима (фотонефелометрическим методом) и каталазы с помощью определения скорости утилизации перекиси водорода в реакционной смеси. В каждой возрастной категории одна подгруппа пациентов получали «Винибис», другая – гель «R.O.C.S. Medical Minerals», третья – комбинацию препарата «Винибис» и геля «R.O.C.S. Medical Minerals», четвертая – группа контроля с признаками флюороза зубов, которым только были проведены уроки гигиены полости рта.

Данные показатели изучали до начала лечения и через месяц после проведенного курса лечения.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на компьютере с использованием прикладных программ Microsoft Office Excel®. Статистическая значимость различий выборочных средних для независимых выборок, с нормальным распределением ожидаемых величин, определяли с помощью t-критерия Стьюдента и дисперсионного анализа с апостериорным тестом Даннетта. Для парных сравнений в данном случае был использован парный критерий Стьюдента и дисперсионный анализ повторных измерений.

Результаты. Общее количество детей с флюорозом зубов составило 272 человека. Исходно уровни МДА у детей разных возрастных групп с флюорозом зубов были выше, чем у детей того же возраста в группе сравнения. Все исследуемые варианты терапии существенно снижали уровни МДА в ротовой жидкости детей с флюорозом зубов всех представленных возрастных групп через месяц от начала наблюдения по отношению к

исходному уровню. Раздельное применение «Винибис» и геля у детей 6 лет через месяц наблюдения привело к одинаковой динамики концентрации МДА (снижение в обеих подгруппах 8,9%), а комбинированная терапия снизила уровень МДА на 34,36% (P<0,001). У детей 9 лет в тот же срок гель снизил концентрацию МДА сильнее, чем «Винибис» (на 19,77% и на 7,14%). Комбинированная терапия превзошла оба препарата по отдельности (снижение концентрации МДА 45,7%). У детей 12 лет эффекты терапии «Винибис» и гель «R.O.C.S. Medical Minerals» составили (9,92% и 10,38% соответственно). В группе комбинированной терапии через 1 месяц от начала терапии было отмечено снижение концентрации МДА более чем в 2 раза – на 56%. Комбинированная терапия у детей с флюорозом зубов всех возрастных групп уменьшала концентрацию МДА до уровней в группе сравнения (рис. 1).

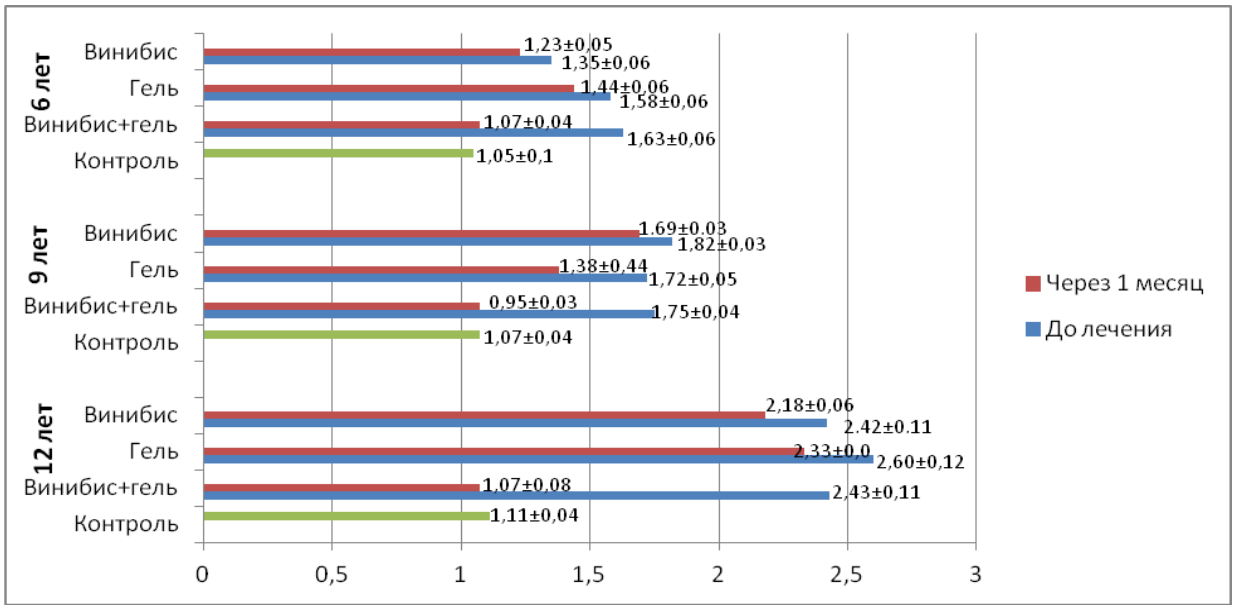


Рис. 1. Динамика концентрации МДА (мкМ/л) в ротовой жидкости у детей с флюорозом зубов.

Исходная активность каталазы у детей разных возрастных групп с флюорозом зубов были выше, чем у детей того же возраста без патологии полости рта. Все варианты терапии существенно повысили активность каталазы в данных возрастных группах через месяц от начала терапии для всех подгрупп к исходному уровню. У детей 6 лет, получавших «Винибис» в течение 1 месяца, исходная активность каталазы была ниже, чем таковая в

группе сравнения на 13,5%. Таким образом, терапия препаратом «Винибис» увеличила активность каталазы выше, чем в группе сравнения. В слюне пациентов 9 лет после монотерапии препаратами динамика показателя была практически равной (рост 19,3% в подгруппе «Винибис», 19,9% – подгруппе гель «R.O.C.S. Medical Minerals»). Комбинированная терапия через месяц наблюдения привела к росту активности каталазы на 37,25%. В слюне детей 12 лет, получавших «Винибис» в течение 1 месяца, исходная активность каталазы была ниже на 38,5%, чем в группе сравнения. После окончания курса терапии активность каталазы оказалась выше исходного уровня на 28,88%. Комбинированная терапия лидировала: через 1 месяц наблюдения рост активности каталазы зафиксирован на уровне 35,66%, что превзошло влияние на этот показатель одного «Винибис» ($P<0,05$) и геля ($P<0,001$) (рис. 2).

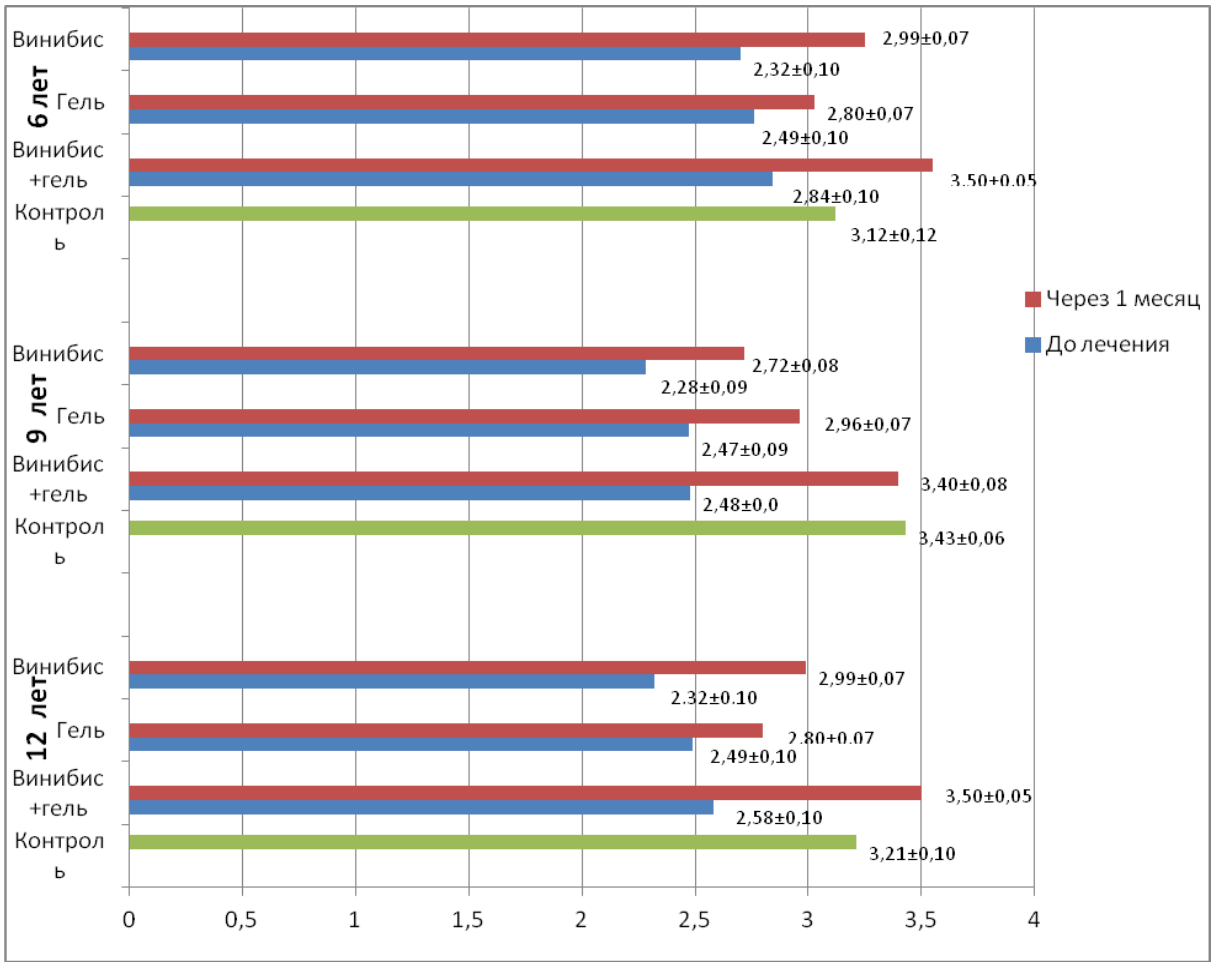


Рис. 2. Динамика активности каталазы в ротовой жидкости у детей с флюорозом зубов.

Динамика показателей специфической и неспецифической защиты в ротовой жидкости у детей с флюорозом зубов.

Исходная концентрация SIgA оказалась существенно ниже нижнего порога диапазона референтных величин (60–130 мг/л) – у детей с флюорозом во всех возрастных группах. Отклонение данного показателя было отмечено у детей 6 лет снижение в 2–3 раза, у детей 9 лет снижение до 2,4–3,4 раза, у детей 12 лет 1,5–1,7 раза. Все варианты терапии существенно увеличили данный показатель через месяц от начала лечения ($P<0,001$ для всех подгрупп к исходному уровню). Гель «R.O.C.S. Medical Minerals» превзошел «Винибис»: у детей 6 лет уровень SIgA вырос на 34% и 17,25% ($P<0,001$), у детей 9 лет 57,17% и 14,7% ($P<0,001$), у детей 12 лет 48,63% и 10,64% ($P<0,001$). Лучший результат показала комбинированная терапия – через месяц наблюдения этот вариант лечения привел к росту концентрации SIgA у детей 6 лет на 71,74%, что существенно превзошло таковой в подгруппах и «Винибис» ($P<0,001$), и геля ($P<0,001$). У детей 9 лет, получавших комбинированную терапию, рост данного показателя достиг 132,36%, и эта динамика также существенно превзошла эффект монотерапии: «Винибис» ($P<0,001$) и гель «R.O.C.S. Medical Minerals» ($P<0,001$). В возрастной группе 12 лет была отмечена схожая картина: комбинированная терапия привела к росту концентрации SIgA на 111,86% через месяц от начала терапии. Эта динамика изменения концентрации SIgA в этой подгруппе превосходила таковую в подгруппах пациентов 6 лет, принимавших и «Винибис» ($P<0,001$), и гель ($P<0,001$) (рис. 3).

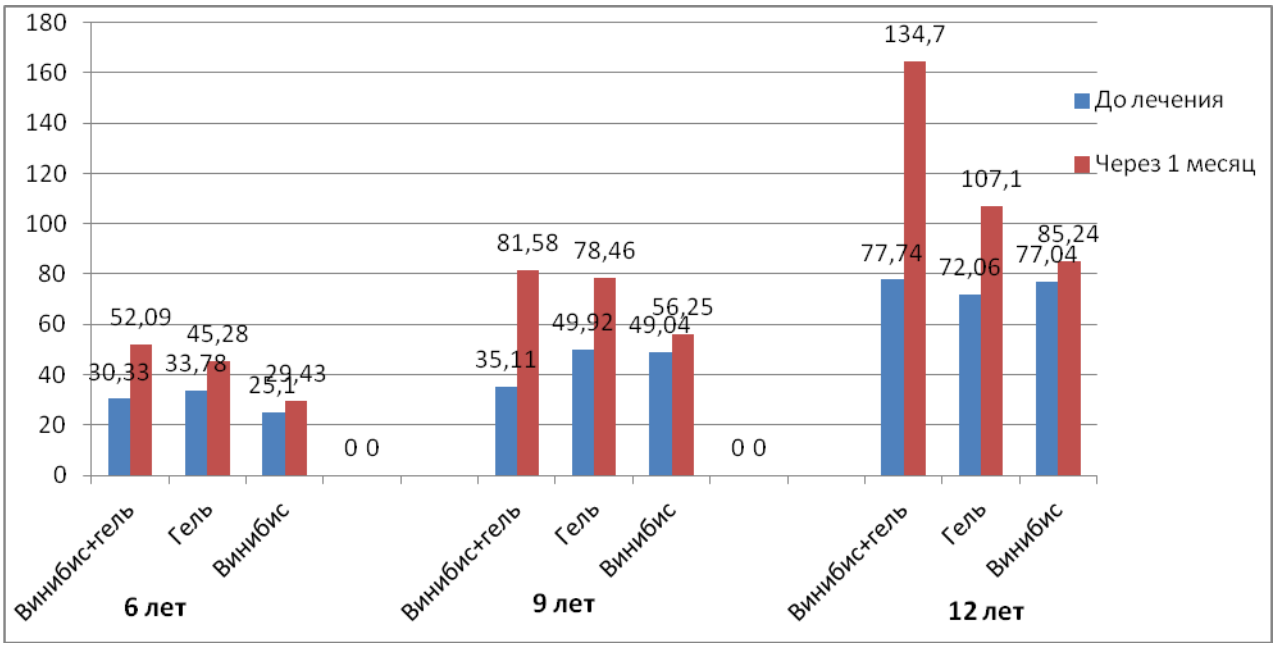


Рис. 3. Динамика концентрации SIgA (мг/л) в ротовой жидкости у детей с флюорозом зубов.

Исходный уровень активности лизоцима в слюне детей 6, 9 и 12 лет с флюорозом зубов также был снижен относительно нижней границы референтного интервала (32,8–50,2%) – на 32,16–38,8%; 29,73–33,23% и 16,31–34,88% в этих возрастных группах соответственно. Через 1 месяц после начала лечения все методы терапии существенно увеличили данный показатель по сравнению с исходным уровнем ($P<0,001$ для всех подгрупп). По влиянию на активность лизоцима гель оказался эффективнее «Винибис»: у детей 6 лет рост активности данного фактора по сравнению с исходным в группе геля составил 37,5%, в группе «Винибис» лишь 16,2% ($P<0,001$), у детей 9 лет рост составил 53,42% против 20,17% ($P<0,001$), у детей 12 лет 34,88% против 16,95% соответственно ($P<0,001$). Через 1 месяц наблюдения комбинированная терапия повысила активность лизоцима у детей 6 лет на 73,07% что превзошло таковую динамику в подгруппе «Винибис» ($P<0,001$) и геля ($P<0,001$), у детей 9 лет – рост данного показателя под воздействием комбинированной терапии достиг 71,3%, что оказалась существенно выше, чем подобная динамика в подгруппах пациентов 9 лет, принимавших «Винибис» ($P<0,001$) и принимавших гель ($P<0,05$). В группе 12 лет рост

активности лизоцима после применения комбинированного лечения был наиболее высоким – 79,23% через 1 месяц терапии и превосходило динамику данного показателя в этой возрастной группе и в подгруппе «Винибис», и в подгруппе гель «R.O.C.S. Medical Minerals» (P<0,001) (рис. 4).

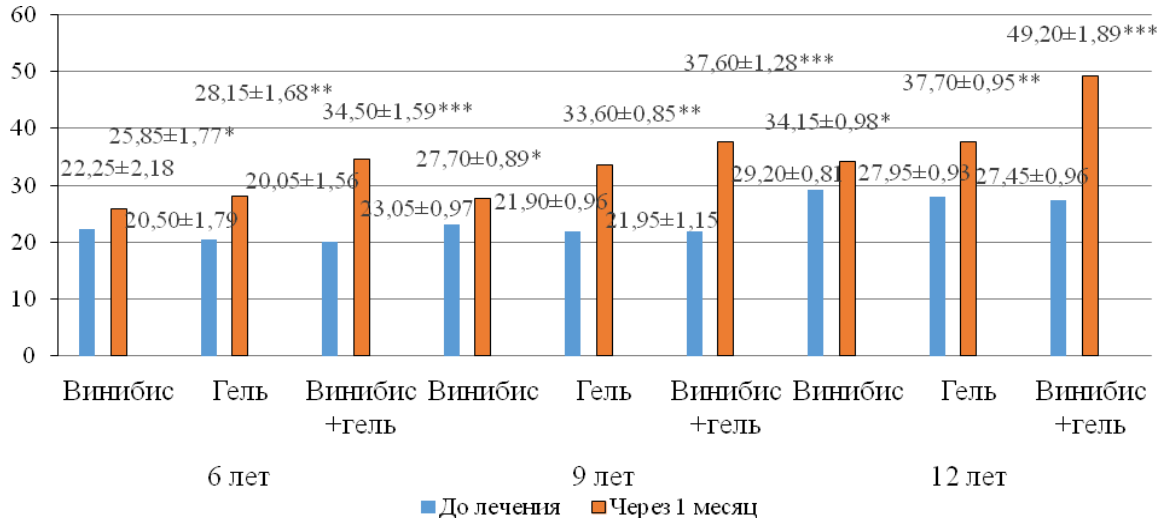


Рис. 4. Динамика активности лизоцима (%) в ротовой жидкости у детей с флюорозом зубов.

Выводы. Анализ динамики данных лабораторных исследований ротовой жидкости у детей с флюорозом зубов и получивших курс терапии препарата «Винибис», аппликаций гелем «R.O.C.S. Medical Minerals», а также лечение комбинацией этих средств, показывает, что все варианты терапии уменьшили интенсивность перекисного окисления липидов (снижение концентрации МДА) и увеличили активность антиоксидантной системы (повышение активности каталазы) через месяц наблюдения во всех возрастных категориях пациентов. Кроме того, эти средства увеличили концентрацию защитных компонентов слюны, таких как лизоцим (фактор неспецифической защиты) и SIgA (фактор специфической защиты) также у детей всех возрастных групп. Во всех группах пациентов отмечалась существенно более высокая эффективность сочетанного применения «Винибис» + гель «R.O.C.S. Medical Minerals», чем эффективность этих средств по отдельности.

Список литературы:

1. Показатели свободно-радикального окисления и иммунной защиты в слюне детей с флюорозом зубов / Л.Н. Казарина, О.О. Гущина, А.Н. Самаркина // Журнал Dentalforum. – 2015. № 3. С. 2-5.

2. Антонова А.А. Активность кариеса, показатели перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной защиты у детей Хабаровского края / А.А. Антонова, Е.Г. Рябцева, В.А. Рябкова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2006. № 2. С. 62-65.

3. Самаркина А.Н. «Медико-социальные аспекты лечения и профилактики флюороза зубов у детей, проживающих в эндемическом очаге»: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.14 / А.Н. Самаркина – Тверь, 2017. 23 с.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭНТРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Д.м.н., доцент Косюга С.Ю., Садовникова И.В., Воинова С.О., Буркова А.К., Мелкумова М.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста, г. Нижний Новгород

Введение. На сегодняшний день заболевания органов желудочно-кишечного тракта у детей и подростков часто регистрируются на всей территории Российской Федерации, независимо от региона. По данным за 2015 год, распространенность патологии данной группы превышает 100 случаев на 1000 детей. При этом пик активности проявления заболеваний приходится на критические периоды развития детского организма: 5–6 лет и 9–12 лет. Данный факт объясняется наиболее интенсивными морфофункциональными изменениями организма ребенка, связанными с иррегулярными процессами роста и формирования отдельных органов и систем [5].

В последние годы в научной литературе были подробно изучены особенности патологии пищеварительной системы у детей: только у 30,3% детей функциональные нарушения с возрастом проходят бесследно, зачастую же они переходят в хронические и непрерывно рецидивирующие, а также отмечается тенденция к сочетанной патологии органов пищеварительной системы [4]. Отмечается от 70,2% до 88,7% случаев сочетанной гастроэнтерологической патологии в детском возрасте [3]. При этом ведущим диагнозом у подавляющего большинства обследованных (89,3% детей подросткового возраста) был гастродуоденит [5].

Ранним маркером существующих заболеваний в организме является слизистая оболочка рта. С одной стороны, СОР – это область рефлекторного отражения патологии внутренних органов, с другой – СОР имеет собственные рецепторы, оказывающие существенное влияние на регуляцию моторной и секреторной функций ЖКТ [2]. Причиной этого служит анатомо-физиологическая взаимосвязь органов пищеварительной системы между собой [1]. Отмечается, что у 75% пациентов, имеющих патологию СОР, обнаружены заболевания органов пищеварительной системы [6].

Однако, частота патологии СОР у пациентов детского возраста на фоне имеющихся заболеваний ЖКТ, по данным Калиниченко Ю.А., составляет 74% против 23,6% патологии СОР у детей без нарушений со стороны органов пищеварения. При этом структура патологии СОР и корреляционная взаимосвязь с заболеваниями ЖКТ остаются неизученными до сих пор.

Целью исследования является изучение распространенности заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ у детей, имеющих патологию желудочно-кишечного тракта и выявление особенностей проявлений заболеваний пищеварительной системы на СОР и ККГ.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проведено клиническое стоматологическое обследование и анализ историй болезни 99 человек обоих полов в возрасте от 0 до 17 лет, имеющих патологию ЖКТ, на базе отделения гастроэнтерологии детской городской

клинической больницы № 27 «Айболит» г. Нижнего Новгорода. Все манипуляции проводились после подписания родителями информированного согласия. Количество обследованных мальчиков составило 51,5%, девочек – 48,5%. Среди них представителей дошкольного возраста (0–7 лет) – 21,2%, младшего школьного возраста (7–10 лет) – 16,2%, препубертатного возраста (11–13 лет) – 31,3% и пубертатного возраста (14–17 лет) – 31,3% (рис. 1).

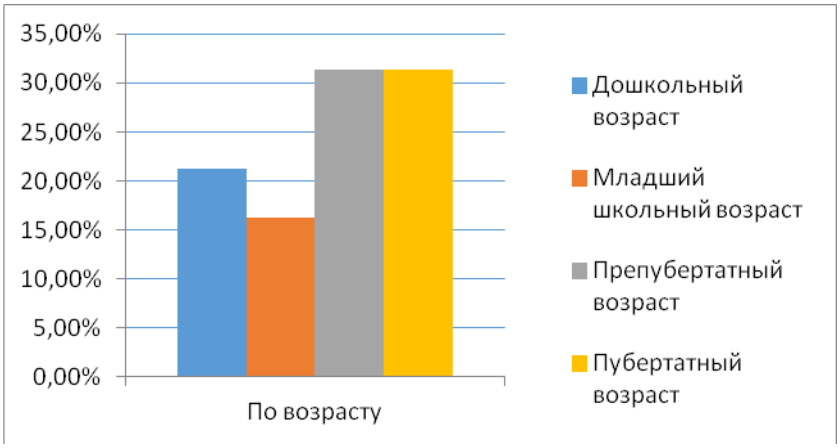


Рис. 1. Распределение обследованных пациентов по возрасту.

Клиническое стоматологическое обследование включало в себя осмотр полости рта с целью оценки состояния СОР и ККГ у детей.

В условиях стационара детям было проведено комплексное обследование, которое включало: фиброгастродуоденоскопию, УЗИ органов брюшной полости, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови.

Результаты исследования и обсуждение. В ходе проведенного исследования нами были получены следующие результаты. Среди всех нозологий доминировал хронический гастродуоденит. Всего с таким диагнозом было обследовано 72,2% детей всех возрастов. При этом наиболее часто хронический гастродуоденит сочетался с изменениями в желчном пузыре – 30,3% случаев и поджелудочной железе – 23,2% случаев.

Некоторые различия отмечались в возрастном аспекте. Так, хронический гастродуоденит встречается у 47,6% пациентов дошкольного возраста, у 75% пациентов младшего школьного возраста, у 87,1% пациентов препубертатного периода и 74,2% пациентов пубертатного возраста.

Результаты проведенного стоматологического осмотра свидетельствуют о высокой частоте встречаемости патологии СОР и ККГ у детей, имеющих заболевания ЖКТ (отмечались в среднем в 47,6% случаев). У пациентов дошкольного возраста этот показатель составил 38,1%, у пациентов младшего школьного возраста – 43,7%, в препубертатном периоде патологию СОР и ККГ имели 54,8% обследованных детей, а в пубертатном – 51,6% пациентов.

Структура патологии СОР и ККГ у детей неоднородна. Наиболее распространенными заболеваниями во всех возрастных группах являются хейлиты (эксфолиативный и метеорологический) – 30,3%, второе место занимает рецидивирующий афтозный стоматит – 9,1%, остальные нозологии имеют значительно меньшую встречаемость: лейкоплакия Пашкова – 3,1% случаев, хроническая травма СОР – 3,1%, десквамативный глоссит, герпетические поражения губ и заеда в углах рта – по 1% (рис. 2).

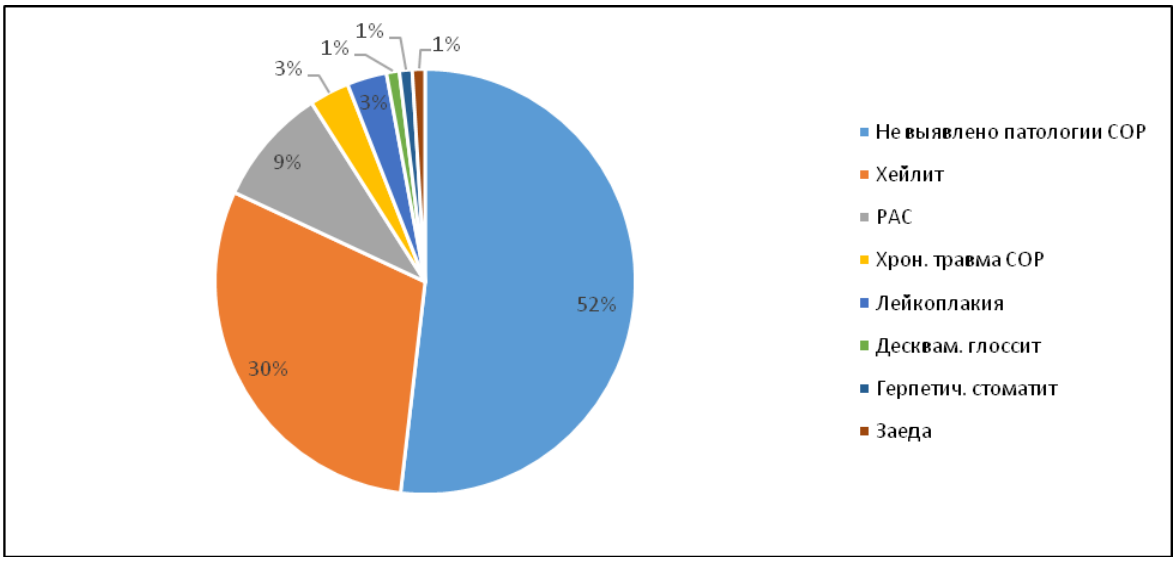


Рис. 2. Общая структура патологии СОР и ККГ у детей.

В ходе проведенного исследования нами были отмечены некоторые различия в структуре патологии СОР и ККГ у детей разных возрастных групп. Так, наиболее распространенным заболеванием в группе лиц дошкольного возраста отмечался хейлит – 14,3% случаев, рецидивирующий афтозный стоматит – 9,5%. Среди пациентов младшего школьного возраста

наиболее распространенными заболеваниями были хейлит – 31,3% и рецидивирующий афтозный стоматит – 12,5% случаев.

Препубертатный период: хейлит отмечался у 35,5% осмотренных детей, рецидивирующий афтозный стоматит – у 6,5% пациентов.

Среди лиц пубертатного периода подавляющее большинство заболеваний СОР и ККГ также принадлежало хейлитам – 35,5%, второе место – рецидивирующий афтозный стоматит – 9,7%.

Полученные данные проведенного обследования свидетельствуют о высокой распространенности сочетанных заболеваний ЖКТ у детей всех возрастов. Выявлено, что большинство данных заболеваний имеют проявления на СОР и ККГ. Вне зависимости от возрастного аспекта, наиболее распространенными патологиями стали хейлиты и рецидивирующий афтозный стоматит.

Анализируя сведения, полученные при клиническом стоматологическом осмотре, и имеющуюся сочетанную патологию ЖКТ, нами были сделаны выводы об особенностях проявления отдельных заболеваний ЖКТ на СОР и ККГ у детей. Хейлиты наиболее часто проявлялись у пациентов, имеющих диагноз хронический гастродуоденит без признаков атрофии с дисфункцией билиарного тракта на фоне перегиба желчного пузыря. Рецидивирующий афтозный стоматит являлся отражением хронического гастродуоденита, который подтверждался данными ФГДС: эритематозно-экссудативный пангастрит с геморрагическими эрозиями в разных отделах желудка, дуоденогастральный рефлюкс.

Заключение. Анализ данных проведенного обследования детей разных возрастных групп позволил выявить прямую взаимосвязь патологии желудочно-кишечного тракта и ее проявлений на слизистой оболочке рта и красной каймы губ, что говорит о важности и необходимости тесного сотрудничества врачей-гастроэнтерологов с врачами-стоматологами в клинической практике. Наибольшую распространенность, независимо от возраста, получили такие заболевания, как хейлиты и рецидивирующий

афтозный стоматит. Таким образом, при выявлении патологии слизистой оболочки рта и красной каймы губ, врач-стоматолог обязан направить пациента на дополнительное обследование желудочно-кишечного тракта. В свою очередь, врачу-гастроэнтерологу следует рекомендовать пациенту с патологией желудочно-кишечного тракта обращаться за специализированной помощью к стоматологу и встать на диспансерный учет. Подобное взаимодействие врачей смежных специальностей позволит выявлять заболевания желудочно-кишечного тракта на ранних стадиях, а также проводить эффективную профилактику и лечение патологий слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

Список литературы:

1. Аветисян А.О. Диагностика патологии желудочно-кишечного тракта по состоянию слизистой оболочки полости рта / А.О. Аветисян // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2017. № 1 (6). С. 420-423.
2. Бабий И.Л. Аллергические поражения и изменения слизистой оболочки полости рта при различных заболеваниях органов и систем у детей. Часть III / И.Л. Бабий, Е.А. Калашникова // Здоровье ребенка. – 2010. № 2 (23). С. 97-99.
3. Воронин П.А. Стоматологический статус детей подросткового возраста с гастродуоденальной патологиейхеликобактерного генеза / П.А. Воронин // Детская гастроэнтерология. – 2010. № 7. С. 93-95.
4. Генералова Е.В. Особенности психоэмоционального статуса детей с хронической патологией гастродуоденальной зоны / Е.В. Генералова // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2015. № 6-2. С. 137-140.
5. Калиниченко Ю.А. Особенности лечения несъемной аппаратурой подростков с зубочелюстными аномалиями и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта / Ю.А. Калиниченко, Т.А. Сиротченко, К.А. Колесник // Таврический медико-биологический вестник. – 2015. Т. 18. № 4 (72). С. 31-33.
6. Toljamo S. Histopathology of gastric erosions. Association with etiological factors and chronicity / S. Toljamo, A.L. Niemelä// Helicobacter. – 2011. № 16 (6). P. 444-451.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У УЧАЩИХСЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Д.м.н., доцент Косюга С.Ю., Кривулина Г.В., Головина И.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста, г. Нижний Новгород

Актуальность. Профилактика стоматологических заболеваний и сохранение здоровья детского населения – важная задача современного стоматологического сообщества. Высокая распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов у школьников является актуальной стоматологической проблемой. Отсутствие своевременного лечения кариозных поражений у детей приводит к возникновению хронических очагов одонтогенной инфекции, способствует развитию болезней желудочно-кишечного тракта, очагово-обусловленных заболеваний и общей сенсибилизации организма. Распространенность кариеса среди детского населения в различных регионах нашей страны по данным разных авторов колеблется от 27,9% до 92,8% [3, 4, 5].

В Нижнем Новгороде распространенность кариеса зубов у детей и подростков 12-ти и 15-ти лет достаточно высока (от 54% до 94%), как и интенсивность кариеса, которая у 12-летних детей по индексу КПУ(з) составляет от 3,5 до 4,4 в зависимости от района проживания [1, 2, 7]. К сожалению, не все школьники охвачены профилактическими стоматологическими мероприятиями, и заболевания полости рта у детей остаются на ведущих позициях. Одним из решений данной проблемы может быть организованная профилактическая работа в условиях школьного стоматологического кабинета.

Цель работы: оценить эффективность профилактических мероприятий, осуществляемых в условиях школьного стоматологического кабинета у детей к окончанию начальных классов.

Материалы и методы. На базе школьного стоматологического кабинета для учащихся первых классов (школа № 176 Канавинский район г. Н. Новгород) ежегодно, в течение 4-х лет (с 1 по 4 класс) проводили уроки здоровья. Школьников обучали гигиене полости рта, знакомили с информацией о вредных и полезных для зубов продуктах, о важности гигиены полости рта и ежегодных осмотров у детского стоматолога. При наличии информированного добровольного согласия родителей проводили стоматологические осмотры младших школьников. В ходе осмотров определяли распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов по индексу КПУ(з), гигиеническое состояние полости рта при помощи упрощенного индекса гигиены ИГР-У (OHI-S, J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964). Результаты исследования заносили в амбулаторные карты стоматологического больного (форма 043/у). Каждый ребёнок обучался чистке зубов на модели, всем проводилась профессиональная гигиена полости рта, реминерализирующая терапия постоянных зубов в виде аппликаций «Белагель Ca/P» с последующими аппликациями фторлака «Белак F», или «Глуфторед». Родители каждого осмотренного школьника информировались обо всех стоматологических проблемах и получали индивидуальную программу лечебно-профилактических мероприятий для своего ребёнка.

В данном стоматологическом обследовании участвовали 56 детей, которых осматривали дважды в каждом учебном году. Школьников разделили на 2 группы: 1-ая группа – «Постоянные пациенты» – 31 ребенок, дети этой группы ежегодно и регулярно получали весь комплекс вышеуказанных профилактических мероприятий. Вторая группа – группа сравнения «Пришедшие пациенты» – 25 человек. В нее вошли дети, которые по разным причинам впервые были осмотрены только в 4 классе (перевод из

другой школы, отсутствие информированного согласия родителей, отсутствие в школе на момент осмотра и т. д.) Через год, когда дети учились в 5 классе, их вновь приглашали на осмотр, определяли те же показатели, отмечали прирост кариеса за год и количество зубов, нуждающихся в лечении по поводу кариеса и его осложнений на одного пациента. С целью выявления уровня стоматологической культуры проводили опрос пятиклассников по двум вопросам: 1. Сколько раз в день ты чистишь зубы 2. Что ты почувствовал, когда тебя внезапно пригласили на осмотр к стоматологу?

Результаты исследования. Исходная распространенность кариеса у четвероклассников в обеих группах почти не различалась (68% и 72%). Но через год у пятиклассников из группы «Постоянные пациенты» этот показатель незначительно увеличился – на 3%, а в группе детей «Пришедшие пациенты» возрос на 16%. Таким образом, распространенность кариеса у пятиклассников в 1 группе составила 71%, во 2 группе – 88%. Интенсивность кариеса (КПУ(з)) у ребят группы «Постоянные пациенты» в четвертом и пятом классах составила соответственно 1,45 и 1,71; у детей группы «Пришедшие пациенты» 2,24 в четвертом классе и 2,8 в пятом классе. Таким образом, прирост интенсивности кариеса по индексу КПУ(з) в группе «Постоянные пациенты» был в 2 раза ниже (0,26), чем в группе «Пришедшие пациенты» (0,56). При осмотре детей в 5 классе из группы «Постоянные пациенты» нуждалось в лечении, в среднем, 0,5 зуба у ребенка, а у детей группы «Пришедшие пациенты», в среднем, – 1,5 зуба, т. е. в 3 раза больше.

Для оценки уровня гигиенического воспитания был задан вопрос «Сколько раз в день ты чистишь зубы?». Ответы на вопрос распределились следующим образом: в группе «Постоянные пациенты» 12 детей (38,7%) чистят зубы 2 раза в день, 7 человек (22,6%) – 1–2 раза в день, 9 учащихся (29,1%) – 1 раз в день, 2 школьника (6,4%) – нерегулярно чистят зубы, 1 ребенок (3,2%) – не чистит зубы. В группе «Пришедшие пациенты» 8 школьников (32%) чистят зубы 2 раза в день, 4 человека (16%) – 1–2 раза в

день, 5 учащихся (20%) – 1 раз в день, 7 детей (28%) – нерегулярно чистят зубы, 1 ребенок (4%) – не чистит зубы. В обеих обследуемых группах есть дети, которые ответственно относятся к гигиене полости рта и чистят зубы 2 раза в день. Однако 9,6% пятиклассников группы «Постоянные пациенты» не выполняют элементарных требований по гигиене полости рта, хотя ежегодно, начиная с первого класса, получают гигиеническое стоматологическое просвещение. В группе «Пришедшие пациенты» 32% детей к пятому классу не выполняют требований по гигиене полости рта, что в 3,5 раза больше, чем в группе «Постоянные пациенты».

Гигиеническое состояние полости рта по индексу Грин-Вермиллиона, колебалось в пределах удовлетворительных и неудовлетворительных значений: у школьников группы «Постоянные пациенты» от 1,55 (четвёртый класс) до 1,30 (пятый класс). В четвертом классе количество детей с хорошим уровнем гигиены составило 2 человека (6,45%), удовлетворительным – 15 учащихся (48,39%), неудовлетворительным – 14 школьников (45,16%). В пятом классе количество детей с хорошим уровнем гигиены составило 8 человек (25,8%), удовлетворительным – 16 школьников (51,6%), неудовлетворительным – 7 учащихся (22,6%). Дети из группы «Пришедшие пациенты» имели среднее значение ИГР-У от 2,3 в четвертом классе до 1,6 в пятом классе. В четвертом классе детей с хорошим уровнем гигиены зарегистрировано не было, удовлетворительный уровень гигиены отмечался у 5 школьников (20%), неудовлетворительный у 20 учащихся (80%). В пятом классе дети группы «Пришедшие пациенты» по значениям ИГР-У распределились следующим образом: с хорошим уровнем гигиены – 1 ребенок (4%), удовлетворительным – 12 школьников (48%), неудовлетворительным – 12 учащихся (48%). Таким образом, показатель индивидуальной гигиены у детей группы «Постоянные пациенты» в четвертом классе, в среднем, был удовлетворительным, через год (в пятом классе) немного изменился в лучшую сторону (на 0,15), но остался на удовлетворительном уровне. У детей группы «Пришедшие пациенты» в

четвертом классе показатель уровня гигиены, в среднем, был неудовлетворительным, но за год (в пятом классе) гигиена улучшилась на 30%. Однако гигиена полости рта у пятиклассников этой группы была несколько хуже, чем в группе «Постоянные пациенты». Это свидетельствует о том, что дети, которым впервые рассказали о правильном уходе за полостью рта в четвертом классе, восприняли информацию и смогли применить новые знания и умения на практике в этом возрасте.

Чтобы выявить доминирующую эмоцию ребенка при неожиданном приглашении к стоматологу и прогнозировать коммуникацию пациента с доктором при планировании санации полости рта мы задавали вопрос: «Что ты почувствовал, когда тебя позвали на осмотр к стоматологу?». Ответы пятиклассников распределились следующим образом: в группе «Постоянные пациенты» 4 ребенка (12,9%) испытали радость от встречи со стоматологом, 10 ребят (32,3%) – радость от возможности пропустить урок, 9 человек (29%) – испытывают безразличие («надо, так надо»), 7 учащихся (22,6%) – легкое беспокойство («что-то найдут»), 1 ребенок (3,2%) – негативное отношение, страх боли. Таким образом, 74,2% школьников положительно или снисходительно относятся к встрече со стоматологом, а 25,8% испытывают негативные эмоции. В группе «Пришедшие пациенты» 3 ребенка (12%) испытали радость от встречи со стоматологом, 6 ребят (24%) – радость от возможности пропустить урок, 9 учащихся (36%) – испытывают безразличие («надо, так надо»), 3 школьника (12%) – легкое беспокойство («что-то найдут»), 4 человека (16%) – негативное отношение, страх боли. В данной группе 72% пятиклассников положительно или нейтрально относятся к осмотрам стоматолога, 28% негативно и с опасением. Во второй группе негативные эмоции при вызове к стоматологу имеет большее количество детей, чем в первой группе. Это говорит о том, что систематичные ежегодные контакты ребенка со стоматологом позволяют снизить негативные эмоции и развить привычку регулярного посещения стоматологического кабинета.

Заключение. При регулярном ежегодном проведении профилактических мероприятий включающих уроки здоровья, обучение гигиене, стоматологическое просвещение, профессиональную гигиену и реминерализирующую терапию у детей начальных классов снижается распространенность и интенсивность кариеса, уменьшается прирост интенсивности кариеса, повышается уровень гигиенического воспитания и коммуникативной готовности к сотрудничеству со стоматологом. Для снижения заболеваемости кариесом и повышения уровня стоматологического воспитания детей в организованных школьных коллективах необходимо наличие функционирующих стоматологических кабинетов в каждой школе.

Список литературы:

1. Косюга С.Ю., Богомолова Е.С., Кривулина Г.В., Аргутина А.С., Балабина Т.С., Беляков С.А. Сравнительный анализ стоматологической заболеваемости детского населения 12- и 15-летнего возраста, проживающих в Нижнем Новгороде, за период с 1991 по 2013 год. Медицинский альманах. 2015. № 3 (38) сентябрь.
2. Косюга С.Ю., Балабина Т.С., Беляков С.А. Анализ уровня стоматологического здоровья и стоматологического просвещения среди 6 и 12 летних школьников // Современные проблемы науки и образования. – 2015. № 3.
3. Аванесян Р.А., Исенов К.С. Стоматологическое здоровье школьников и социальные факторы его улучшения // Социология медицины. – 2015. № 1. С. 41-45.
4. Сабанов В.И., Романчук Е.В. Эпидемиологические показатели кариеса среди первоклассников и стоматологическая информированность их родителей. // Педиатр. – 2011. Т. 2. № 2. С. 68-73.
5. Ибрагимова К.Х., Король Л.У. Эпидемиологическая оценка состояния полости рта у школьников младших классов г. Талгар // Вестник КазНМУ. – 2015. № 1. С. 465-467.
6. Косюга С.Ю. Особенности профилактики стоматологических заболеваний у детей в зависимости от эколого-гигиенической ситуации крупного промышленного города. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. 2009.
7. Чупрунова И.Н., Кривулина Г.В., Пятова Е.Д. Заболеваемость зубов кариесом у школьников г. Нижнего Новгорода Dental Forum, – 2009. № 4. С. 47.

ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА И УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ

Д.м.н., доцент Косюга С.Ю., к.м.н. Лекомцева О.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста, г. Нижний Новгород

Введение. По данным отечественных и зарубежных исследований с 12 лет у подростков наблюдается увеличение распространенности кариеса постоянных зубов и заболеваний пародонта [1, 2]. Неудовлетворительное гигиеническое состояние ротовой полости у детей является определяющим фактором в развитии основных стоматологических заболеваний. Качественный уход за полостью рта определяется не только своевременностью приучения к гигиеническим процедурам, но и техникой индивидуальной гигиены, кратностью чистки зубов, правильностью выбора предметов и средств гигиены в соответствии с возрастом ребенка [3], своевременной их заменой на новые и рациональным сочетанием индивидуальной гигиены дома с профессиональными гигиеническими процедурами в кабинете у врача-стоматолога [4]. Обычно родители контролируют гигиену полости рта своего ребенка больше в дошкольном возрасте [5, 6], а по мере взросления дети самостоятельно ухаживают за полостью рта. Выбор предмета и средства гигиены полости рта чаще определяется красочной упаковкой, вкусовыми предпочтениями или ценой, а не индивидуальным состоянием стоматологического здоровья школьника. Поэтому важна роль врача-стоматолога в своевременном формировании навыков и постоянном контроле по уходу за полостью рта ребенка, также коррекции выбора гигиенических предметов и средств с учетом возрастных особенностей [7].

Цель исследования – изучить уровень гигиенического состояния полости рта старшеклассников и их знаний по уходу за полостью рта и выбору предметов и средств гигиены.

Материалы и методы. На базе стоматологического кабинета школы № 176 города Нижнего Новгорода было проведено обследование 71 школьника в возрасте 14 лет: 31 девочка (44%) и 40 мальчиков (56%) с информированного согласия родителей. После этого подростки прошли анкетирование, куда входили вопросы на знание предметов и средств гигиены полости рта для данной возрастной категории и частоту их использования. В день обследования проводился осмотр полости рта всех старшеклассников с оценкой гигиенического состояния, обучение стандартному методу чистки зубов на моделях. Составлялся план лечебно-профилактических мероприятий для каждого школьника, где были рекомендованы консультации дополнительных специалистов, в том числе врача-ортодонта, предметы и средства гигиены полости рта для индивидуальной гигиены подростков, проведено обучение стандартному методу чистки зубов на моделях и назначена эндогенная лекарственная профилактика (поливитаминные комплексы, препараты кальция, иммуномодуляторы). Обследованные дети были разделены на 2 группы: профилактическая группа (38 человек), где после обследования проводилась профессиональная гигиена полости рта с использованием щетки и пасты «Полидент» без фтора и обработка всех зубов препаратом глубокого фторирования «Глуфторед» (фирма «ВладМиВа», Россия), и контрольная группа (33 человека), где лечебно-профилактические мероприятия не осуществлялись. Сроки наблюдения и проведения лечебно-профилактических мероприятий основных стоматологических заболеваний составили три месяца. Стоматологическое просвещение всех детей нами осуществлялось два раза в месяц в течение трех месяцев. Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась методами

вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (Statsoft Inc., USA).

Результаты. При проведении данного обследования был сделан акцент на гигиеническое состояние полости рта и уровень знаний по уходу за полостью рта у подростков. Анализ данных анкетирования выявил достаточно низкий уровень гигиенических знаний по уходу за полостью рта у опрошенных детей. Так мануальной щеткой пользуются в 1 группе – 89% обследованных детей, электрической – 11%, а во 2 группе – мануальная щетка у 91%, электрическая – у 9%. При этом в 1 группе мягкую по жесткости щетку выбирают 9%, щетку средней жесткости – 55%, жесткую щетку – 9%, не знают про уровень жесткости своей щетки – 27% (рис. 1).

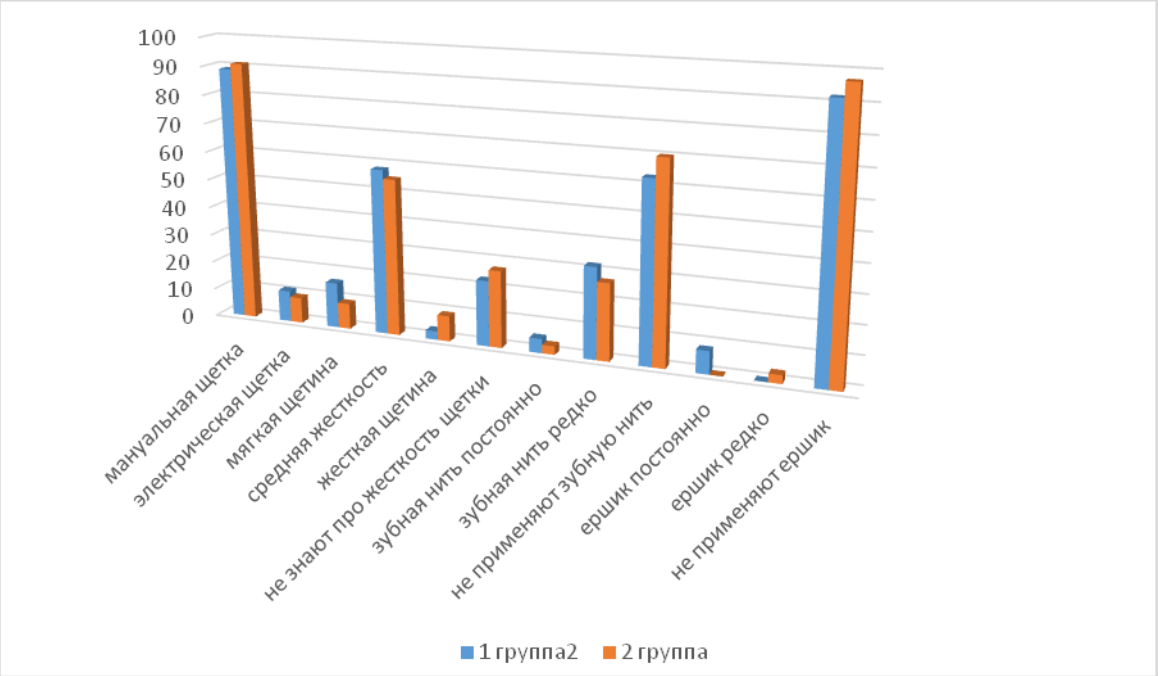


Рис. 1. Выбор и частота применения предметов гигиены полости рта подростками в профилактической и контрольной группах.

Во 2 группе мягкая щетка у 16%, средней жесткости у 58%, жесткая – у 3%, не знают – 23%. Зубную нить используют ежедневно в 1 группе – 5%, редко – 32%, не используют данный гигиенический предмет – 63%, а во 2 группе ежедневно – 3%, редко – 27%, не применяют – 70%. Зубной ершик

используют при уходе за полостью рта в 1 группе: постоянно – 8%, редко – 0%, не пользуются – 92%, во 2 группе: постоянно – 0%, редко – 3%, нет – 97% (рис. 1).

Ополаскиватель для полости рта применяют в 1 группе: часто – 21% школьников, редко – 29%, не используют данное гигиеническое средство – 50%, во 2 группе: постоянно – 10%, редко – 45%, нет применения – 45%. Пенку для полости рта подростки 1 группы применяют часто – 3%, редко – 5%, не используют данное гигиеническое средство – 92%, во 2 группе часто – 3%, редко – 15%, нет применения – 82% (рис. 2).

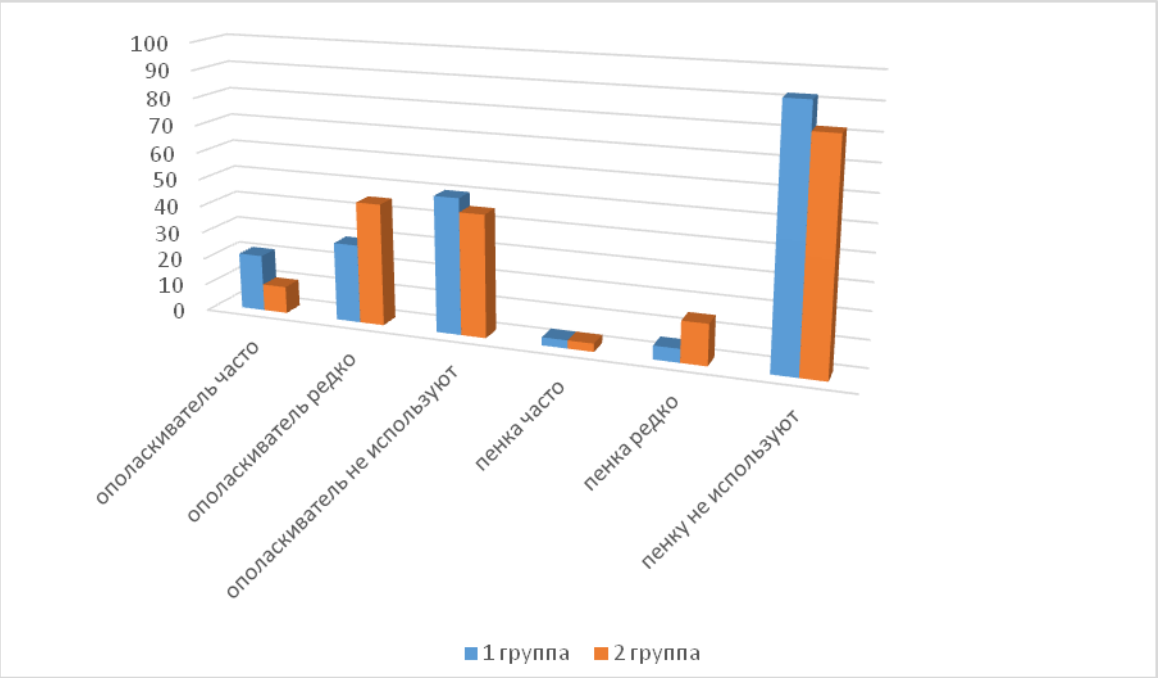


Рис. 2. Выбор и частота применения средств гигиены полости рта подростками в профилактической и контрольной группах.

Индивидуальная гигиена полости осуществляется детьми в возрасте 14 лет следующим образом: в 1 группе 2 раза в день чистят зубы 48% старшеклассников, 1 раз в день – 34%, осуществляют гигиену нерегулярно – 10%, чистят зубы после каждого приема пищи – 8% обследованных. Во 2 группе соответственно 2 раза в день – 64%, 1 раз в день – 30% и 6% подростков чистят зубы после каждой еды. Со слов обследованных детей

1 группы чистить зубы их научили родственники – 50%, врач-стоматолог – 13%, сами научились – 16% и не помнят, кто их обучал гигиене полости рта – 21%. Во 2 группе члены семьи обучали – 52%, стоматолог – 6%, самостоятельное получение гигиенического навыка по уходу за полостью рта – 24%, не помнят – 18%.

При оценке гигиены полости рта по гигиеническому индексу Грин – Вермиллиона у старшеклассников при первом обследовании были следующие результаты: в 1 группе ИГР-У–1,36±0,08, во 2 группе ИГР-У – 1,57±0,12, что в обеих группах соответствует удовлетворительному уровню гигиены. Через три месяца результаты гигиенических индексов в группах обследования изменились: в профилактической группе ИГР-У составил 1,11±0,07, в контрольной группе ИГРУ – 1,25±0,09, что говорит о хорошем уровне гигиены полости рта в обеих группах. Данные индекса эффективности гигиены полости рта PHP до проведения лечебно-профилактических мероприятий и стоматологического просвещения у детей 14 лет в 1 группе – 1,90±0,17, во 2 – 2,62±0,21, что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены полости рта в обеих группах. Однако, при повторном обследовании в 1 группе индекс PHP снизился до показателя удовлетворительного уровень гигиены (1,63±0,13), а во 2 группе индекс PHP уменьшился незначительно и остался на неудовлетворительном уровне (1,92±0,16).

Заключение. При анализе ответов старшеклассников на вопросы анкеты о предметах гигиены для полости рта было выявлено, что каждый четвертый ребенок 14 лет в обеих группах обследования не знает какая жесткость у его зубной щетки, каждый второй не использует зубную нить при уходе за полостью рта и более 92% обследованных детей не знают и не используют зубной ершик.

По данным анкетирования про гигиенические средства по уходу за полостью рта отмечено, что каждый второй школьник старших классов не использует ополаскиватель для полости рта, более 80% обследованных детей

в обеих группах не знают и никогда не применяли гигиеническую пенку для полости рта.

Со слов обследованных детей каждый второй ребенок в 1 и 2 группах приобрел гигиенические навыки по уходу за полостью рта в кругу семьи и менее 13% школьников обучались стандартному методу чистки зубов профессионально врачом-стоматологом. При этом только половина из обследованных старшеклассников чистит зубы ежедневно дважды в день утром после завтрака и вечером перед сном. Данные результаты анкетирования подтверждают важность семьи в формировании гигиенических навыков по уходу за полостью рта у детей и свидетельствуют о низком уровне стоматологического просвещения у подростков.

При проведении исследования выявлено статистически достоверное улучшение гигиенических показателей среди обследованных 14-летних школьников, как в профилактической, так и в контрольной группах в 1,2 раза, что подтверждает важность стоматологического просвещения и периодических диспансерных осмотров у врача-стоматолога подростков данного возраста.

Список литературы:

1. Ларенцова Л.И. Особенности санации полости рта старших школьников на фоне медикаментозной подготовки. // Российский стоматологический журнал. – 2013. № 3. С. 39-41.

2. Леус П.А. Пилотный проект: «Оптимизация системы стоматологической помощи детскому населению». // Вестник стоматологии. – 2010. № 2 (71). С. 141-146.

3. Михайлова Т.В., Михайлов В.В. Уровень гигиенических знаний школьников Крыма по уходу за полостью рта. // Наука и современность. – 2015. № 38. С. 58-64.

4. Литвина И.Ю., Литвина Т.И., Антонова А.А. Особенности обучения гигиене полости рта детей с разным уровнем социальной адаптации в обществе. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. № 4. С. 53-55.

5. Лосик И.М. Оценка уровня санитарных знаний родителей по уходу за полостью рта детей дошкольного возраста. // Современная стоматология. – 2018. № 1 (70). С. 76-79.

6. Колесова О.В., Косюга С.Ю., Балабина Т.С., Володяшкина М.А. и др. Применение препарата «Аргенат» для лечения кариеса временных зубов у детей в возрасте двух-шести лет. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. Т. 7. № 1. С. 301-303.

7. Гаврилова О.А., Хохлова А.С., Федотова Е.Н., Яганов А.А., Ратникова Ю.Е. Анализ факторов риска формирования стоматологических заболеваний при лечении зубочелюстных деформаций. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. Т. 3. № 3. С. 603.

РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ЛЕЧЕНИИ HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

К.м.н. Варванина С.Э., д.м.н., доцент Косюга С.Ю.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста, г. Нижний Новгород

Актуальность. Полость рта является начальным отделом желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), и гастродуаденальные заболевания часто сопровождаются изменениями в состоянии микробного ландшафта как в ЖКТ, так и ротовой полости [3]. В России количество носителей Helicobacter pylori (H. pylori) достигает 70% населения, и подавляющее большинство из них страдает какими-либо заболеваниями ЖКТ [2]. Вторичным резервуаром H. pylori является полость рта. H. pylori был выявлен в слюне, мягком зубном налете, зубной бляшке, содержимом пародонтальных карманов, язвенных поражениях СОПР, гнойном отделяемом, на зубных ортопедических конструкциях. Отмечена зависимость между присутствием H. pylori в ротовой полости и ее плохим гигиеническим состоянием [1].

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациентов с Helicobacter pylori-ассоциированными заболеваниями СОПР на основе комплексного патогенетического индивидуализированного подхода.

Материал и методы. В ходе выполнения работы было проведено комплексное стоматологическое обследование 108 пациентов с заболеваниями СОПР, находящихся в возрастном диапазоне от 18 до 55 лет. Из них у 80 человек (35 мужчин и 45 женщин) выявлены заболевания СОПР, ассоциированные с H. pylori, и у 28 пациентов (10 мужчин и 18 женщин) – заболевания СОПР, не связанные с H. pylori.

В зависимости от степени обсемененности слизистой оболочки желудка H. pylori, наличия или отсутствия H. pylori в полости рта, наличия заболеваний СОПР пациенты были разделены на две группы: группу сравнения и основную, в которой выделили 3 подгруппы:

1-я подгруппа – 27 человек (25%), у которых было диагностировано наличие заболеваний СОПР, ассоциированных H. pylori. Наличие в желудке H. pylori было выявлено гистологическим методом, уреазным дыхательным методом (Хелик-скан). Степень обсемененности слизистой оболочки желудка – слабая (+).

Во 2-ю подгруппу вошли 29 человек (27%), у которых были диагностированы заболевания СОПР, ассоциированные H. pylori, при средней (++) степени обсемененности слизистой оболочки желудка.

В 3-ю подгруппу – 24 человека (22%), у которых было диагностировано наличие заболеваний СОПР, ассоциированных H. pylori, а степень обсемененности слизистой оболочки желудка – высокая (+++).

У пациентов основной группы был обнаружен H. pylori в полости рта с помощью ПЦР-диагностики, имелись заболевания ЖКТ, отсутствовали другие общесоматические заболевания.

Группу сравнения составили 28 человек (26%), имеющих заболевания СОПР, с сопутствующей общесоматической патологией средней и тяжелой

степени тяжести, в стадии компенсации. H. pylori отсутствовал в желудке и полости рта.

Уровень гигиены полости рта изучали с помощью упрощенного индекса гигиены ИГР-У и индекса K. Kojima, учитывающий толщину налета и площадь, покрытую налетом, что определяли визуально в полости рта. Всем пациентам проводили профессиональную гигиену полости рта и съемных ортопедических конструкций (кратность зависела от степени обсеменённости желудка H. pylori), контроль гигиены полости рта, обучение рациональной гигиене полости рта, языка. Пациентам с заболеваниями СОПР, ассоциированными с H. pylori, предлагали осуществлять гигиену полости рта новой зубной щеткой после проведения профессиональной гигиены и начала лечения. После окончания эрадикации необходимо было еще раз заменить зубную щетку, это являлось профилактикой реинфицирования слизистой оболочки желудка и СОПР H. pylori. Далее рекомендовали менять зубную щетку 1 раз в 3 недели.

Результаты исследования. При первичном стоматологическом обследовании пациенты с сочетанной патологией СОПР и ЖКТ предъявляли жалобы на: болевой симптом (79,2%), кровоточивость десен (43,7%), сухость в полости рта (41,2%), неприятные ощущения во рту (привкус кислого, соленого, металла; горечь) (42,1%), жжение слизистой оболочки языка (23,7%), неприятный запах изо рта (15,4%), подвижность зубов (13,6%), ощущение шероховатости СОПР (12,8%).

Среднее значение индекса ИГР-У у пациентов 1 подгруппы основной группы при первичном осмотре составило 2,64±0,13 баллов, 2 подгруппы – 2,97±0,17 баллов, 3 подгруппы – 3,16±0,15 баллов, что было достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем в группе сравнения обследованных – 2,37±0,13 баллов. Через 6 месяцев после лечения у пациентов основной группы 1 подгруппы среднее значение индекса ИГР-У составило 1,16±0,09 балла, 2 подгруппы – 1,27±0,12 балла, 3 подгруппы – 1,51±0,11 балла, что было достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем в группе сравнения – 1,02±0,08 балла (рис. 1).

Среднее значение степени покрытия языка налетом по индексу К. Kojima у пациентов основной группы 1 подгруппы при первичном осмотре составило 1,83±0,22 балла, 2 подгруппы – 2,51±0,19 баллов, 3 подгруппы – 3,12±0,23 баллов, что было достоверно выше (p≤0,05), чем в группе сравнения – 1,36±0,12 балла. Через 6 месяцев после лечения у пациентов 1 подгруппы среднее значение индекса К. Kojima составило 1,12±0,09 балла, 2 подгруппы – 1,23±0,07 балла, 3 подгруппы – 1,63±0,06 балла, что было достоверно выше (p≤0,05), чем в группе сравнения – 1,03±0,05 балла (рис. 2).

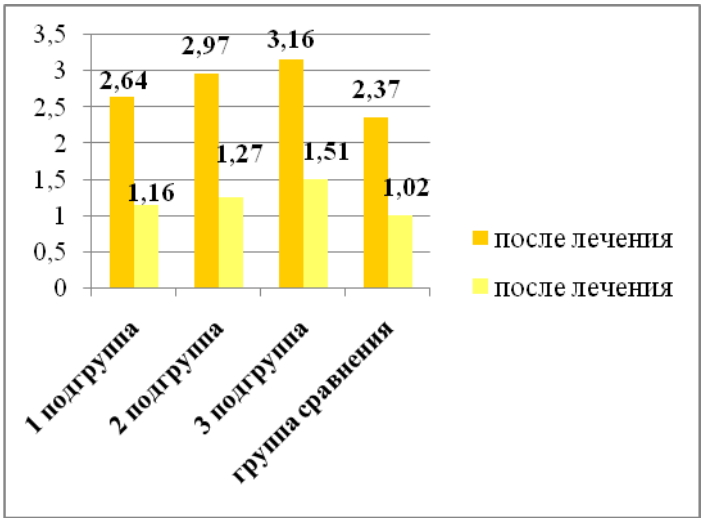


Рис. 1. Результат оценки индекса ИГР-У (в баллах) у пациентов с заболеваниями СОПР до и после лечения.

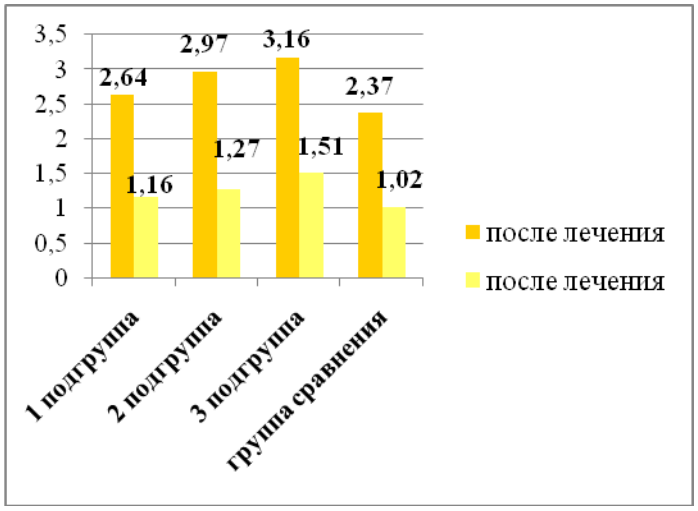


Рис. 2. Результат оценки индекса К. Kojima (в баллах) у пациентов с заболеваниями СОПР до и после лечения.

После проведения профессиональной гигиены полости рта, обучения рациональной гигиене полости рта, назначения общего и местного лечения в зависимости от заболевания СОПР и желудка пациенты отмечали снижение болевого симптома (70,1%), кровоточивость десен (38,3%), сухость в полости рта (39,8%), неприятные ощущения во рту (привкус кислого, соленого, металла; горечь) (40,1%), жжение слизистой оболочки языка (19,6%), неприятный запах изо рта (15,1%), подвижность зубов (11,5%), ощущение шероховатости СОПР (11,4%).

Выводы. Стоматологический статус пациентов с H. pylori-ассоциированными заболеваниями СОПР характеризуется низким уровнем гигиены полости рта (ИГР-У 2,92±0,15 балла, индекс К. Kojima 2,48±0,21 балла), что является факторами, утяжеляющими течение патологических процессов в СОПР.

Рациональная профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта, съемных ортопедических конструкций является важной составляющей комплексного патогенетического лечения заболеваний СОПР, ассоциированных с H. pylori, способствующего повышению уровня гигиены полости рта и уменьшению жалоб, оптимизации процесса эпителизации очагов поражения, сокращению сроков лечения, профилактике реинфицирования СОПР и слизистой оболочки желудка H. pylori.

Лечение заболеваний СОПР, ассоциированных H. pylori, необходимо проводить совместно с врачом-гастроэнтерологом, с согласованием схем местного и общего лечения.

Список литературы:

1. Anand, P.S. Are dental plaque, poor oral hygiene, and periodontal disease associated with Helicobacter pylori infection? / P.S. Anand, K. Nandakumar, K.T. Shenoy // Periodontol. – 2006. Vol. 77. № 4. P. 692-698.

2. Diagnosis and epidemiology of Helicobacter pylori infection / X. Calvet, M.J. RamírezLázaro, P. Lehours, F. Mégraud // Helicobacter. – 2013. № 18. P. 5-11. https://doi.org/: 10.1111/hel.12071.

3. Клиническая морфология, цитология, эмбриология полости рта / под ред. проф. Г. В. Рева. – Владивосток: ДВФУ, – 2015. 499 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИЧНОГО ГЕЛЯ «VIVAX DENT» И КВЧ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Д.м.н., доцент Косюга С.Ю.[1], к.м.н. Кленина В.Ю.[1], к.м.н. Ашкинази В.И.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста, г. Нижний Новгород;

[2]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Институт травматологии и ортопедии, отделение лабораторной диагностики, клинико-иммунологическая лаборатория Россия, г. Нижний Новгород

Введение. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, сопровождающихся развитием эрозивно-язвенных элементов поражения и характеризующихся рецидивирующим течением, до сих пор остается сложным аспектом в работе врачей-стоматологов. Одним из таких заболеваний является рецидивирующий афтозный стоматит (РАС). «Развитие данной патологии сопровождается воспалительной реакцией слизистой оболочки, значительной болезненностью и торпидностью течения, полиформизмом клинических проявлений и малой эффективностью лечения» [1].

За последние 15 лет учеными всего мира проведена огромная работа по изучению этиопатогенеза, распространенности, интенсивности течения РАС и предложены разные методики лечения данного заболевания. Однако, «окончательно не установлено, какие факторы предрасполагают к заболеванию, а какие доминируют в патогенезе РАС» [3].

Движением современной иммунологии в развитии РАС является «констатация ключевой роли иммунодефицитных состояний, которые могут быть обусловлены не столько изменением функциональной активности иммунокомпетентных клеток и их числа, сколько нарушениями

регуляторных связей в системе иммунитета, осуществляемых цитокинами, являющимися ключевыми медиаторами в иммуногенезе» [5]. У больных РАС развитие истинного иммунодефицита с угнетением фагоцитарной функции нейтрофилов, функциональной активности Т-клеток и снижением их числа, дисиммуноглобулинемией и «развитие интерлейкинзависимого иммунодефицита зависят от длительности заболевания и наличия сопутствующей патологии. Нарушение синтеза цитокинов в свою очередь влияет на состояние истинного иммунодефицита. Все это определяет форму заболевания, его течение, прогноз и выбор иммунокоррегирующей терапии» [2].

Таким образом, «неоднозначность данных о причинах и механизме развития заболевания предопределяет широту научного поиска» [4] в возможности комбинирования препаратов различных групп с целью обеспечения комплексного подхода и достижения наилучшего терапевтического эффекта, в лечении рецидивирующего афтозного стоматита.

Цель работы. Сравнить эффективность традиционной схемы лечения и схемы с использованием препарата «Vivax Dent» и аппарата КВЧ-терапии «Амфит 0,2/10-01 в комплексном лечении пациентов с РАС, страдающих данным заболеванием более 3-х лет.

Материал и методы исследования. На базе кафедры стоматологии детского возраста и кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «НижГМА» Минздрава России за период с марта 2012 по апрель 2015 года проведено лечение 40 пациентов в возрасте 18–53 лет с диагнозами «рецидивирующий афтозный стоматит: фибринозная/ язвенная форма» (классификация Р.А. Байковой); «афтозный стоматит, малые/ большие афты» (классификация МКБ-Х), длительность заболевания у которых составляла 3 и более лет. Пациенты, принявшие участие в исследовании, получили консультацию специалистов различных направлений медицины: терапевта, гастроэнтеролога, невролога, гинеколога-эндокринолога с последующим назначением индивидуальной схемы лечения (больные по показаниям

получали гормональную, антибактериальную терапию, антигистаминные, противовоспалительные, дезинтоксикационные, иммуномодулирующие, седативные препараты, пробиотики, витамины). Всем больным помимо общего лечения назначались препараты местного действия, а также были проведены рациональная, профессиональная гигиена и санация полости рта. Обследуемые были разделены на две группы по 20 человек. Первая группа в качестве местного лечения получала препараты, использующиеся при традиционной схеме лечения рецидивирующего афтозного стоматита: местные анестетики, антисептики, протеолитические ферменты, противовоспалительные, эпителизирующие препараты. Пациентам второй группы вместо противовоспалительных и эпителизирующих местно действующих препаратов была предложена схема, включавшая комплексное воздействие аппликаций препарата «Vivax dent» гель нанотехнологичный стоматологический и аппарата КВЧ-терапии «Амфит 0,2/10-01.

Иммунологические исследования проводили, осуществив в первое и седьмое посещение забор ротовой жидкости, с количественным определением содержания в ней про- и противовоспалительных цитокинов: интерлейкина-8 (ИЛ-8) и интерлейкина-4 (ИЛ-4).

Результаты и их обсуждение. Результаты оценивали клинически и иммунологически. При оценке результатов лечения использовали специально разработанные индивидуальные карты обследования пациентов с рецидивирующим афтозным стоматитом, а также «десятибалльную цифровую ранговую шкалу боли» [6]. Результаты лечения в сроки до 6 месяцев расценивали как ближайшие. В первой группе скорость полной эпителизации афт составила 5,6±0,19 день, во второй – 3,4±0,1 день. Снижение болезненности афтозных элементов с 5–6 баллов в первый день обследования в обеих группах произошло на вторые сутки в первой группе пациентов до 3 баллов и до 1 балла во второй группе больных. Снижение болезненности афт до 0 баллов в среднем в первой группе произошло на пятые сутки, во второй группе – на третьи.

При первичном обследовании в 1-й группе количество ИЛ-8 в ротовой жидкости составляло 249,84±1,09 пг/мл, во 2-й группе – 264,88±2,14 пг/мл; При повторном осмотре, на 7 день исследования, наблюдалось снижение концентрации ИЛ-8 в ротовой жидкости в 1-й группе пациентов, что соответствовало 195,02±1,03 пг/мл, во 2-й группе наблюдалось наиболее значительное снижение концентрации данного вида цитокинов – 154,49±0,89 пг/мл.

Помимо количественных изменений ИЛ-8 в ротовой жидкости определялось достоверное изменение концентрации не менее важного противовоспалительного цитокина ИЛ-4. В первый день осмотра: 1-я группа – 3,76±0,13 пг/мл, 2-я группа – 3,02±0,23 пг/мл. На 7-ые сутки обследования показатели 1-й группы составляли 5,42±0,2 пг/мл, во 2-й группе – 10,05±0,16 пг/мл.

Использование препарата «Vivax dent» совместно с аппаратом КВЧ-терапии «Амфит 0,2/10-01» в качестве компонента местной терапии в комплексном лечении рецидивирующего афтозного стоматита у пациентов, страдающих РАС дольше 3х лет, оказалось более эффективным, чем назначение традиционной схемы местного лечения и дало положительный эффект, о чем может свидетельствовать полное исчезновение болезненности на третьи сутки и полная эпителизация на третьи-четвертые сутки обследования, а также более интенсивная динамика показателей цитокинового профиля в ротовой жидкости (концентрация цитокинов ИЛ-8, ИЛ-4). Полученные данные подтверждают противовоспалительные, аналгезирующие и эпителизирующие свойства исследуемого комплексного метода и дают основание рекомендовать его назначение в дальнейшем при лечении пациентов с данной патологией.

Список литературы:

1. Сохов С.Т., Цветкова А.А., Терещенко А.В., Цветкова Л.А. Применение иммуномодулятора «Галавит» в комплексном лечении

хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Dental Forum. – 2007. № 3. С. 18-22.

2. Спицина В.И. Особенности иммунодефицита у больных рецидивирующим афтозным стоматитом // Российский стоматологический журнал. – 2006. № 4. С. 14-17.

3. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Панфилова Е.Л., Вахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит – этиология, патогенез (часть I) // Стоматология. – 2010. № 1. С. 71-74.

4. Успенская О.А. Современные методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Обозрение. – 2011. № 1 (72). С. 21-22.

5. Шумский А.В. Иммунопатогенетический подход в лечении воспалительных заболеваний полости рта // Пародонтология. – 2005. № 4 (37). С. 41-42.

6. Liu, C., Zhou, Z., Liu, G. et al. Efficacy and safety of dexamethasone ointment on recurrent aphthous ulceration // The American Journal of Medicine. – 2012. Vol. 125. № 3. P. 292-301.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

К.м.н., доцент Акатьева Г.Г., д.м.н., профессор Чуйкин С.В.,

к.м.н. Макушева Н.В., к.м.н., доцент Снеткова Т.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

МЗ РФ, г. Уфа

Кариес зубов остается наиболее распространенным заболеванием детей. Кариес у детей может возникать на первом году жизни, с момента прорезывания временных зубов. Заболеваемость кариесом с возрастом ежегодно увеличивается. Распространенность кариеса временных зубов у годовалых детей составляет 12,2%, двухлетних – 27,7%, трехлетних – 57,7%. Интенсивность поражения по индексу кпу у детей в возрасте года – 0,3, двухлетних детей – 0,9, трехлетних – 2,8 [1, 2]. За рубежом для характеристики кариеса временных зубов у детей до 6 лет применяется термин «ранний детский кариес». Высокая распространенность и

интенсивность кариеса у детей раннего возраста остается одной из важных проблем в практике детского стоматолога [3].

Целью исследования явилось изучение распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей раннего возраста и обоснование методов профилактики.

Материалы и методы. На кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО проведено эпидемиологическое обследование 315 детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет. Из них 80 детей до года, 107 двухлетних детей, и 127 малышей трехлетнего возраста. Обследование проводили в стоматологическом кабинете. Изучали распространенность кариеса, распространенность гипоплазии эмали. Интенсивность кариеса временных зубов у детей раннего возраста оценивали по индексу кпу. Состояние гигиены полости рта оценивали по индексу оценки зубного налета для детей раннего возраста по Э.М. Кузьминой (2000).

По результатам первичного обследования определены три диспансерные группы:

I группа – здоровые дети,

II группа – дети с факторами риска развития стоматологических заболеваний,

III группа – дети, имеющие стоматологические заболевания (врожденные и приобретенные пороки челюстно-лицевой области, некариозные поражения, кариес зубов) (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение детей раннего возраста по диспансерным группам

Возраст	I группа		II группа		III группа	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. Число	%
До 1 года	34	42,5	25	31,3	21	26,2
2 года	48	44,2	28	26,3	31	28,9
3 года	33	25,9	36	28,5	59	45,5

С возрастом снижается процент детей без стоматологических заболеваний с 42,5% у годовалых до 25,9 у трехлетних детей, возрастает число детей, имеющих стоматологические заболевания с 26,2% до 45,5% соответственно.

Распространенность кариеса временных зубов составила 25,4%, интенсивность поражения по индексу кпу – 1,15.У детей первого года жизни выявлено поражение кариозным процессом временных резцов верхней челюсти. Обследование двухлетних детей показало, что чаще поражались первые временные моляры.

У 213 детей (67,6%) выявлено наличие зубного налета, который способствует прогрессированию имеющихся поражений и возникновению новых кариозных дефектов. Индекс оценки зубного налета у детей раннего возраста по Э.М.Кузьминой (2000) равен 0,55 и оценивается как плохой. Системная гипоплазия эмали временных зубов выявлена у 56 детей, распространенность гипоплазии эмали – 17,8%. У 30 (53,6%) детей системная гипоплазия осложнилась кариозным поражением.

Проблема роста с возрастом распространенности и интенсивности кариеса у детей раннего возраста требует поиска эффективных решений, как на уровне организации и внедрения программ профилактики кариеса с раннего возраста, так и разработки эффективных и комфортных способов и средств для профилактики кариеса зубов, лечения кариозных поражений, предупреждение осложнений кариеса.

Список литературы:

1. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 952 с.

2. Кисельникова Л.П., Зуева Т.Е., АлибековаА.А., Садыков Е.И. Результаты стоматологического обследования дошкольников и школьников г. Москвы // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. Т. 10. № 1. С. 40-44.

3. Корчагина В.В. Лечение кариеса у детей раннего возраста, – М., 2008. 168 с.

АНАЛИЗ УРОВНЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА НИЖНЕГО НОВГОРОДА

Косюга С.Ю.[1], Богомолова Е.С.[2], Беляков С.А.[1], Кривулина Г.В.[1], Сорокина Ю.С.[1]

[1]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста, г. Нижний Новгород;

[2]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра гигиены, г. Нижний Новгород

В последние десятилетия в России на фоне социально-экономических преобразований, экологического неблагополучия среды обитания, характерной для большинства регионов страны, сохраняются отчетливые негативные тенденции в состоянии здоровья детского населения. Отмечается увеличение заболеваемости детей и подростков практически по всем классам болезней. В структуре заболеваемости, по данным углубленных медицинских осмотров одно из ведущих мест занимают болезни органов пищеварения. Значительную долю среди болезней органов пищеварения составляют заболевания зубочелюстной системы [4, 5, 7]. Поэтому анализ стоматологической заболеваемости является одним из актуальных разделов медико-экологического мониторинга состояния здоровья детского населения [1, 3, 6].

Результаты обследования, проведенного в школах г. Н. Новгорода, свидетельствуют о высокой распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний среди детей различных возрастных групп. Для повышения уровня стоматологического здоровья необходимо совершенствование выявления факторов риска развития заболеваний, диагностики признаков заболеваний на ранних стадиях, разработка и внедрение комплексных программ просвещения [2], профилактики и лечения

стоматологических заболеваний с учетом морфофункциональных особенностей развития детей в различные возрастные периоды.

Цель исследования: изучить уровень распространенности основных стоматологических заболеваний учащихся школ г. Нижнего Новгорода.

Материалы и методы исследования. Для оценки распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний было проведено внутришкольное обследование 300 детей в возрасте 6, 12 и 15 лет (по 100 человек в каждой группе). Стоматологический статус оценивали в соответствии с рекомендациями ВОЗ, придерживались системного подхода, оценивались такие параметры, как интенсивность кариеса временных и постоянных зубов, уровень гигиены полости рта, наличие некариозных поражений твердых тканей зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, оценивали наличие зубочелюстных аномалий. Показания регистрировались в индивидуальной карте пациента, а также специально разработанной анкете.

Результаты исследования. По результатам обследования нами было выявлена высокая интенсивность кариеса по индексу кпу(з) 5,03±0,27 у детей в возрасте 6 лет. Также распространенность кариеса временных зубов составила 41,5%.

Распространенность кариеса постоянных зубов у школьников 6, 12 и 15 лет увеличивалась с возрастом и составляла 76%, 80%, 87% соответственно. Интенсивность кариеса по индексу КПУ в этих возрастных группах в среднем составила 0,47±0,03, 2,59±0,06 и 4,85±0,07 соответственно.

У обследованных учащихся регистрировались такие некариозные поражения эмали, как пятнистость и гипоплазия 10%, 14% случаев у 6-летних детей, у 12-летних подростков 12%, 18% соответственно и у 15-летних – 10,5% и 16%.

При изучении состояний тканей пародонта оценивалась распространенность кровоточивости десен и у 6-, 12- и 15-летних детей она составила 57%, 64% и 79%, с интенсивностью 1,6, 2,1 и 2,6 соответственно.

Дополнительно к обследованию детей проводили анкетирование по вопросам гигиены полости рта. При опросе 6-летних детей выяснено, что: не имеют зубной щетки и пасты и не чистят зубы 10% детей; нерегулярно чистят 35%; один раз в день – 40%; два раза в день под контролем родителей 15%. В среднем 90% детей начали обучать чистке зубов в возрастной период с 2 до 6 лет. Смену зубной щетки родители проводят через 1–2 месяца у 10% детей, через 3 месяца – у 25%, у 65% – более чем через 3 месяца. Величина индекса гигиены Федорова-Володкиной у 6-летних детей составила в среднем 2,8 балла, что соответствует плохому уровню гигиены. Величина индекса OHI-S в исследуемых группах 12- и 15-летних варьирует от 1,89±0,07 до 2,45±0,06, что соответствует плохому уровню. Все дети 12 и 15 лет имеют зубную щетку и зубную пасту, но 7% детей, не чистят зубы совсем. Не регулярно чистят зубы 15%, один раз в день – 30%, два раза в день 48%. В период с 2 до 6 лет в среднем 97% начали обучать чистке зубов. У 50% детей замену зубной щетки родители проводят через 1–2 месяца, у 47% – через 3 месяца, у 3% – более 3 месяцев

По результатам обследования было выявлено, что среди 6-летних в ортодонтической помощи нуждается 69% детей, 12-летних – 85%, среди 15-летних 83%. За консультацией к ортодонту обращалось около 15% обследованных детей. На ортодонтическом лечении находится 10,5% 12-летних и 18% 15-летних, никто из 6-летних детей ранее никогда не обследовался ортодонтом. Распределение нарушений прикуса описано в таблице 1.

У всех обследованных детей, у которых были аномалии прикуса, имеются также аномалии формы и величины зубных дуг, аномалии отдельных зубов. Отдельные подгруппы составили дети, имеющие только аномалии формы и величины зубных дуг и аномалии отдельных групп зубов.

Таблица 1.

Распространенность аномалий соотношений зубных рядов у 6-, 12- и 15-летних детей

Аномалии соотношения зубных рядов	Дети		
	6-летние	12-летние	15-летние
Дистальный прикус	22%	30%	27%
Глубокий прикус	12,5%	8,5%	14%
Мезиальный прикус	2,5%	2%	3%
Перекрестный прикус	10,5%	17%	15%
Открытый прикус	2,5%	2%	3,5%
Всего (%)	50%	59,5%	62,5%

Полученные результаты показывают высокий уровень распространенности зубочелюстных аномалий у детей всех возрастных групп. Исследование показало отсутствие к снижению частоты зубочелюстных аномалий с возрастом, что свидетельствует о существовании устойчивых механизмов их формирования, удерживающих распространенность патологии на стабильном уровне и в большинстве случаев отсутствие лечения и профилактики приводит к усугублению имеющихся аномалий. Весьма низкий процент детей был диспансеризирован до нашего обследования, так ни один ребёнок младшей возрастной группы не наблюдается у врача-ортодонта. Среди обследованных школьников широко распространены вредные привычки (прикусывание губ, щек, карандашей) и функциональные нарушения (инфантильный тип глотания, ротовое дыхание, нарушения дикции, одностороннее жевание), но процент выявленных вредных привычек уменьшается от младшей к старшей возрастной группе: 6-летние 40%, 12-летние 21%, 15-летние 17%.

При отсутствии коррекции со стороны врача-ортодонта процент детей с аномалиями прикуса возрастает от младшей к старшей возрастной группе. Также было зафиксировано, что с возрастом, аномалии прикуса усугубляются.

Таким образом, распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний среди детского населения Нижнего Новгорода остается на достаточно высоком уровне, что требует совершенствования проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Для повышения эффективности профилактических программ, включающих стоматологическое просвещение, обучение личной гигиены полости рта, ремотерапии, необходимо совместное участие гигиенистов стоматологических, детских врачей-стоматологов и ортодонтов.

Список литературы:

1. Кузьмина Э.М. Роль деятельности ВОЗ в оценке здоровья полости рта населения на основе мониторинга стоматологической заболеваемости. Dental forum. 2015: 1 (56): 2-4.

2. Журбенко В.А., Саакян Э.С., Тишков Д.С., Бондарева А.Э., Ирышкова О.В. Гигиена полости рта – метод профилактики стоматологических заболеваний. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015: 4-2: 300.

3. Климова И.В., Изюмов А.О., Щелкунов К.С. Стоматологическое здоровье детей г. Новосибирска. Медицина и образование в Сибири. 2015:1: 27.

4. Аветисян Л.А., Мартынова Н.А., Михайлова Л.С., Бакиева К.М. Распространенность основных стоматологических заболеваний у детей с сочетанной общесоматической патологией. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014: 4-12: 1363-1364.

5. Самохина В.И., Мацкиева О.В., Ландинова В.Д. Стоматологическое здоровье школьников г. Омска с учетом фоновой соматической патологии. Стоматология детского возраста и профилактика. 2015: 2: 72-77.

6. Анозина А.В., Хабибуллина Л.Ф. Оценка частоты и структуры зубочелюстных аномалий у школьников г. Казани в возрасте 12–15 лет. Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. 2016: 18-2: 114-119.

7. Гарькавец С.А. Влияние общесоматической патологии на стоматологический статус детей раннего возраста. Институт стоматологии. 2007: 1-34:92

РАЗДЕЛ VII. ТЕЗИСЫ

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ОТЯГОЩЕННЫМ СОМАТИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ ПРИ САНАЦИИ РТА ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ

Гайнуллина Д.К., Абдрашитова А.Б.

ГАУЗ «Городская больница № 7», г. Казань;

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань

В Республике Татарстан существует проблема оказания стоматологической медицинской помощи пациентам с ограниченными возможностями и сопутствующими заболеваниями со стороны центральной нервной системы. Санация рта данной группы пациентов представляет определённые трудности для врача-стоматолога из-за определённых особенностей: психоэмоциональное реагирование ребёнка на манипуляции; сложности в проведении адекватного осмотра рта; невозможность проведения диагностических исследований челюстно-лицевой области (радиовизиография, ортопантомограмма, конусно-лучевая компьютерная томография); отсутствие навыков общения врача-стоматолога с данной группой пациентов; отсутствие адекватного проведения гигиены рта родителем, опекуном, самим пациентом; невозможность установление окончательного стоматологического диагноза без выключения сознания.

Цель работы – провести анализ стоматологического статуса пациентов при санации под общим обезболиванием для оптимизации разработки программы индивидуальной гигиены рта.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие пациенты с отягощенным соматическим анамнезом, при котором имеются абсолютные показания к санации рта под общим обезболиванием. Количество исследуемых составило 136 человек в период 2014–2017 г.

Стоматологический статус определяли по следующим показателям: уровню активности кариеса (ТЭР тест), интенсивность кариеса и pH ротовой жидкости (электронным pH метром), показатели оценивали до санации и через 14 дней после нее. Обезболивание осуществлялось с помощью в/в анестезии: пропофол (средняя доза 1,5–2,5 мг/кг массы тела), кетамин (2–3 мг/кг). Премедикация проводилась атропином (0,4–0,6 мг за 40 мин до анестезии). Продолжительность анестезии составляла в среднем 20–30 мин.

Результаты. Проанализировав стоматологический статус пациентов до санации рта, выявлено, что в 2014 г. у большинства пациентов (54,4%) определялся очень высокий уровень интенсивности кариеса, в 2015 г. – у 62,5%, в 2016 г. – у 69,12%. Высокий и средний уровень интенсивности кариеса определялся в 2014 г. – у 36,7% и 8,8%, в 2015 г. – у 29,42% и 8,09%, в 2016 г. – у 19,12% и 11,78% соответственно. В 2014 г. у большинства обследуемых пациентов (118) отмечался низкий pH ротовой жидкости, за период 2014–2016 гг. достоверных изменений данного показателя выявлено не было. Кислотоуйстойчивость эмали определялась с помощью ТЭР теста. На влияние кислотоустойчивости эмали оказывали следующие факторы: соматическая патология, неудовлетворительная гигиена рта, прием лекарственных препаратов, неполноценный процесс созревания зубной ткани, качество слюны и ее свойств минерализирующей активности. За период 2014–2016 большинство пациентов составили пациенты с низкой кариесрезистентностью. Каждому пациенту в зависимости от показателей стоматологического статуса, учитывая физические возможности, разработана программа индивидуальной гигиены рта. Через 14 дней после санации у 75,8% исследуемых достоверно изменились показатели уровня гигиены рта, у остальных пациентов мы обнаружили отрицательный результат из-за невыполнения программы и нерегулярного ее применения.

Заключение. За период обследования у пациентов с отягощенным соматическим анамнезом был установлен высокий уровень распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний,

низкий уровень гигиенических мероприятий. Благодаря общему обезболивания стало возможным сократить количество хронических одонтогенных очагов инфекции у данной группы пациентов. Также установлено, что для каждой группы пациентов в зависимости от вида сопутствующего заболевания необходима разработка программы индивидуальной гигиены рта с учетом всех прогностических факторов ухудшения его стоматологического статуса.

КРИСТАЛЛИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СЛЮНЫ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ УРОВНЯ pH РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

Громова С.Н.[1], Фалалеева Е.А.[2], Еликов А.В.[1]

[1]Научная лаборатория «Кариесология»;

[2]Лаборатория биокристалломики и свободнорадикальной медицины

ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России, г. Киров

Особенностью полости рта является постоянное нахождение в жидкой биологической среде. От её состояния зависит не только минерализующий потенциал слюны, но и состояние пародонта [1, 3]. Исследование ротовой жидкости (РЖ) сегодня является наиболее популярным и простым, тем не менее, оно отражает динамические изменения в состоянии организма. Физико-химический и биологический состав РЖ может меняться под воздействием различных стимуляторов, являясь индикатором реактивности организма [2].

Цель исследования: оценка изменений кристаллических свойств ротовой жидкости при смещении pH слюны под воздействием противовоспалительной зубной пасты.

Материалы и методы. В исследовании на протяжении 6 недель принимало участие 10 студентов 1 курса, средний КПУ составлял 6,81±1,24. Все использовали противовоспалительную зубную пасту. Слюна собиралась

утром натощак без стимуляции. Измерение pH ротовой жидкости проводили лабораторным pH-метром. При определении общей антиоксидантной активности (ОАА) измеряли интенсивность хемилюминесценции, инициированной пероксидом водорода, в присутствии избытка Fe^{2+}, за 60 секунд (S60), а также величину максимальной вспышки хемилюминесценции (Im) за исследуемое время на хемилюминометре Lum 100. Оценку ОАА осуществляли по соотношению уровней максимальной вспышки/светосумма за 60 секунд (Im/S60).

Для анализа кристаллизующих свойств слюны использовали методы, классической кристаллоскопии и кристаллотезиографии с использованием растворов хлорида натрия, соляной кислоты и гидроксида натрия в качестве веществ сокристаллизаторов [3].

Результаты исседования. В течение всего периода наблюдения отмечалось увеличение показателя ОАА, на фоне смещения pH слюны в щелочную сторону, что свидетельствует о снижении воспалительной реакции.

При анализе методом классической кристаллоскопии в образцах слюны наблюдалось значительное увеличение сложности построения частиц фаций, которое характеризовалось увеличением на 17% индекса структурности и на 16% индекса кристаллизуемости. Эти показатели приблизились к показателю нормы условно здоровых людей. Степень деструкции микропрепаратов имеет тенденцию к уменьшению, однако численно меньше нормы практически в два раза. Общее количество белка в микропрепаратах слюны снижается, о чем свидетельствует значительное уменьшение краевой зоны фаций на 46%.

Согласно данным инициирующей кристаллотезиографии отмечено защелачивание проб ротовой жидкости. Так, в кислой среде, сложность построения частиц численно имела значение наиболее близкое к норме, вместе с тем наблюдается увеличение значения деструкции фации и значительное снижение ширины краевой зоны полученных проб. Для

щелочной среды характерна наименьшая деструкция микропрепаратов и наибольшая ширина белковой зоны фаций, так же отмечается наиболее простая структура кристаллов. В нейтральной среде структура фаций практически не отличается от показателей нормы, показатели деструкции и белковая зона препаратов изменяются не существенно.

Выводы. При изменении кислотности слюны в щелочную сторону, пробы микропрепаратов ротовой жидкости имеют более организованную структуру и наибольший показатель белковой зоны. При защелачивании растворов, состояние ротовой жидкости на конец исследования изменилось не существенно. Эти данные могут косвенно свидетельствовать о снижении воспалительной реакции, которое может быть подтверждено изменением клинических индексов и биохимических показателей в полости рта.

Список литературы:

9. Громова С.Н. Связь микрокристаллизации ротовой жидкости детей с их микробиологическим составом и клиническими проявлениями / Громова С.Н., Ковалева Л.К., Мартусевич А.К. // Гистология клиническая и экспериментальная морфология Материалы второй научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 30-летию Кировского ГМУ – Киров, 2017. С. 84-86.

10. Громова С.Н. Влияние реминерализующей терапии твердых тканей зуба на кристаллогенные свойства ротовой жидкости / Громова С.Н., Мартусевич А.К., Ковалева Л.К. // Современные достижения стоматологии: сборник всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию Кировского государственного медицинского университета – Киров, 2017. С. 52-54.

11. Громова С.Н., Синицына А.В. Оценка уровня стоматологического здоровья 12- и 15-летних школьников г.Кирова по критериям ВОЗ // Вятский медицинский вестник – 2015. № 2. С. 37-40.

ЦИФРОВАЯ ОЦЕНКА ЦВЕТА ШКАЛ РАСЦВЕТОК ЗУБОВ

Иванов А.С., Аизов М.Н., Лукавецкий А.А.

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ,

г. Санкт-Петербург;

Новгородский университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород

Актуальность исследования вызвана несовпадением выбранного цвета искусственной коронки зуба с естественным цветом зуба. При определении цвета зуба надо учитывать его насыщенность и яркость. Эти характеристики очень вариабельны. На определение цвета зуба влияют многие факторы. Визуализация цвета осуществляется органом зрения за счет отражения цвета и объема предмета. Ошибка в определении цвета будет зависеть от: состояния зрения врача, времени суток, общей освещенность стоматологического кабинета, освещенности рабочего места врача-стоматолога и зубного техника; одежды пациента, кожных покровов лица, цвета красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. Существенным моментом в допущении ошибки является и условия эксплуатации самих шкал расцветок зубов, их идентичность между собой и соответствие восстановительным материалам.

Цель исследования была в выявлении расхождения цвета шкал расцветок зубов с помощью цифрового спектрометра.

Материал и методы исследования. Сначала провели оценку восприятия цвета экспериментаторов с помощью таблиц Рабкина. Вторым этапом определили освещенность стоматологического кабинета, рабочего места врача-стоматолога и зубного техника с помощью люксометра «ТКА-04/3». Третьим этапом исследования было сравнение значений цвета шкал расцветок зубов фирм:SPOFADENT, IVOCRYL, VITA Lumin VACUUM, VITA SYSTE 3D-MASTER. Четвертый этап исследования заключался в определении соответствия цвета шкал расцветок зубов с

данными цифрового колориметра VITA Easyshade. Полученные данные статистически были обработаны.

Результаты исследования. Цветовосприятие у ассистента врача, врача стоматолога и зубного техника соответствовало норме. Освещенность помещения стоматологического кабинета в среднем была 350–450 лк, освещенность рабочего места врача стоматолога и зубного техника бала такой же. При сравнении цветов шкал расцветок зубов оказалось, что их цвета не совпадают. Отсуствие идентичности среди шкал расцветок зубов потребовало сравнение их с помощью цифрового колориметра VITA Easyshade. Полученные сравнительные данные цвета шкалы расцветок зубов фирмы SPOFADENT и IVOCRYL с помощью спектрофометра VITA Easyshade полностью не совпадали и были смещены в светлую сторону, что должно было соотвествовать яркости цвета А-1, В-1, С-1, Д-2. Входе этого сравнения не совпали цвета и цветовых шкал расцветок зубов фирмы VITA: VITA Lumin VACUUM, VITA SYSTE 3D-MASTER. Результаты цифрового определения цвета шкалы расцветки зубов фирмы VITA оказались разными со смещением так же в светлую сторону.

Выводы. Проведенное нами исследование сравнения точности определения и идентичности цвета шкал расцветок зубов, показало вариабельность их данных, не смотря на одинаковые гигиенические условия (освещенность) рабочих мест.

Эти данные обосновывают трудности в работе врачей стоматологов, зубных техников при выборе цвета пломбировочных материалов, пластмассы или цвета керамики.

Использование для определения цвета зуба цифрового устройства-колориметра VITA Easyshade позволит точнее врачам-стоматологам и зубным техникам определять и подбирать цвет пломбировочного материала или керамики.

Цифровое устройство для определения цвета зуба позволит исключить ошибку срока годности данной шкалы расцветки зубов или ее загрязнения входе работы врачом-стоматологом или зубным техником.

БИОРЕГУЛЯЦИЯ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА КАК НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Иорданишвили А.К., Серикова А.Г.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Медико-социальный институт, г. Санкт-Петербург

В настоящее время выделяют следующие основные механизмы регенерации костной ткани, которые полностью соответствуют с современными данными основанными на фундаментальных теоретических положениях остеогистологии (Р. фон Верзен, 1993): 1) остеобластический остеогенез, оптимизируемый трансплантацией так называемых детерминированных остеогенных продромальных клеток (ДОПК), обладающих собственной потенцией костеобразования; этот механизм известен в связи с трансплантацией аутологичного губчатого вещества (H. Matt, 1932; A.L. Friedenstein, 1973); 2) остеокондуктивный остеогенез (остеокондукция) как пассивная оптимизация функционирования детерминированных остеогенных продромальных клеток (ДОПК) с помощью полусинтетических и синтетических заменителей кости, а также с помощью аллогенных костных трансплантатов (H.M. Mittelmeier, B.D. Katthagen, 1983; I. Glowack, I.B. Mulikan, 1985); в данном случае использование авитального материала делает невозможным процесс прямого остеобластического остеогенеза; 3) остеогенез при использовании авитальных биологических или синтетических материалов, выполняющих роль остова (кондуктора) для прорастания кровеносных сосудов; при этом происходи «врастание» клеток

из костного ложа (этот механизм сочетает процессы резорбции и отложения новой кости, начиная от границ дефекта); 4) стимулированный остеогенез (остеостимуляция) – это воздействие теми или иными факторами, которые способствуют усилению уже протекающих процессов остеогенеза, то есть оптимизируют их (например, фактор роста).

Использование современных оптимизаторов репаративного остеогенеза обусловливает сочетание остеоиндукции и остеокондукции в качестве механизмов управления, а также стимулированный остеогенез.

Экспериментальными и клиническими исследованиями последних лет (А.К. Иорданишвили, А.Г. Слугина, 2014–2017) установлены возрастные особенности строения костной ткани челюстей и показано, что в течение процесса репаративного остеогенеза с учетом возраста существуют существенные различия как по сроку образования костного регенерата, так и его тканевому составу. В частности, в эксперименте у зрелых и старых животных, процесс репаративного остеогенеза в стандартном дефекте нижней челюсти протекает более длительно, с формированием сложного тканевого регенерата содержащего большой процент соединительной и хрящевой ткани, по сравнению с молодыми животными. Поэтому важной проблемой клинической медицины, в том числе челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, является решение задачи по оптимизации регенерации костной ткани челюстей и других костей у лиц старших возрастных групп, как по сроку образования тканевого регенерата, так и по составу его тканей.

Было проведено экспериментально-клиническое исследование по изучению возможности применения для этих целей пептидных биорегуляторов, являющихся новым классом лекарственных препаратов. Пептидные биорегуляторы созданы коллективом учёных Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии под руководством член-корреспондента РМН профессора В.Х. Хавинсона. Применение их в медицинской практике показало высокую эффективность в лечении разных заболеваний, включая возрастную патологию. В нашем исследовании было

изучено влияние пептидных биорегуляторов «Везуген» и «Сигумир» на течение посттравматического гистогенеза костной ткани нижней челюсти животных, а затем в клинике – при хирургическом лечении хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции, одонтогенных кист и хронического генерализованного пародонтита. Результаты экспериментальных исследований показали перспективность применения лекарственных препаратов – пептидных биорегуляторов на основе экстрактов из тканей животных или их синтетических аналогов для оптимизации репаративной регенерации костной ткани у зрелых и старых животных. В условиях эксперимента удалось повысить эффективность регенератовного остеогенеза в посттравматическом дефекте челюсти животного на 15–20% сокращен срок образования костного регенерата в стандартной костной полости нижней челюсти животного, а также изменялся состав костного регенерата в сторону увеличения в нем ретикулофиброзной костной и пластинчатой костной ткани в замен хрящевой и соединительной тканей. Проведенный анализ результатов экспериментального исследования в аспекте оценки сроков назначения к использованию пептидных биорегуляторов, в том числе коротких пептидов, для оптимизации регенераторного остеогенеза челюстей показал, что их использование дает положительный результат при применении за 30 суток до хирургического вмешательства и 30 суток после его проведения. Опыт применения биорегулирующей терапии в клинике челюстно-лицевой хирургии и стоматологии при её использовании у лиц пожилого и старческого возраста, с применением различных лучевых методов исследования подтвердил ранее полученные экспериментальные данные.

Можно полагать, что применение биорегулирующей терапии для оптимизации репаративного остеогенеза эффективно в геронтостоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Подчеркнём, что при знании основ репаративного остеогенеза врачу легче оценить возможную эффективность, механизм воздействия на остеогенез и принять правильное решение в

отношении использования в своей клинической практике тех или иных материалов для замещения костных полостей в челюстях, заполнения костных карманов при лечении пародонтита, а также при лечении костных повреждений костей лицевого скелета.

Список литературы:

1. Способ ускорения процесса репаративного остеогенеза // Патент на изобретение № 2589264 от 08.06.2016. Опубликовано 10.07.2016. – Бюл. № 19.
2. Способ ускорения процесса репаративного остеогенеза // Патент на изобретение № 2589265 от 08.06.2016. Опубликовано 10.07.2016. – Бюл. № 19.
3. Способ ускорения процесса репаративного остеогенеза // Патент на изобретение № 2582976 от 06.04.2016. Опубликовано 27.04.2016. – Бюл. № 12.
4. Способ ускорения процесса репаративного остеогенеза // Патент на изобретение № 2593817 от 15.07.2016. Опубликовано 10.08.2016. – Бюл. № 22.

ВОЗМОЖНОСТЬ УСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ОПОР ДЛЯ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ У ВИЧ-ИНФЕКЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ

Сериков А.А., Морозов М.А., Иорданишвили А.К.

Областная клиническая больница, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время ВИЧ-инфекция относится к наиболее распространённым заболеваниям с неуклонным ростом числа новых случаев. В Санкт-Петербурге общее число ВИЧ-инфицированных превысило 100 тысяч человек, из которых 80% составляют лица молодого возраста. Поражения слизистой оболочки полости рта являются ранними проявлениями ВИЧ-инфекции и могут быть первыми доступными симптомами для этой патологии, обеспечивая своевременную настороженность, прежде всего для врачей-стоматологов [1-4]. В настоящее время ВИЧ-инфекция, по данным специальной литературы, является противопоказанием для проведения дентальной имплантации.

Материал и методы. Проведён анализ 27 клинических наблюдений у ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте от 37 до 57 лет. В работе использованы клинические, лучевые и лабораторные методы исследования.

Результаты исследования. Опыт работы в этом направлении позволил определить наиболее благоприятный период для проведения дентальной имплантации. Для этого необходимо в динамике проводить оценку уровня вирусной нагрузки и количества Т(СД4) – лимфоцитов, то есть Т-хелперов крови. Эти показатели наиболее полно свидетельствуют о стадии ВИЧ-инфекции и тяжести течения этого заболевания. Кроме того, данные показатели могут объективно свидетельствовать о эффективности проводимой антиретровирусной терапии таким больным. Согласно предложения, вирусная нагрузка должна быть ниже 100 тыс. коп РНК ВИЧ/мл плазмы крови, а уровень Т-хелперов, позволяющий проводить дентальную имплантацию, не должен снижаться ниже 0,8–1,0х109/л клеток плазмы крови. При данном уровне Т-хелперов исключен паралич клеточного иммунитета, что позволяет больному бороться в ходе хирургического вмешательства по установке дентальных имплантатов с условно-патогенной инфекцией.

Заключение. Использование разработанных рекомендаций позволяет обеспечить профилактику инфекционно-воспалительных осложнений дентальной имплантации у ВИЧ-инфицируемых пациентов в непосредственном и ближайшем периодах после установки дентальных имплантатов.

Список литературы:

1. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н. Особенности обследования и медицинского освидетельствования граждан при постановке на воинский учета призывающихся на военную службу и поступающих в военно-учебные учреждения, при наличии у них зубочелюстных аномалий // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2016. № 3. С. 12-16.
2. Иорданишвили А.К., Сериков А.А., Овчинников К.А. Оценка эффективности внутрисуставного введения препарата гиалуроновой кислоты

при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава и дисплазии соединительной ткани // Институт стоматологии. – 2016. № 2 (71). С. 57-59.

3. Каршиев Х.К., Робустова Т.Г., Музыкин М.И., Иорданишвили А.К. Оценка степени тяжести течения осложнённых форм острой одонтогенной инфекции // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2017. № 4 (60). С. 67-71.

4. Музыкин М.И., Иорданишвили А.К., Балин Д.В., Лапина Н.В. Оценка выживаемости скуловых и корневых дентальных имплантатов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. № 4 (159). С. 90-94.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Иванов А.С.

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ,

г. Санкт-Петербург

Актуальность исследования состоит в том, что терапию деформирующего остеоартроза (ДОА) височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) невозможно рассматривать без учета проблем психотравмирующих факторов, играющих немаловажную роль в развитии психосоматических заболеваний. Однако в настоящее время при лечении заболеваний ВНЧС вообще не учитывается психологическая сфера человека.

Цель исследования было выявить психопатические расстройства у больных с ДОА ВНЧС для включения в комплекс лечения адекватной психотерапии.

Материал и методы исследования. В клинике было проведено обследование и лечение 55 мужчин и 271 женщин (в возрасте от 20 до 74 лет) с ДОА ВНЧС. В 78,4% случаев прикус был у них ортогнатический., дефекты зубного ряда в 60,3% случаев были 3 класса по Кеннеди Е. Комплексное обследование включало: биохимическое, иммунологическое, ЭМГ,

гнатодинамометрическое и рентгенологическое исследование. В виду особенностей клинических проявлений 19 больных (17 женщин и 2 мужчин) – 7,01% в возрасте от 20 до 63 лет были впервые осмотрены психотерапевтом (исследовано психическое состояние, применялся тест Люшера и личностный опросник института имени В.М. Бехтерева).

Результаты исследования. Постоянные боли, неприятные ощущения, звуковые явления в околоушно-височной области, лица которые не удавалось устранить в поликлинических условиях, у 15% больных приводили к развитию неврозов, вегетососудистой дистонии, депрессиям, истерии. Проведенное комплексное обследование у этой группы больных с ДОА ВНЧС выявило у 2 больных ипохондрическое развитие личности со стойкими систематизированными бредовыми идеями; у 17 больных психические нарушения ограничивались рамками невроза. У этих же больных был у 2 диагносцирован обсессивнофобический синдром, который проявлялся усилением болей в области ВНЧС при эмоциональных переживаниях, отмечался страх из-за возможного повторения болей. У 8 больных выраженная невростеническая симптоматика проявлялась в нарушениях сна, повышенной раздражительностью, быстрой утомляемостью, тревожностью, беспокойством за собственное здоровье, снижением трудоспособности. У 7 больных отмечались своеобразные неприятные ощущения в различных частях тела. Эти сенестопатии локализовались в области грудной клетки, живота и конечностей, а у 3 больных в области головы. Длительное безуспешное лечение явилось существенным психотравмирующим фактором. Болевой синдром в обоих случаях был достаточно интенсивным. В последние 1,5–2 года как отмечают больные у них сформировалась стойкая система, включающая в себя своеобразные толкования причин, путей развития неизлечимых врачом заболеваний. Больные обращались к врачам различных специальностей, требовали особых, методов исследования и лечения. Они не отрицали того, что «стали

нервными из-за болей», категорически отвергали попытки связать заболевание ВНЧС с нарушениями психической деятельности.

Выводы. На основании проведенного исследования можно предположить наличие общих патогенетических механизмов и взаимной обусловленности болевого синдрома у некоторых больных с заболеваниями ВНЧС с одной стороны, и психопатических расстройств невротического характера с другой стороны.

Психосоматический подход к лечению пациентов с заболеваниями ВНЧС предполагает использование комплекса адекватной психотерапии и фармакологической терапии, направленных на коррекцию синдрома психоэмоционального напряжения.

ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Иванов А.С.

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ,

г. Санкт-Петербург

Актуальность исследования связана с тем, что одним из симптомов ДОА ВНЧС являются звуковые явления как в области височно-нижнечелюстного сочленения, так и в околоушно-височной области. Объяснить время появления, причину или длительность данного явления больные не могут. Они отмечают только силу звука, его характер, длительность и появление.

Цель исследования состояла в оториноларингологическом обследовании больных с деформирующим остеоартрозом ВНЧС, у которых были жалобы на звуковые явления в околоушно-височной области.

Материал и методы исследования. Из 326 больных с ДОА ВНЧС (соотношение мужчин и женщин 1:5) в возрасте от 20 до 74 лет было

проведено у 87 человек исследование слуха с целью определения остроты слуха, степени его понижения и выяснения характера локализации процесса, вызывающего понижение слуха. Исследования проводились при помощи речи, инструментов (камертонов) и аппаратов. У 75,5% больных прикус был ортогнатический, 42% не было дефектов зубном ряду.

Результаты исследования. В входе изучения анамнезов заболеваний 326 больных с ДОА ВНЧС было выяснено, что у 35,3% больных хронические тонзиллиты, у 29,4% – ОРЗ, у 11,0% ранее были отиты. Кроме того у 35,2% был остеохондроз шейного отдела позвоночника, который проявлялся синдромом Барре-Льезу, у 26% был ОА коленных суставов, 14,2% плечевых и 10,5% тазобедренных. Реже эти изменения были в локтевых и голеностопных суставах – 8,02%. Проведенная аудиметрическая оценка состояния слуха у 87 больных показала, что у 3,4% из них был обнаружен впервые профессиональный неврит слухового нерва, у 11,5% были начальные формы нейросенсорной тугоухости, а у 5,7% тяжелая форма этого заболевания. Проявления возрастной тугоухости было установлено у 9,2% больных. Дифференциальную диагностику надо проводить с пульсирующим шумом при синус тромбозе, стенозе сонных артерий и других процессов. Непульсирующий шум сейчас принято подразделять при кондуктивной тугоухости (при отитах, отосклерозе) и сенсорной тугоухости-чаще при кохлеарной форме отосклероза. У одной больной была опухоль носоглоточного пространства – синдром Троттера. У одной больной был установлен недиагносцированный перелом зуба второго шейного позвонка.

Выводы. У больных ДОА ВНЧС входе изучения анамнеза заболеваний и оториноларингологического обследования были выявлены следующие заболевания: тонзиллиты, ОРЗ, отиты, остеохондрозы шейного отдела позвоночника.

Аудиометрические исследования впервые у больных с ДОА ВНЧС установили в 20,6% случаев разные формы нейросенсорной тугоухости, что

позволяет объяснить жалобы на снижение слуха, шум в ухе, головокружения и другие явления.

У больных с ДОА ВНЧС при проведении дифференциальной диагностики необходимо помнить, что звуковые явления в суставе могут быть только при движениях нижней челюсти. Звуковые явления в околоушно-височной области имеющие постоянный характер типичны для дегенеративных заболеваний ЛОР-органов.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Иорданишвили А.К., Робустова Т.Г., Коровин Н.В., [Смолянинов А.Б.]

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург; Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, г. Москва

Воспалительная патология является одной из наиболее ча стой, приводящей к утрате зубов и искусственных опор зубных протезов. Известно, что стволовые клетки (СК) способствуют репарации костной ткани альвеолярных отростков (дуг) челюстей, оптимизируют репаративный остеогенез, улучшая тем функцию естественных зубов и дентальных имплантатов в процессе приёма пищи. Для оценки эффективности лечения и прогнозирования течения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) и периимплантита (ПИТ) в процессе комплексной их терапии апробирован предложенный способ, основанный на изучении динамики изменения уровня СК. У пациентов, страдающих ХГП и ПИТ (без серьёзной сопутствующей патологии), исследовали уровень СК в периферической крови до лечения и на 15 сутки от начала общепринятой комплексной

терапии. Динамику количества СК оценивали по данным проточной цитометрии. Её выполняли на проточном цитометре FACScan фирмы «Becton Dickinson» с использованием тройной комбинации прямых моноклональных антител CD34FITC/CD38 PE/CD45 PerCP.

При мониторинге СК периферической крови у больных ХГП их количество составило в первые сутки наблюдения «CD34+CD38-» – 0,004±0,001%. У пациентов с ПИТ в первый день уровень СК в периферической составил «CD34+CD38-» – 0,028±0,002%. После проведения комплексной терапии рассматриваемых стоматологических заболеваний уровень СК периферической крови на 15 сутки терапии ХГП составил «CD34+CD38-» – 0,122±0,001% ($p<0,01$). У пациентов с ПИТ после проведённой терапии спустя 15 суток уровень СК составил «CD34+CD38-» – 0,217±0,011% ($p<0,05$).

У пациентов, страдающих хроническими воспалительными процессами костной ткани челюстей, в периферической крови отмечено уменьшение СК при ХГП и весьма незначительное количество СК – при ПИТ. Отсутствие СК при ХГП И ПИТ свидетельствует о том, что существующая зона повреждения костной ткани челюстей поглощает практически полностью весь пул СК выходящих из костного мозга в периферическую кровь. Нами зафиксирован в процессе успешного комплексного лечения ХГП и ПИТ выброс СК. Уровень СК увеличивался на фоне комплексной общепринятой терапии ХГП и ПИТ к 12 суткам наблюдения за пациентами. Однако отмечен неодинаковый выброс СК при ХГП и ПИТ. Выброс СК в периферическую кровь был больше при ПИТ. Содержание и мониторинг СК в периферической крови больных ХГП и ПИТ явилось серьёзным прогностическим признаком клинического течения этих стоматологических заболеваний. Показано, что динамика СК в периферической крови в процессе лечения ХГП и ПИТ имеет закономерности и согласовалась с клинической картиной и вариантами течения рассматриваемой стоматологической патологии. Очевидно, СК при ХГП и ПИТ обеспечивают компенсаторно-

приспособительную реакцию организма человека, направленную на купирование воспалительного процесса и регенерацию костной ткани в очаге поражения. Поэтому на основании динамики количества СК в периферической крови можно прогнозировать течение ХГП и ПИТ в процессе их комплексного лечения.

Полученные сведения послужили основой для разработки способа лечения ХГП и ПИТ с использованием терапии мобилизованных аутологичных стволовых клеток (МАСК), который заключается в том, что на фоне общепринятого лечения ХГП и ПИТ проводится терапия МАСК. Мобилизация стволовых клеток костного мозга осуществляется при помощи курсового введения пациентам цитокина – гранулоцитарного колониестимулируующего фактора (G-CSF). Полученные клинические результаты позволяют заключить, что регенерация тканей пародонта при определённых условиях может происходить в течение всей жизни человека, а СК способны регенерировать тканевые компоненты пародонта, в том числе и костной ткани.

Список литературы:

1. Комплексная терапия хронического генерализованного пародонтита и периимплантита с применением мобилизованных аутологиччных стволовых клеток / А.К. Иорданишвили, А.Б. Смолянинов, Д.А. Кириллов [и др.] // Материалы III Межрегиональной накучно-практиченской конференции Северо-Западного Федерального округа «Проблемы геронтологии и гериатрии-2006». – Сыктывкар – СПб., 2006. С. 21-22.

2. Способ прогнозирования течения пародонтита и периимплантита на основе динамики количества стволовых клеток / А.К. Иорданишвили, А.Б. Смолянинов, Д.А. Кириллов [и др.] // Материалы III Межрегиональной накучно-практиченской конференции Северо-Западного Федерального округа «Проблемы геронтологии и гериатрии-2006». – Сыктывкар – СПб., 2006. С. 22-23.

3. Способ ускорения процесса репаративного остеогенеза // Патент на изобретение № 2589265 от 08.06.2016. Опубликовано 10.07.2016. – Бюл. № 19.

4. Способ ускорения процесса репаративного остеогенеза // Патент на изобретение № 2582976 от 06.04.2016. Опубликовано 27.04.2016. – Бюл. № 12.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Катман М.А.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия, кафедра хирургической стоматологии», г. Чита

Невралгия тройничного нерва – это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризирующееся интенсивными приступами «кинжальной боли».

По данным ВОЗ больные невралгией тройничного нерва составляют более 1 млн человек. Рецидивы болезни возникают в среднем не реже 2-х раз в год, даже на фоне непрерывной фармокотерапии, а ее ремиссия длится не больше года. Все это в значительной степени нарушает качество жизни больных.

Традиционно эффективность лечения невралгии тройничного нерва принято оценивать по купированию болевого приступа. Однако на современном этапе развития медицины важным является полная реабилитация пациентов, а для этого необходимо оценивать в комплексе различные аспекты их физического и психологического здоровья.

Цель работы: оценка качества жизни больных невралгией тройничного нерва.

Для ее достижения необходимо решить следующие задачи:

1) составить анкету, позволяющую определить уровень качества жизни больных невралгией тройничного нерва;

2) оценить качество жизни больных невралгией тройничного нерва до и после лечения по данным анкетирования.

Под наблюдением находилось 94 больных невралгией тройничного нерва в возрасте 43–68 лет, лечившихся в челюстно-лицевом и поликлиническом отделениях клиники ЧГМА. В среднем больные страдали данным заболеванием от 2 до 28 лет.

Таблица 1.

Компоненты здоровья сферы жизнедеятельности человека

Сфера здоровья	Компонент здоровья
Физический	Физическое функционирование
	Ролевое физическое функционирование
	Боль
	Общее здоровье
Психический	Жизнеспособность
	Социальное функционирование
	Ролевое эмоциональное функционирование
	Психическое здоровье

При начале и перед окончанием лечения пациенты заполняли разработанную нами анкету. Для оценки качества жизни в нее включены вопросы, позволяющие определить:

1) субъективную оценку жизнеспособности, психического и общего здоровья пациентов;

2) степень, в которой здоровье и боль ограничивают выполнение физических нагрузок;

3) влияние физического и эмоционального состояния на профессиональную и будничную деятельность, а также социальную активность.

Критерии качества жизни оценивали по унифицированному опроснику MOS SF-36, которые охватывали основные сферы жизнедеятельности человека. Каждая сфера состоит из 4-х компонетов (табл. 1). Все критерии оценивали по 5 бальной шкале.

Результаты исследования показали, что после лечения качество жизни больных невралгией тройничного нерва значительно улучшилось в сфере физического и психического здоровья пациентов на 24,4% и 21,6% соответственно.

Наиболее существенно изменилось качество жизни в сфере физического (на 36,6%) и ролевого физического функционирования

(на 30,8%), психического здоровья (на 30,4%) и ролевого эмоционального функционирования (21,8%).

Проведенный курс лечения в меньшей степени отразился на показателях качества жизни, зависящих от интенсивности боли и состояния общего здоровья (13,5%).

На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что:

1. После лечения улучшается качество жизни больных невралгией тройничного нерва в сфере физического и психологического здоровья.

2. Наиболее устойчивыми оказались показатели качества жизни, зависящие от интенсивности боли и состояния общего здоровья, обусловленные сопутствующей патологией и неэффективностью применяемых методов лечения.

3. Разработанная анкета позволяет оценить качество жизни больных невралгией тройничного нерва с учетом различных аспектов их физического и психологического здоровья.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗБОРНЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

Байриков И.М., Тлустенко В.П., Комлев С.С.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»

Актуальность. Проблема резорбции костной ткани в первый год и последующие 5 лет после функциональной нагрузки дентального имплантата съемной ортопедической конструкцией остается актуальной.

Целью исследования стало создание имплантата, который позволит за счет своих конструктивных особенностей адаптироваться к необходимому уровню мягких тканей и кости.

Материал и методы. После операции имплантации и необратимой резорбции костной ткани возможно отсоединить от остеоинтегрированной

апикальной части промежуточную часть, использовать апикальную часть для фиксации абатмента и съемной ортопедической конструкции.

Разборный дентальный имплантат (Патент № 2593349) из титана состоит из: внутрикостной части, содержащей апикальную часть, и промежуточную часть разной длины.

Апикальная часть содержит шестигранное отверстие, в основании которого выполнено глухое резьбовое отверстие для апикального фиксирующего винта. Это обеспечивает соединение апикальной и промежуточной части имплантата. Промежуточная часть содержит шестигранное отверстие, в основании которого имеется сквозное отверстие с резьбой в верхней части.

Пациентам изготовили 12 перекрывающих каркасных протезов с опорой на сферические аттачмены по предложенной нами технологии (Заявка на патент РФ № 2017141088/20) и системой телескопической фиксации.

Результаты и обсуждение. Проведено хирургическое лечение 12 пациентов с использованием 26 разборных дентальных имплантатов.

Разборный дентальный имплантат перед установкой находится в собранном состоянии и после введения в костное ложе фиксирующий винт выкручивается и ставится винт-заглушка. Имплантационная система предусматривает использование как стандартного, так и индивидуального абатментов.

С целью повышения эффективности использования ортопедической конструкции проведена операция дентальной имплантации. Для места установки дентальных имплантатов использованы боковые отделы беззубых участков нижней челюсти. Пациентам изготовлены съемные протезы с опрой на дентальные имплантаты. Съемные конструкции с опорой на дентальные имплантаты превосходят соответствующие несъемные не только в области зубов, но и мягких тканей. Благодаря возможности формирования оптимального контура съемных конструкций с опорой на имплантаты, они

представляют собой опору для губ и прилегающих мягких тканей, что позволяет значительно улучшить эстетические характеристики.

Заключение. Перспектива использования конструкционно нового дентального разборного имплантата позволяет избежать функционального и эстетического дефекта оголения пришеечной части и адаптироваться к уровню резорбции костной ткани в ближайшие и отдаленные сроки функционирования ортопедической конструкции с опорой на дентальные имплантаты. Предложенная конструкция перекрывающего каркасного протеза функциональна и положительно влияет на качество жизни пациента.

Список литературы:

1. Байриков И.М. Анализ напряжений в костной ткани челюстей при различных конструкциях дентальных имплантатов [Текст] / И.М. Байриков, Д.В. Монаков, О.А. Логинов // Аспирантский вестник Поволжья. – 2015. № 5-6. С. 290-293.

2. Оптимизация ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов [Текст] / В.П. Тлустенко [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2014. № 6. С. 50-52.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Мосеева М.В., Хохлачева Н.А.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Ижевск

Цель исследования: изучить состояние гигиены полости рта в лиц с воспалительно-деструктивными поражениями желудка и тонкого кишечника

Материалы и методы. В условиях специализированного гастроэнтерологического отделения обследовано 240 пациентов с эрозивно-язвенными поражениями гастро-дуоденальной зоны (ЭЯП ГДЗ) в возрасте от 24 до 60 лет. Средняя продолжительность заболевания составила 6,6±1,8 лет. Пациенты группы сравнения – 97 практически здоровых лиц. Обследование

пациентов проводилось при поступлении в стационар и после курса традиционной противоязвенной терапии, включавшей в себя блокаторы протонной помпы, противомикробные средства, антациды, протекторы слизистой оболочки, витамины.

Для оценки гигиены полости рта у больных ЭЯП ГДЗ и практически здоровых лиц нами были использованы индексы: индекс зубного налета Loe-Silness (PI) (1963), индекс эффективности гигиены полости рта Podshadley-Halley (PHP) (1968), упрощенный индекс зубного налета на апроксимальных поверхностях API. Гигиенический режим в обеих группах был одинаковый, обследуемые с одинаковой частотой чистили зубы в течение дня (1–2 раза в день). Также всем пациентам был определен кислотно-щелочной потенциал зубного налета как ведущего фактора в патогенезе кариозных поражений твердых тканей зубов. Полученные цифровые показатели обрабатывали статистически по методу Стьюдента. Регрессионный анализ проводился в статистическом пакете GNU R.

Результаты исследования. Получено, что гигиеническое состояние полости рта у пациентов ЭЯП ГДЗ в стадию обострения по индексу PI и PHP достоверно не отличается от аналогичных показателей практически здоровых лиц. Но такой гигиенический показатель у пациентов ЭЯП ГДЗ в стадию обострения как API достоверно выше на 8,65%, чем у пациентов группы сравнения.

При анализе изучаемых показателей у пациентов с ЭЯП ГДЗ с учетом локализации, глубины, распространенности, длительности течения и обсемененности *Helicobacter pylori* получено, что индекс гигиены апроксимальных поверхностей при эрозивном гастрите повышен на 8,57%, при эрозивном дуодените – на 8,68%, при изолированных эрозиях – на 8,63%, при эрозиях в сочетании с язвенной болезнью – на 8,65%, при острых эрозиях – на 8,81%, при хронических эрозиях – на 8,17%, при множественных эрозиях – на 7,78%, при единичных эрозиях – на 9,42%, у *Helicobacter pylori*-позитивных пациентов на 9,80%, у *Helicobacter pylori*-негативных – на 11,31%.

Необходимо отметить достоверную разницу в показателях pH зубного налета у пациентов ЭЯП ГДЗ в стадию обострения (6,39±0,05) по сравнению с пациентами группы сравнения (6,61±0,043, $p<0,05$). Максимальное снижение pH зубного налета отмечено при изолировнных эрозивных поражениях (4,68%), единичных эрозиях (3,88%) и локализации воспалительно-деструктивного процесса в желудке (на 3,82%).

При проведении статистического анализа выявлены корреляционные взаимосвязи между свойствами слюны и гигиеническим состоянием полости рта у обследованной группы пациентов. Так, выявлена зависимость между поверхностным натяжением слюны и индексом PI (r_s=-0,406) и поверхностным натяжением слюны и PHP (r_s=-0,334).

Таким образом, у больных ЭЯП ГДЗ гигиеническое состояние полости рта хуже, чем у лиц без данной соматической патологии, несмотря на практически одинаковый режим гигиены в обеих группах, что может быть связано с изменениями показателей агрессивно-протективного потенциала интрагастральной среды и ротовой полости. Данное ситуация требует привлечения врача-стоматолога для курации этой категории пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТА DIAGNODENT PEN В КЛИНИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ

Руда О.Р., Фомина А.Д., Тихонова С.Н., Руда О.И.

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

При обследовании полости рта имеет важно своевременное выявление различных стоматологических заболеваний. Ранняя диагностика позволяет на начальных этапах разработать профилактические мероприятия или выбрать наиболее оптимальные методы лечения. Квалификация специалиста и

использование новых технологий способствуют эффективному лечению и снижают интенсивность заболеваемости.

Зуб с деминерализацией эмали на начальных этапах развития кариозного процесса может внешне выглядеть здоровым, особенно при локализации деминерализации на контактных пунктах или в фиссурах, в этом и заключается сложность обнаружения и диагностики кариеса. Одним из приборов, позволяющих диагностировать деминерализацию твёрдых тканей зуба, является аппарат DIAGNOdent pen. Исследование проводилось в течение двух лет, что позволяет наблюдать изменение ситуации в динамике.

Цель. Определение уровня стоматологической заболеваемости обследуемой группы школьников.

Задачи:

1. Оценить уровень распространённости заболеваемости кариесом среди обследуемых школьников.

2. Провести сравнительную оценку эффективности диагностики различных методов: визуально-инструментального осмотра и применения прибора для распознавания кариеса DIAGNOdent pen.

3. Провести анализ показателей распространенности заболеваемости кариесом постоянных зубов среди обследуемых школьников.

Материалы и методы. Клинический стоматологический осмотр проводился среди школьников 5-7 классов на базе средней общеобразовательной школы № 9 города Лобня Московской области. Осмотрено 50 детей: мальчиков 25, девочек 25. Определялся индекс КПУ визуальным методом и с помощью аппарата DIAGNOdent pen, произведен расчет распространенности кариеса и его интенсивности у обследованного контингента. Исследование проводилось 2 раза в год.

Результаты. В первый год обследования у учащихся было выявлено 12 новых кариозных поражений на различных стадиях визуальным методом, при исследовании аппаратом DIAGNOdent pen количество выявленных

кариозных поражений возросло до 60. Распространённость заболеваемости кариесом составила 37% (2016 год).

Во второй год обследования распространённость кариеса увеличилась до 62% (2017 год). Визуальным осмотром выявлено 40 новых кариозных поражений, при использовании аппарата DIAGNOdent pen обнаружено ещё 22 кариозные полости на ранних этапах развития кариеса.

Выводы. Заболеваемость кариесом у обследованных групп составила в первый год исследования 37%, во второй год исследования 62%. Использование аппарата DIAGNOdent pen позволяет выявить кариозные полости на первых этапах развития кариозного процесса, что даёт более точную информацию о распространённости и интенсивности кариеса.

Список литературы:

1. Разумова С.Н., Фомина А.Д., Руда О.И., Руда О.Р. Оценка эффективности гигиены полости рта и знаний вопросов профилактики стоматологических заболеваний у учеников средней школы В книге: Клинические и теоретические аспекты современной медицины – 2017. Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием: Сборник тезисов. Российский университет дружбы народов. Москва, –2017. С. 58.

2. Разумова С.Н., Булгаков В.С., Манвелян А.С., Саакян Ш.Х., Верескова М.А. Локализация кариозных поражений по группам зубов у беременных женщинМедицинские науки. – 2009. № 6. С. 24.

3. Разумова С.Н., Шатохина С.Н., Шабалин В.Н. Прогнозирование кариеса по морфологической картине ротовой жидкости у подростков Стоматология детского возраста и профилактика. – 2007. Т. 6. № 2. С. 23-25.

4. Севбитов А.В., Шакарьянц А.А., Браго А.С., Кузнецова М.Ю. Сравнительный анализ лабораторных и клинических итогов лечения очаговой деминерализации эмали в стадии дефекта методом инфильтрации в сочетании с классической реставрацией. Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2016. № 4. С. 47-51.

ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕНТИНА ЗУБОВ НА СИЛУ АДГЕЗИИ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Николаев А.И., Адамов П.Г., Антонова А.Н., Шашмурина А.Б.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

Актуальность. Значительный интерес, как с научной, так и с практической точек зрения, представляет повышение эффективности лечения пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов методом прямой композитной реставрации. Как известно, распространенность эрозий эмали, клиновидных дефектов, патологической стираемости, повышенной чувствительности шеек зубов, связанной с абфракционными поражениями, в последние годы существенно увеличилась [Николаев А.И., 2012; Curcă M., Dănilă I., 2010]. При этом разрушение пломб или значительное нарушение их клинических характеристик уже через 6–12 месяцев после лечения эрозий, клиновидных и других дефектов, локализующихся в пришеечной области зубов, даже с использованием современных композитных материалов и адгезивных систем, обнаруживается у большинства обследованных [Иванова Г.Г. и соавт, 2003; Pecie R. et al., 2011]. Кроме того, выявлены серьезные нарушения минерализации и микроструктуры твердых тканей зубов при некариозных поражениях [Perdigão J., 2010]. Таким образом, проблема выбора наиболее эффективных материалов, адгезивных систем, методик препарирования и реставрации зубов в процессе лечения пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов требует углубленного изучения [Николаев А.И., Цепов Л.М., 2007; Pecie R. et al., 2011].

Цель исследования: лабораторное исследование силы адгезии светоотверждаемых композитных материалов к дентину зубов в зависимости от области расположения реставрации.

Материалы и методы исследования. В лабораторных условиях проведено сравнительное исследование силы адгезии светоотверждаемого

композитного материала для прямых реставраций Charizma Classic (Kulzer) к дентину различных участков зубов при использовании адгезивной системы Gluma 2Bond (Kulzer). Исследование проводили на постоянных молярах, удаленных по медицинским показаниям, не имеющих кариозных поражений, пломб и не подвергавшихся эндодонтическому лечению. Изготавливали последовательные шлифы каждого из исследуемых зубов: (1) горизонтальный в области коронкового плащевого дентина, перпендикулярно вертикальной оси зуба и перпендикулярно ходу дентинных канальцев (2) вертикальный в области шейки зуба с вестибулярной поверхности в области пришеечного / корневого плащевого дентина, параллельно вертикальной оси зуба и перпендикулярно ходу дентинных канальцев, (3) горизонтальный на уровне шейки зуба, в области пришеечного / корневого плащевого дентина, перпендикулярно вертикальной оси зуба и параллельно ходу дентинных канальцев. Изготовление образцов и исследование силы адгезии проводили в соответствии со стандартом ISO 29022 Dentistry – Adhesion – Notched edge shear bond strength test, 2013-06-01. Адгезивную подготовку выполняли согласно инструкции фирмы-производителя по применению адгезивной системы. Силу адгезии определяли с помощью аппарата Ultratester (Ultradent). На шлифах каждой серии проводили по 50 исследований.

Результаты и их обсуждение. Сила адгезии образцов композитного материала к плащевому дентину в области коронковой части зубов (n=50) составила 34,4±1,27 MPa. На вертикальных шлифах в области шейки зуба с вестибулярной поверхности на уровне плащевого дентина (n=50) сила адгезии равнялась 6,7±1,02 MPa. На горизонтальных шлифах, выполненных на уровне шейки зубов (n=50), сила адгезии составила 2,3±0,94 MPa. Полученные данные указывают на то, что сила адгезии светоотверждаемого композитного материала к дентину зубов в значительной мере зависит от

структурных особенностей дентина в области реставрации и расположения стенок полости по отношению к просвету дентинных канальцев.

Выводы. Как следует из данных, полученных в процессе исследования, сила адгезии композитных материалов в пришеечной области зубов значительно меньше, чем заявляемая фирмами-производителями, что может приводить к неблагоприятны клиническим результатам при применении «традиционных» методов лечения. Поэтому при прямой композитной реставрации зубов, имеющих дефекты твердых тканей в пришеечной области, следует предпринимать дополнительные меры, направленные на улучшение фиксации композитного материала, обеспечение его длительного краевого прилегания, учет и компенсацию негативного воздействия факторов, имеющих значение в этиологии пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИШЕЕЧНЫХ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Николаев А.И., Цепов Л.М., Шашмурина А.Б., Петров И.М., Тургенева Л.Б.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

Актуальность проблемы. В настоящее время существенно увеличилась распространенность эрозий эмали, клиновидных дефектов, патологической стираемости, абфракционных дефектов, повышенной чувствительности шеек зубов [Николаев А.И., 2012; Curcă M., Dănilă I., 2010]. При этом уже́ в ближайшие сроки (6-12 мес.) после лечения у большинства пациентов наблюдается либо полное разрушение и выпадение композитных пломб, либо значительное нарушение их клинических характеристик [Николаев А.И., 2012; Pecie R. et al., 2011]. Поэтому

значительный интерес, как с научной, так и с практической точек зрения, представляют анализ причин описанной ситуации, выявление факторов, влияющих на долговечность композитных реставраций данной локализации, разработка методик и технологических приемов, направленных на повышение эффективности лечения пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов методом прямой композитной реставрации.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность традиционных подходов к лечению пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов методом прямой композитной реставрации.

Материалы и методы исследования. Ближайшие и отдаленные результаты лечения пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов оценивали на основе анализа состояния 487 композитных пломб (реставраций) в пришеечной области зубов (5-й класс по Блеку) у 123 пациентов в возрасте от 30 до 55 лет. Использовали разработанные и конкретизированные нами критерии оценки качества композитных реставраций [Николаев А.И. и соавт., 2015], составленные на основе общепринятых в современной стоматологии и одобренных FDI критериев G.Ryge. Распределение композитных пломб (реставраций) в зависимости от сроков «службы»: 0–6 мес. – 86 реставраций; 7–12 мес. – 124; 13–18 мес. – 115; 19–24 мес. – 93; более 24 мес. – 69 реставраций.

Результаты исследования. Установлена высокая частота композитных реставраций в пришеечной области зубов, не удовлетворяющих клиническим требованиям и нуждающихся в коррекции или замене. Соответствие клиническим требованиям с необходимостью лишь незначительной коррекции, шлифования и полирования зафиксировано лишь у 38,2±1,33% реставраций со «сроком службы» менее 6 мес. Далее зарегистрировано снижение значений данного показателя до 19,4±0,66%, 17,4±0,90%, 12,2±1,11% и 5,9±0,71% при «сроках службы» 7–12, 13–18, 19–24 месяца и более 2-х лет соответственно.

Анализ структуры и динамики показателей, характеризующих качество композитных реставраций (пломб), наложенных в процессе лечения пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов, показал, что наиболее частыми причинами ухудшения их клинических характеристик явились наличие нависающих краев материала в придесневой и поддесневой области, расслоение материала, наличие в нем пор и углублений, не связанных с имитацией естественной неровности поверхности зубов (0–6 мес. – 61,8±1,33%; 7–12 мес. – 80,6±1,66%; 13–18 мес. – 82,6±2,90%; 19–24 мес. – 87,8±2,11%; более 24 мес. – 94,1±3,71%). Краевое прокрашивание реставраций в первые 6 месяцев отмечено в 32,3±1,02% наблюдений, в сроки 7–12 месяцев – 31,9±1,49%, 13–18 мес. – 39,1±2,17%; 19–24 мес. – 48,8±2,81%; более 24 мес. – 53,0±2,10%. Болевые ощущения (постоперативная чувствительность, гиперестезия шеек зубов) зафиксированы в ранние сроки наблюдения (до 6 месяцев) у 14,7±1,07% реставраций; в более поздние сроки значения данного показателя оставались без выраженной динамики (7–12 мес. – 9,7±1,48%; 13–18 мес. – 17,4±1,90%; 19–24 мес. – 14,6±1,51%; более 24 мес. – 29,4±2,05%). Обращает на себя внимание высокая частота значительного разрушения или полного выпадения пломб: 8,7±1,88% в сроки 13–18 месяцев, 19,5±1,19% – через 19–24 месяца, 29,4±2,05% – через 2 года и более.

Выводы. Анализ результатов проведенного исследования показал, что применяемые в практической стоматологии методы лечения пришеечных некариозных поражений твердых тканей зубов недостаточно эффективны. Ухудшение клинических и эстетических характеристик реставраций выражалось в высокой частоте дефектов их формы, связанных с частичным или полным разрушением реставрации, наличии нависающих краев материала в придесневой и поддесневой области, нарушении маргинальной адаптации и краевом прокрашивании композитных реставраций.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПОЛИРОВОЧНЫХ СИСТЕМ ДЛЯ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Жилеткова М.А., Николаев А.И., Ковальчук Я.О., Уртминцев А.О.
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

Актуальность. Полирование до «сухого блеска» реставраций из светоотверждаемых композитных материалов обеспечивает их гармоничное эстетическое восприятие, отсутствие абсорбции зубного налета и пищевых красителей, способствует длительному сохранению их эстетических характеристик. В настоящее время на стоматологическом рынке представлено большое количество разнообразных систем и инструментов для шлифования и полирования прямых композитных реставраций, особенности применения и эффективность которых в сравнительном аспекте изучены недостаточно.

Цель исследования: сравнительная оценка качества полирования светоотверждаемых композитных материалов различными полировочными системами в лабораторных условиях.

Материалы и методы исследования. Из современных композитных материалов светового отверждения – Charisma (Kulzer), Charisma Opal (Kulzer), Ceram-X Mono (Dentsply), N'Durance (Septodont) – было изготовлено по 40 образцов размером 10×10×1,5 мм. Исследуемые образцы каждого композитного материала разделили на 8 групп по 5 образцов в каждой. Образцы 1 группы обрабатывали шлифовальными дисками на лавсановой основе с металлической втулкой /четырехшаговая обработка/ (TOP BM); образцы 2 группы – шлифовальными дисками на лавсановой основе с пластиковой втулкой /четырехшаговая обработка/ (TOP BM); образцы 3 группы – дисками для шлифования Sof-Lex на пластиковой основе /красно-желтые / четырехшаговая обработка/ (3M); образцы 4 группы –

полировочными щеточками Sof-Lex Spiral /двухшаговая обработка/ (3M); образцы 5 группы – силиконовыми полирующими головками Jiffi /трехшаговая обработка/ (Ultradent); образцы 6 группы – силиконовыми полирами Unique /одношаговая обработка/ (NTI); образцы 7 группы – силиконовыми полирами Venus Supra /двухшаговая обработка/ (Heraeus); образцы 8 группы – нейлоновыми циркулярными щеточками с полирующей пастой Diamond Polish /одношаговая обработка/ (Ultradent). Все полировочные системы применяли в соответствии с рекомендациями фирм-производителей. Перед применением одно- и двухшаговых полировочных систем образцы обрабатывали алмазными борами с мелкой абразивностью.

Степень шероховатости поверхности образцов оценивали с помощью профилометра «Surtronic 10R_a» (Rank Taylor Hobson Ltd) с точностью до 0,1 мкм. На каждом образце проводили по 8 измерений в разных направлениях, чтобы свести к минимуму возможные погрешности. При этом исходная степень шероховатости поверхности всех необработанных образцов составляла 2,4 мкм. При оценке качества полирования исходили из того, что «идеальный» зеркальный блеск будет иметь поверхность с неровностями менее 0,38 мкм. Учитывая избирательную чувствительность человеческого глаза к различным частям видимой части спектра светового излучения, поверхность с неровностями размером до 0,5 мкм также считали полированной. Кроме того, результаты обработки оценивали субъективно по 5-бальной шкале по следующим характеристикам: «сухой блеск» поверхности образца; однородность поверхности, отсутствие макродефектов после применения полировочной системы; степень нагревания поверхности при применении полировочной системы. Полученные цифровые значения статистически обработаны.

Результаты исследования. По данным профилометрии наилучшие полирующие свойства показали многошаговые полировочные системы: силиконовые головки Jiffi (Utradent) и шлифовальные диски с пластиковыми втулками (TOP BM). Наибольшие цифровые значения шероховатости

поверхности материала, соответствующие отсутствию «сухого блеска», показало использование нейлоновой щеточки с полировочной пастой Diamond Polish. Остальные полировочные системы продемонстрировали средний диапазон полирующих свойств – размер шероховатостей поверхности образцов от 0,5 до 0,3 мкм.

Наибольшую сумму баллов среди полировочных систем по критериям «сухой блеск» поверхности образца, однородность поверхности, минимальное нагревание поверхности набрали силиконовые диски Jiffi (Utradent), диски с пластиковыми втулками (TOP BM) и щеточки Sof-Lex Spiral (3M).

Выводы. Качество полирования поверхности композитных материалов выше у многоэтапных полировочных систем. При использовании одно- и двухэтапных полировочных системам целесообразно их комбинированное применение с финишными компонентами многоэтапных полировочных систем.

ОТНОШЕНИЕ СТОМАТОЛОГОВ К ВЫБОРУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА, СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА, ЯЗЫКА И ГУБ (ПО ДАННЫМ ОПРОСА-АНКЕТИРОВАНИЯ)

Цепов Л.М., Николаев А.И., Шашмурина В.Р., Петрова Е.В., Нестерова М.М., Орехова Н.С., Левченкова Н.С., Тургенева Л.Б.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

Актуальность. Известно, что результаты лечения зависят не только от мастерства врача, но и от правильного выбора им лекарственных средств. Практика показывает, что выбор лекарственных препаратов при лечении заболеваний пародонта, слизистой оболочки рта, губ и языка вызывает у

практикующих врачей-стоматологов значительные трудности [Цепов Л.М. и соавт., 2018]. На действия врача в такой ситуации оказывают влияние различные объективные и субъективные факторы [Бабанская Е.Б., Меньшикова Л.В., 2017].

Цель исследования: изучение мотивов выбора лекарственных препаратов (ЛП) для комплексного лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, слизистой оболочки рта, губ, языка путем анкетирования врачей-стоматологов.

Материалы и методы. Проведен анонимный опрос-анкетирование 104 стоматологов различного профиля городов Смоленска, Брянска, Тулы и областей. Опрос-анкетирование проводился методом случайной выборки и в достаточной мере отражал возрастной, гендерный и социальный состав стоматологов указанных регионов РФ. Анкета-опросник включала вопросы, касающиеся: предпочтений и критериев выбора врачами назначаемых ими ЛП; готовности врачей самим принимать в случае необходимости данные препараты; мнение респондентов о готовности пациентов выполнять рекомендации врача по приему ЛП; источников получения врачами информации о ЛП, доступности и достаточности такой информации.

Статистическую обработку цифрового материала для определения различий относительных величин, выраженных в процентах, осуществляли в соответствии с рекомендациям В.Г. Мануйлова и соавт. (1996). Достоверность различий определяли при помощи t-критерия достоверности Стъюдента.

Результаты исследования. Анализ данных, полученных в процессе исследования, что при выборе ЛП для лечения больных с патологией пародонта, слизистой оболочки рта, языка и губ врачи-стоматологи отдают предпочтение препаратам импортного производства (69,2±4,5%, $p<0,01$). Большинство стоматологов (96,1±1,9%, $p<0,001$) в случае возникновения у них патологии пародонта, слизистой оболочки рта, языка и губ сами принимали бы эти же препараты. Анкетируемыми отмечена высокая

готовность большинства пациентов (78,8±3,9%, p<0,01) соблюдать рекомендации врача по приему ЛП. Основным критерием, по которому врачи-стоматологи выбирают ЛП для лечения больных, является терапевтическая эффективность препарата (90,4±2,8%, p<0,05). Заслуживает внимания, что информацию о лекарственных препаратах врачи-стоматологи получают из разнообразных источников, отдавая некоторое предпочтение самостоятельному поиску в медицинских справочниках (66,3±4,6%, p<0,01) и в сети интернет (62,5±4,7%, p<0,01). Практически в равной мере данную информацию стоматологи получают на конференциях, симпозиумах, конгрессах, циклах последипломного повышения квалификации (56,7±4,8%, p<0,01). При этом все опрошенные (100%) подчеркнули необходимость постоянного получения сведений о фармакодинамике и фармакокинетике ЛП, лекарственных взаимодействиях, побочных эффектах и других данных, которые могли бы помочь в их практической работе.

Выводы. Как показывают результаты проведенного исследования, ситуация с выбором лекарственных препаратов при лечении больных с патологией пародонта, слизистой оболочки рта, языка и губ остается сложной и неоднозначной. Представляется целесообразной повышение доступности и единообразия информации для практикующих врачей-стоматологов по медикаментозной терапии в комплексном лечении пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта, слизистой оболочки рта, губ и языка. Это может быть реализовано путем подготовки и издания клинических рекомендаций федерального уровня для практикующих врачей по стандартам (протоколам) медикаментозного лечения стоматологических больных с указанными формами патологии челюстно-лицевой области, сделав такую информацию доступной в сети интернет. Кроме того, врачам-стоматологам необходимо обращать самое пристальное внимание на воспитание активной позиции по стоматологической санитарно-просветительской работе, как способ совершенствования своей профессиональной деятельности.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПЛУАТАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ДИСКОВ ДЛЯ ПОЛИРОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ КОМПАНИИ ТОР ВМ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ ПО РАЗЛИЧНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ

Жилеткова М.А., Николаев А.И., Адамов П.Г., Галанова Е.И., Пирогова Д.А., Трунова Е.А.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

Актуальность. Финишная обработка композитных материалов – шлифование и полирование – является важнейшим технологическим этапом прямой композитной реставрации зубов, обеспечивающим эстетическую интеграцию реставрации, уменьшение образования на ее поверхности зубного налета и абсорбции пищевых красителей, способствующим длительному сохранению эстетических свойств и медицинской эффективности реставрации. В настоящее время российском на стоматологическом рынке представлено большое количество разнообразных систем и инструментов для шлифования и полирования прямых композитных реставраций как импортного, так и российского производства. Актуальной, в связи с этим, представляется разработка отечественных полировочных систем, сопоставимых по качеству и эффективности с импортной продукцией, но при этом значительно превосходящих ее по показателю «ценовая доступность», что делает возможным и целесообразным широкое внедрение такой продукции российского производства в лечебную практику ЛПО стоматологического профиля.

Материалы и методы исследования. В лабораторных условиях двойным слепым методом проведена сравнительная оценка качества полирования поверхности образцов светоотверждаемого композитного материала Charisma Classic (Kulzer) дисками для полирования (белые) на

лавсановой основе с металлической втулкой производственной компании ТОР ВМ (Россия), изготовленными по различным технологиям – образцы серий №№ 1, 2, 3.

Поверхность всех образцов предварительно шлифовали дисками на лавсановой основе компании ТОР ВМ в последовательности, рекомендованной фирмой-производителем (синий → зеленый → желтый). Затем образцы на основе случайной выборки разделили на 3 группы. Образцы 1-ой группы обрабатывали дисками для полирования серии № 1, образцы 2-ой группы – дисками для полирования серии № 2, образцы 3-ей группы – дисками для полирования серии № 3. Обработку поверхности каждого образца проводили однотипными однонаправленными приглаживающими движениями сверху вниз, в течение 1 мин., по принципу «один образец – один диск». Степень полирования поверхности образцов оценивали методом профилометрии с помощью прибора «Surtronic 10R_a» (Rank Taylor Hobson Ltd). Кроме этого, поверхность обработанных образцов оценивали визуально по критерию «наличие / отсутствие ”сухого блеска”». Также оценивали износоустойчивость абразивного покрытия дисков для полирования различных серий по 5-балльной шкале.

Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики, параметрические критерии проверки статистических гипотез.

Результаты исследования. Среднее значение результатов профилометрии для дисков серии № 1 составило 0,23±0,023, ДИ: (0,17–0,27) мкм; для дисков серии № 2 – 0,16 ± 0,019, ДИ: (0,12–0,19) мкм; для дисков серии № 3 – 0,25±0,025, ДИ: (0,19–0,29) мкм. Таким образом, диски серии № 2 продемонстрировали достоверно более высокую полирующую эффективность. При этом цифровые значения профилометрии поверхности всех образцов, обработанных дисками серий №№ 1, 2 и 3 соответствуют понятию «сухой блеск» в полном объеме (размер микрошероховатостей поверхности <0,38 мкм). При визуальной оценке поверхности образцов по критерию «наличие / отсутствие ”сухого блеска”», качество полирования

поверхности композитного материала для всех образцов всех трех серий также оценено как «наличие «сухого блеска». По критерию «износоустойчивость» диски всех трех серий получили примерно одинаковую балльную оценку (1,4; 1,2; 1,4 соответственно).

Выводы. Согласно данным профилометрии, наилучшими полирующими свойствами обладают диски серии № 2, при этом цифровые значения профилометрии поверхности образцов, обработанных дисками всех трех серий, соответствуют понятию «сухой блеск» (размер микрошероховатостей поверхности <0,38 мкм). При визуальной оценке поверхности образцов по критерию «наличие / отсутствие ”сухого блеска”», качество полирования поверхности всех образцов композитного материала для всех трех серий дисков соответствует оценке «наличие ”сухого блеска”». Износоустойчивость дисков для полирования всех трех серий не отличается.

Рекомендовано производство и внедрение в практическую стоматологию полирующих дисков серии № 2.

АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ»

Левченкова Н.С., Николаев А.И., Цепов Л.М., Нестерова М.М., Орехова Н.С., Петрова Е.В., Пермякова А.В.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

Актуальность. Основная задача высшего образования на современном этапе заключается в формировании творческой личности специалиста, способного к саморазвитию, самообразованию, инновационной деятельности [Плотникова О., 2005; Портных В., 2006]. «Дисциплина по выбору» представляет студентам возможность научиться с помощью преподавателя или самостоятельно получить определенные знания, умения и навыки,

результатом чего является повышение качества подготовленности выпускников к самостоятельной врачебной деятельности [Алханов А., 2005]. Одним из перспективных и интересных для студентов-стоматологов направлений профессионального обучения и роста является эстетическая стоматология, и один из ее разделов – «Медицинское отбеливание зубов». Медицинское отбеливание зубов является малоинвазивным стоматологическим вмешательством, позволяющим врачу-стоматологу добиться необходимого эстетического результата, не используя реставрационные материалы и не прибегая к ортопедическому лечению.

Цель: оценить и повысить уровень освоения студентами теоретических знаний и практических навыков при изучении дисциплины по выбору – модуля «Современные методы отбеливания зубов».

Методика. На кафедре терапевтической стоматологии Смоленского ГМУ было принято решение о включении в дисциплину по выбору модуля «Современные методы отбеливания зубов». Преподаватели кафедры являются высококвалифицированными специалистами в данной области, проводят семинары и мастер-классы для практических врачей, входят в состав жюри Чемпионата Стоматологической Ассоциации России (СтАР) в номинации «Медицинское отбеливание зубов». Помимо получения теоретических знаний, на занятиях студенты отрабатывали мануальные навыки проведения процедуры отбеливания зубов в рамках материально-технических возможностей кафедры: самостоятельно снимали слепки, отливали гипсовые модели, на которые в последующем накладывали изоляцию и отбеливающий гель, имитирую кабинетное отбеливание зубов, готовили гипсовые модели зубных рядов и отжимали каппы для проведения домашнего отбеливания. Кроме того, программа цикла предусматривала клиническую демонстрацию процедуры кабинетного (офисного) отбеливания на пациенте, подготовку студентами слайдовых презентаций, ролевые игры.

По результатам проведения модуля «Современные методы отбеливания зубов» проведено анонимное анкетирование студентов, призванное оценить

степень их удовлетворенности процессом обучения. Использована анонимная анкета, содержащая 11 вопросов, отражающих оценку студентами уровня методического и материально-технического обеспечения, а также качества проведения теоретической и практической частям занятий. В опросе-анкетировании приняли участие 91 студент, прикрепленный к данному модулю. Студентам предлагали оценить качество преподавания по каждому критерию (вопросу) по 5-балльной шкале.

Результаты исследования. Анализ результатов анкетирования показал, что все опрошенные студенты высоко оценили **т**еоретическую часть занятий, средний балл составил 4,79 балла (по 5-балльной шкале). Практическую часть занятий студенты оценили значительно ниже. По параметру «Качество материально-технического обеспечения занятий» студентами была выставлена оценка 3,6 баллов. Респонденты отметили недостаточное количество средств для проведения отбеливания зубов, устаревшее оборудование кафедры и невозможность самим на практике осуществить отбеливание зубов пациентам. При этом в процессе анкетирования установлено, что студенты достаточно высоко оценивают педагогический и врачебный уровень преподавателей кафедры, осуществляющих обучение по тематике «Современные методы отбеливания зубов».

Заключение. Важность и необходимость качественной теоретической и практической подготовки студентов-выпускников медицинских вузов в системе подготовки будущего специалиста неоспорима. Очень важно, чтобы в результате обучения каждый студент овладел теми знаниями, умениями и навыками, которые позволят ему по окончании вуза эффективно работать в лечебно-профилактических организациях первичного звена. Внедрив на кафедре терапевтической стоматологии дисциплину по выбору модуль «Современные методы отбеливания зубов» мы столкнулись с трудностями при проведении практической части, однако студенты высоко оценивают уровень преподавания этой дисциплины.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИРУЕМОСТИ СОВРЕМЕННЫХ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ

Галанова Т.А., Жилеткова М.А., Галанова Е.И., Трунова Е.А., Пирогова Д.А.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

Актуальность. Эстетическая реставрация коронки зуба – важнейший этап лечения кариеса, его осложнений и некариозных поражений зубов. «Сухой блеск» композитных реставраций, расположенных на вестибулярных поверхностях зубов, находящихся в эстетически значимой области, обеспечивает их естественный вид и позитивное эстетическое восприятие. В стоматологии актуальным является выбор реставрационных материалов, которые после финишной обработки обладают «сухим блеском».

Цель исследования. Изучение наличия «сухого блеска» и состояния поверхности светоотверждаемых композитных материалов после применения различных полировочных систем.

Материалы и методы исследования. Было изготовлено 45 образцов современных композитных материалов: Charisma Classic (Kulzer), Amelogen Plus (Ultradent), Filtek Ultimate (3M), Filtek Z550 (3M), Реставрин (ТехноДент). Образцы композитов изготавливали с помощью пластиковой формы прямоугольного сечения 10×10×1,5 мм. Композитный материал вносили порционно и конденсировали с помощью стоматологических инструментов штопфер-гладилка. Фотополимеризацию проводили с использованием активирующей лампы Led-B (Woodpecker) с мощностью светового потока 1100 мВт/см. Исследуемые образцы каждого композитного материала разделили на 3 группы. Образцы первой группы обрабатывали шлифовальными дисками на лавсановой основе с металлической втулкой (TOP BM). Образцы второй группы – шлифовальными дисками на

лавсановой основе с пластиковой втулкой (TOP BM). Образцы третьей группы – спиральными дисками Sof-Lex Spiral (3M). Оценку степени шероховатости поверхности проводили с помощью профилометра «Surtronic 10 R_a» (Rank Taylor Hobson Ltd). На каждом образце проводили по восемь измерений в различных направлениях, чтобы свести к минимуму возможные погрешности. Результат измерения на поверхности всех необработанных образцов составил 2,4 мкм. Все образцы после полирования были оценены визуально по следующим критериям: наличие «сухого блеска»; однородность поверхности; наличие пор, царапин на отполированной поверхности.

Результаты исследования. При визуальной оценке после полирования «сухой блеск» выявлен у всех образцов. Причем при полировании композитов Filtek Ultimate (3M) и Filtek Z550 (3M) требовалось меньше времени для его получения. У двух образцов из композитов Charisma Classic (Kulzer), Реставрин (ТехноДент) и у трех образцов из композита Amelogen Plus (Ultradent) после полирования были выявлены поры, а также неоднородность поверхности с наличием борозд и царапин. По нашему мнению, это связано с погрешностями при пластической обработке композитов в процессе изготовления образцов.

По результатам профилометрии получены следующие средние цифровые значения профилометрии отполированной поверхности образцов: Filtek Ultimate (3M): диски TOP BM с металлической втулкой – 0,2 мкм; диски TOP BM с пластиковой втулкой – 0,1 мкм; диски 3M Sof-Lex Spiral – 0,2 мкм; Filtek Z550 (3M): диски TOP BM с металлической втулкой – 0,2 мкм; диски TOP BM с пластиковой втулкой – 0,2 мкм; диски 3M Sof-Lex Spiral – 0,3 мкм; Charisma Classic (Kulzer): диски TOP BM с металлической втулкой – 0,3 мкм; диски TOP BM с пластиковой втулкой – 0,2 мкм; диски 3M Sof-Lex Spiral – 0,4 мкм; Реставрин (ТехноДент): диски TOP BM с металлической втулкой – 0,4 мкм; диски TOP BM с пластиковой втулкой – 0,3 мкм; диски 3M Sof-Lex Spiral – 0,4 мкм; Amelogen Plus (Ultradent): диски TOP BM с

металлической втулкой – 0,5 мкм; диски TOP BM с пластиковой втулкой – 0,4 мкм; диски 3M Sof-Lex Spiral – 0,5 мкм.

Выводы. По данным профилометрии и субъективной оценки состояния поверхности «сухой блеск» после полирования определяется на поверхности всех образцов композитных материалов. При этом наилучшие результаты получены при полировании образцов дисками TOP BM с силиконовой втулкой. При применении дисков с металлической втулкой могут возникать царапины и темные бороздки на поверхности реставрации, что требует повторного полирования. Перед применением диски 3M Sof-Lex Spiral требуется предварительная обработка образцов алмазными борами малой абразивности (маркировка красным кольцом).

РОЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА И КАЛЬЦИЯ В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ β-ТАЛАССЕМИЕЙ

Шадлинская Р.В., Пириев Р.В.

Азербайджанский медицинский университет, кафедра стоматологии, г. Баку

В-талассемия является гетерогенным наследственным заболеванием крови, обусловленным генетическим дефектом синтеза β-цепи гемоглобина. Регулярные гемотрансфузии, являющиеся основным лечением при этом заболевании, приводят к развитию гемосидероза органов и тканей, накоплению избыточного железа и нарушению минерального обмена. Формирование минерального дисбаланса при β-талассемии является причиной развития стоматологической патологии [1, 2, 3].

Целью работы явилось определение некоторых метаболических последствий нарушений обмена железа и кальция в организме пациентов с β-талассемией.

В соответствии задачи исследования контингент обследуемых лиц был подразделен следующим образом: 1 – основная группа, в которую вошли 58 пациентов с гомозиготной β-талассемией, наблюдавшиеся у врача стоматолога в Республиканском центре талассемии в г. Баку. 2 – контрольная группа практически здоровых лиц. Средний возраст обследуемых составлял 14,1±0,4 лет. Участие в данном исследовании было добровольным. Стоматологическое обследование проводилось по традиционной схеме, включающей основные клинические методы и определение гигиенического индекса (OHI-S), по методу J.C. Green, J.R. Vermillion (1964), индекса гингивита – PMA (C. Parma, 1960), индекса интенсивности кариеса зубов – КПУ. Определение показателей обмена железа и кальция в сыворотке крови, проводили методом иммуноферментного и колометрического анализа. Полученные цифровые данные подверглись статистической обработке методами вариационного (W-Wilkokson, KU-Kruskal-Wallis), корреляционного (ρ-Spearman) анализов на электронной таблице EXCEL-2010 и SPSS-20.

Результаты проведенного исследования показали, что у больных β-талассемией наблюдается выраженная перегрузка организма железом. Также, обращало на себя внимание параллельное динамичное снижение уровня кальция в сыворотке крови на фоне достоверно высокого ($p<0,001$) содержания фосфора. Проведенный корреляционный анализ позволил установить высокую степень прямой зависимости нарушений обмена железа, кальция, фосфора с уменьшением содержания паратгармона в крови (среднее значение r составляло + 0,82), что доказывает связь нарушения обмена кальция и фосфора с гемосидерозом паращитовидных желез. В наших наблюдениях были выявлены высокие значения гигиенического индекса OHI-S у больных большой β-талассемией. Среднее значение индекса составило 2,98±0,26, что значительно выше, чем в контрольной группе обследованных лиц. В структуре заболеваний пародонта доминировал хронический генерализованный катаральный гингивит. При оценке тяжести

воспалительных процессов в тканях пародонта, среднее значение индекса РМА составило 42,25% у больных с большой β-талассемией и 23,8% у лиц контрольной группы. Среднее значение индекса кровоточивости в основной группе составило 2,32±0,06, что в 1,6 раза было выше, чем в контрольной группе. У пациентов с β-талассемией поражения зубов кариесом были обнаружены в 98% случаев, а наличие хронических очагов одонтогенной инфекции (апикальных гранулем и гнойных кист) – в 78% случаев. Таким образом, на основе проведенных исследований и анализа полученных данных у больных β-талассемией можно констатировать факт высокой распространенности стоматологических заболеваний на фоне прогрессирующего нарушения обмена железа и кальций-фосфорного обмена. Выявленная неблагоприятная ситуация в полости рта у пациентов с β-талассемией нацеливает на комплексный подход для улучшения лечебно-профилактических стоматологических мероприятий и оказания комплексной целенаправленной стоматологической помощи этим больным.

Список литературы:

1. Kalla Tirumala Satya Siva Rajajee at all. Dental Treatment Needs in Thalassemic Children –A Cross sectional Study// Scholars Academic Journal of Biosciences (SAJB), 2017; 5(1):41-46.
2. Thein S.L. Genetic Insights into the Clinical Diversity of Beta Thalassaemia // British Journal of Haemotology, – 2004. Vol. 124. P. 264-274.
3. Weatherall D.S. The Molecular Pathology of Thalassemia. Recent Advances in Haematology // 4th ed., Edindurgh, Churchill Livingstone, – 1985. 63 p.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ КОСТНОЙ АЛЬВЕОЛЫ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ НА ИМПЛАНТАТАХ

Рыжова И.П., Ефимова А.С., Погосян Н.М.

НИУ «БелГУ», г. Белгород

Частичная и полная адентия являются одними из самых распространенных заболеваний ЧЛО и непосредственным образом влияют на

качество жизни пациентов. Потеря даже одного зуба ведет к снижению жевательной эффективности, что в дальнейшем приводит к нарушениям нижнечелюстного сустава. Потребность в ортопедическом лечении, в том числе с помощью несъемных конструкций, остается довольно высокой. Имплантаты имеют целый ряд преимуществ перед традиционным протезированием. Протезирование на имплантатах в настоящее время является одним из наиболее надежных и прогнозируемых методов ортопедического лечения и требет создания определенных оптимальных условий для их установки. Так как происходит атрофия альвеолярной костной ткани после удаления зуба, то установление имплантата становится невозможным без проведения костной аугментации. Способ сохранения костной альвеолы к имплантации с использованием реплантации фрагмента зуба позволяют минимизировать травматичность операции, а также сохранить костную ткань в месте удаленного зуба в короткие сроки.

Цель работы. Выявить преимущества способа подготовки костной альвеолы к протезированию с использованием реплантации фрагмента удаленного зуба.

Материалы и методы. Была предложена и апробирована методика реплантации фрагмента зуба. Проведено динамическое наблюдение клинических и рентгеновских данных после реплантации, выявлены преимущества данного способа.

Способ подготовки костной альвеолы к протезированию с использованием реплантации фрагмента зуба включает в себя следующие этапы: удаление зуба, медикаментозная подготовка реплантируемого фрагмента зуба, заполнение остеотропным материалом лунки и реплантации фрагмента удаленного зуба и далее ушивание нитью.

Данный способ позволяет провести операцию с наименьшей травматичностью для пациента и в более короткие сроки, за счет использования собственных тканей, обладающих оптимальной биосовместимостью, а также достичь необходимый объем альвеолярной

кости в течение 6–10 недель благодаря естественным процессам остеосинтеза, т. е. сократить сроки лечения и обеспечить адекватные условия для дальнейшего протезирования.

ПРОГРАММЫ ДЛЯ 3D ПОСТРОЕНИЯ В ОРТОДОНТИИ

Мухлаёва Т.Д., Кобец А.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ РФ,

г. Саратов

Актуальность. Широкое применение компьютерных технологий, с целью получения высоко эстетичных результатов лечения, задает прогресс развития в стоматологии. Для достижения высоких результатов по факту лечения в ортодонтии используется программы для компьютерного моделирования.

Применяют разные программы, в том числе Avantis 3D, которая позволяет создать цифровую модель прикуса, рассчитать форму каппы и положение брекета, а также достоверно показать, насколько изменится положение зубов после проведенного лечения, отобразить промежуточные этапы. Это способствует установлению более доверительных отношений между пациентом и врачом, позволяет улучшить психологический настрой пациента перед предстоящим длительным лечением.

Лечение при помощи индивидуальных капп невозможно без компьютерного моделирования прикуса. Преимущества компьютерного моделирования прикуса очевидны [2]:

1. Максимальная точность в установке диагноза;

2. Возможность увидеть конечный результат ещё до начала лечения, поскольку методика позволяет визуализировать его на экране компьютера;

3. Точность расчетов позволяет добиться максимальной эффективности ортодонтического лечения;

4. Минимизация риска врачебных ошибок.

Современные специалисты-ортодонты должны иметь все навыки работы с такой программой .

Цель. Выявить обеспеченность клиник г. Саратова программным обеспечением на 3d моделирование при ортодонтическом лечении.

Задачи: 1. Выявить пользуются ли спросом элайнеры как вид ортодонтического лечения. 2. Выявить используют ли ПО на 3d моделирование ортодонты.

Материалы и методы. Для достижения поставленных задач был произведен обзвон стоматологических клиник г. Саратова. Для исследования было выбрано 10 клиник. Исследовалась обеспеченность клиник ПО на 3d моделирование. Исследования проводились разговором по телефону по поводу обеспеченности ПО. Задавались следущие вопросы:

1. Можно получить врачебную помощь от стоматолога-ортодонта.

2. Возможно ли провести ортодонтическое лечение элайнерами.

3. Используется ли программное обеспечение на 3d моделирование.

Результаты.

1. Обеспеченность клиник г. Саратова программным обеспечением на 3d моделирование при ортодонтическом лечении составило 10%.

2. Ортодонтическое лечение с помощью элайнеров пользуется меньшим спросом, в отличие от брекет-систем.

3. По словам стоматологов-ортодонтов, использование программы 3d компьютерного моделирования в настоящее время является более актуальным и менее вредным, так как эмаль не портится, после курса ортодонтического лечения не происходит реставрация зуба, отсутствует нагрузка на эмаль и происходит правильное движение зубов.

Выводы:

1. Программное обеспечение включает в себя виртуальную моделировку «от» и «до», т. е. от исходного кривого положения зубов до идеальной улыбки.

2. На сегодняшний день существуют такие программы как 3Shape, Avantis3d, Maestro 3d Ortho Studio [3]. Преимуществами данных программ является автоматическое создание сценария выравнивания зубов и автоматический расчет необходимого количества капп и времени лечения, что значительно облегчает работу стоматолога-ортодонта при составлении плана ортодонтического лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ И ФОТОДИНАМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Ефимова А.С., Гонтарев С.Н.

НИУ «БелГУ», г. Белгород

Воспалительные заболевания пародонта являются социально значимой патологией, оказывающей неблагоприятное влияние на качество жизни населения. Вопросы лечения, профилактики и реабилитации пациентов с данной патологией относятся к актуальным вопросам современной стоматологии.

Все используемые в настоящее время методики, лекарственные препараты, при лечении воспалительных заболеваний пародонта, применяемые изолированно, не дают стойкой и длительной ремиссии заболевания, что актуализирует использование комплексных подходов к лечению. Особенно перспективным направлением является использование лазерной терапии и фотодинамотерапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта. На сегодняшний день установлена сопоставимость биологического и клинического эффекта лазерного излучения и некогерентного монохроматического света.

Цель работы: выявить эффективность лазеротерапии и фотодинамотерапии при лечении воспалительных заболеваний пародонта.

При обследовании двух групп пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта в возрасте от 11 до 17 лет были проведены клинические методы обследования больных и субъективные методы обследования, которые включали в себя сбор анамнеза жизни и анамнеза заболевания. Первой группе было назначено лечение только лекарственными препаратами, во второй группе лечение было комбинированным с применением лазеротерапии и фотодинамометрии. При лечении был использован аппарат Активатор Светодиодный «LED-актив 03» в режиме красного света. Аппарат создает низкоинтенсивное импульсное излучение со следующими параметрами: длина волны (625+10) нм, частота импульсной модуляции 80 Гц, плотность мощности излучения 140 мВт/см^2.

Результаты исследования показали, что регенерация тканей происходила намного быстрее во второй группе, купировались проявления асептического воспаления. У 96% пациентов было отмечено снижение болевого синдрома, уменьшение кровоточивости десен при чистке, восстановление формы десневых сосочков и маргинальной десны за счет уменьшения отека.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО МАЛОБЕРЦОВОГО АУТОТРАНСПЛНАТАТА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ И ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Буцан С.Б., Булат С.Г., Гилёва К.С., Салихов К.С., Хохлачёв С.Б.
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», г. Москва

Актуальность. Одной из самых трудных задач реконструктивной челюстно-лицевой хирургии остается устранение дефектов челюстей и выраженной атрофии нижней челюсти. Комплексная реабилитация

пациентов с дефектами челюстей и выраженной атрофией нижней челюсти подразумевает реконструкцию челюсти и прилегающих мягких тканей, установку дентальных имплантатов, восстановление функций зубо-челюстной системы путем изготовления ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты, проведения корригирующих операций на мягких тканях челюстно-лицевой области (липофилинг, иссечение рубцов, контурная пластика индивидуальными силиконовыми имплантатами). Несмотря на все достигнутые успехи в данной области, проблема выбора методов и материалов для устранения выраженной атрофии нижней челюсти до конца не решена.

Материал и методы. В период с 2015 по 2017 гг., на базе отделения челюстно-лицевой хирургии ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» г. Москва, 10 пациентам с дефектами челюстей (3 на верхней и 7 на нижней челюсти) и 3 пациентам с выраженной атрофией нижней челюсти, проведено хирургическое лечение с применением реваскуляризированного малоберцового аутотрансплантата. Всем пациентам на основании данных МСКТ черепа и голеней, выполнялась виртуальная моделировка предстоящей операции, с определением объема необходимой реконструкции челюстей, моделировки малоберцового аутотрансплантата и его позиционирования в область устраняемого дефекта или атрофии. На основании виртуального моделирования изготовлялись стереолитографическая модель челюсти, шаблон для остеотомии и сборки аутотрансплантата, и модель собранного фрагмента малоберцового аутотрансплантата. Реконструктивная операция планировалась с учетом требований к будущей ортопедической конструкции, то есть с соблюдением принципа «обратного планирования». Дентальная имплантация проводилась через 3–4 месяца после устранения дефекта. В дальнейшем, после остеоинтеграции имплантатов (около 3 месяцев), изготавливались ортопедические конструкции. При необходимости выполнялись корригирующие операции на мягких тканях.

Результаты и обсуждение. Реваскуляризированный малоберцовый аутотрансплантат наиболее часто применяется для реконструкции челюстей. Возможность забора фрагмента кости длиной до 25 см, делает этот лоскут единственно доступным для тотальных реконструкций нижней челюсти, а также для реконструкции верхней челюсти. Прекрасное сегментарное периостальное кровоснабжение малоберцовой кости позволяет выполнять множество остеотомий с целью воспроизведения естественного контура нижней челюсти. Среди остальных реваскуляризированных костных аутотрансплантатов, забор малоберцовой кости характеризуется наименьшими неудобствами и осложнениями со стороны донорской зоны. Противопоказаниями к применению реваскуляризированного малоберцового аутотрансплантата являются вариации и аномалии кровоснабжения нижней конечности, заболевания периферических сосудов голени и ранее перенесенные травмы нижних конечностей.

Выводы и рекомендации. Применение в клинической практике метода устранения дефектов челюстей и выраженной атрофии нижней челюсти с использованием реваскуляризированного аутотрансплантата малоберцовой кости позволяет расширить показания к дентальной имплантации, и тем самым повысить эффективность комплексной реабилитации данных категорий пациентов с возможностью последующего протезирования ортопедическими конструкциями с опорой на дентальные имплантаты. Предоперационная подготовка должна включать: консультацию стоматолога ортопеда, выполнение МСКТ черепа и голеней, УЗИ кровеносных сосудов лица, шеи и голеней. Возможность включения в аутотрансплантат кожной площадки позволяет устранить не только костные, но и мягкотканые дефекты. Отсроченная имплантация, проведенная через 3–4 месяца после трансплантации малоберцовой кости, делает установку имплантатов безопасной и надежной и предотвращает неудачи, связанные с неправильным их позиционированием.

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЧЕЛЮСТЯХ

Реминов И.С., Шевкунова Н.А., Метелица С.И., Страх О.О.

ФГБОУ ВО «Ижевская ГМА» Минздрава России, г. Ижевск

Известно, что после оперативных вмешательств по поводу онкологических заболеваний происходят эстетико-функциональные нарушения челюстно-лицевой области, которые зависят от величины, формы и объема самого дефекта тканей. В реабилитационном периоде ортопедическое лечение играет важную роль не только в плане восстановления эстетики лица, но и функций жевания, речи, дыхания, глотания, чихания, кашля и др.

Для устранения таких дефектов на верхней челюсти изготавливаются протезы с чашеобразной полой обтурирующей частью, качество которых зависит от правильно проведенных клинико-лабораторных этапов. Чашеобразная обтурирующая часть протеза впоследствии собирает слизь и слезы носовой полости, что является положительным свойством протеза. Задачей врача является правильное получение рабочего оттиска, который не только бы восстанавливал объем дефекта, но и восстанавливал естественную конфигурацию лица, способствуя выполнению всех выше перечисленных функций.

На различных этапах ортопедического лечения пациентов с дефектами верхней челюсти по поводу онкологических заболеваний нами предложены следующие уточняющие коррекционные способы. Так, оттиски снимаем альгинатными массами, используя перфорированные стандартные оттискные ложки по размеру челюстей. Перед получением оттиска дефект закрываем, тампонируем ватно-марлевыми салфетками, слабо смоченным раствором фурацилина. Салфетки слегка утрамбовываем у краев дефекта стоматологическим шпателем, углубляясь на 5–7 мм выше их краев. Почти

всегда такие салфетки выводятся из полости рта вместе с оттиском. при получении оттиска обязательно формируем вестибулярный овал и симметрично носогубную складку. На этапе проверки конструкции протеза контролируем речь, надуванием щек проверяем герметизм, глотание слюны, звуком «А-А-А» проверяем адекватность работы оставшейся части мягкого неба. Обращаем внимание на симметричность лица: если носогубная складка сглажена или симметричность нарушена, то ее формируем за счет углубления в базисе протеза.

Особое внимание уделяем этапу припасовки готового протеза. Пациенту заранее рекомендуем приобрести нерафинированное подсолнечное масло и принести его на прием к врачу.

Перед первым наложением протеза вся его поверхность, которая будет прилегать к слизистой оболочке полости рта и дефекту высушивается салфетками и обильно смазывается нерафинированным подсолнечным маслом. Проводится обучение пациента самостоятельно накладывать и снимать протез. Даются наставления пациенту по уходу за протезами и обязательно акцентируется внимание на проведение коррекций в лечебном зале.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОСТНЫХ АУТОТРАНССПЛАНТАТОВ ИЗ ЛАТЕРАЛЬНОГО КРАЯ ЛОПАТКИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОТСКА ИЛИ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ЧЕЛЮСТЕЙ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Калакуцкий Н.В., Румакин В.П., Садилина С.В., Петропавловская О.Ю., Калакуцкий И.Н.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург;
РНИИТО им Р.Р. Вредена, г. Санкт-Петербург

Введение. Область латерального края лопатки (ЛКЛ) является уникальной донорской зоной для взятия аваскулярных костных

аутотрансплантатов при подготовке больных с выраженными дефектами альвеолярного отростка или альвеолярной части челюстей к введению имплантатов, когда протезирование зубов планируется с опорой на дентальные имплантаты. Использование ЛКЛ в качестве донорской зоны у части больных, для выполнения альвеолопластики, оправдана. Операция по формированию костных блоков в этой зоне непродолжительна, атравматичная, послеоперационный рубец скрыт одеждой. В получаемом костном материале компактное вещество превалирует над губчатым, что обеспечивает большую его прочность и меньшую скорость резорбции после перемещения в реципиентую зону. Функция верхней конечности быстро восстанавливается в полном объёме.

Цель исследования. По рентгенологическим и морфологическим данным оценить эффективность использования аутокости из ЛКЛ используемой для реконструкции альвеолярного отростка верхней челюсти и/или альвеолярной части нижней челюсти.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов компьютерных томограмм до начала лечения и в сроки от 4 до 6 месяцев после выполнения костной пластики у всех пациентов, которым проводилась реконструкция альвеолярной кости с использованием аутотрансплантата из ЛКЛ. Проведён сравнительный анализ морфологических данных, полученных при изучении биоптатов инфарктной костной ткани из наиболее часто используемых донорских зон (ветвь нижней челюсти, кости свода черепа, гребень подвздошной кости) и костной ткани из ЛКЛ.

Результаты. Реконструкция альвеолярной кости с использованием костного трансплантата из ЛКЛ была выполнена 21 пациенту в возрасте от 22 до 63 лет (4 мужчин и 17 женщин). Протяженность дефектов в пределах зубного ряда была от 2 до 28 зубов, средняя протяженность дефекта составляла 11 зубов. Включённые дефекты зубного ряда были выявлены у 5 (23,81%) пациентов, концевые дефекты – у 7 (33,33%) больных, комбинированные дефекты зубных рядов встречались у 3 (14,28%)

пациентов. Полное отсутствие зубов на верхней челюсти отмечалось у 3 (14,28%) человек, на обеих челюстях – 3 (14,28%) больных. В зависимости от выбранного плана лечения для устранения костных дефектов АОВЧ и АЧНЧ выполнялись: «винирная техника» – у 7 (33,3%) пациентов и «винирная техника» и синус-лифтинг у 14 (66,7%) больных. До операции высота альвеолярного отростка верхней челюсти в среднем была 4,15±0,32 мм, ширина 2,51±0,21мм; высота же альвеолярной части нижней челюсти до операции в среднем была 5,77±0,28 мм, ширина – 2,98±0,11 мм. После проведения реконструкции средней прирост костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в ширину составил 3,74±0,47 мм, в высоту – 6,67±0,99 мм. Среднее увеличение костной ткани альвеолярной части нижней челюсти после данной операции в высоту было 4,21±1,21 мм, в ширину – 3,47±1,33 мм. По результатам морфологического исследования костных биоптатов из различных донорских зон, выявлено, что наибольшая плотность костных балок отмечалась в биоптатах из области ветви нижней челюсти, а наименьшая из области гребня подвздошной кости (ГПК). При анализе степени васкуляризации отмечено, что она сопоставима в области ветви нижней челюсти и ЛКЛ. Наименьшая плотность клеточных элементов отмечалась в области ветви нижней челюсти, а наибольшая в области свода черепа и ГПК. Из них большее количество остеоцитов в поле зрения было в биоптатах из костей свода черепа, а наименьшее в области ветви нижней челюсти и ЛКЛ. Таким образом, можно сделать вывод, что костная ткань из ЛКЛ по морфологическому строению сходна с ветвью нижней челюсти.

Выводы. 1. Морфологически подтверждено наибольшее структурное сходство костной ткани из латерального края лопатки с трансплантатами из внутриротовых донорских зон.

2. Проведённое исследование подтверждает целесообразность использования латерального края лопатки в качестве альтернативной донорской зоны для выполнения альвеолопластики у больных с выраженной атрофией альвеолярной кости при подготовке больных к имплантации.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ, БОГАТОГО ТРОМБОЦИТАМИ ФИБРИНА И ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ АУГМЕНТАЦИИ ЛУНОК УДАЛЕННЫХ ЗУБОВ ПЕРЕД ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Тарасенко С.В., Знаменская Ю.П.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Введение. На сегодняшний день, самым распространенным методом реабилитации пациентов с частичной потерей зубов является протезирование с опорой на дентальные имплантаты. В связи с этим одной из актуальных проблем хирургической стоматологии является поиск наиболее эффективных методов восстановления дефектов кости, образовавшихся в результате удаления зубов с целью создания оптимальных условий для дальнейшей дентальной имплантации.

Цель работы: повышение эффективности лечения пациентов с частичным вторичным отсутствием зубов путем аугментации лунок после удаления зубов с применением препарата на основе модифицированной гиалуроновой кислоты в сочетании с богатым тромбоцитами фибрином и остеопластическим материалом перед дентальной имплантацией.

Объекты и методы. За период с 2016 по 2017 гг. на базе кафедры хирургической стоматологии ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова нами проведено обследование и лечение 31 пациента. В первой группе исследования 16 пациентам проводили удаление зубов и аугментацию их лунок с использованием препарата модифицированной гиалуроновой кислоты – Гиалрипайер № 10, остеопластического материала «Остеопласт-Т», богатого тромбоцитами фибрина – i-PRF и A-PRF-мембраны; 15 пациентам группы сравнения проводили удаление зубов и ведение их лунок по стандартной методике «под сгустком». В динамике оценивали особенности

течения раневого процесса на 1-, 3-, 5-, 7-е сутки. По результатам конусно-лучевой компьютерной томографии оценивались параметры объема костной ткани до вмешательства, степень атрофии альвеолярной кости, оптической плотности, качество остеорегенерата послеоперационной области через 1, 3, 6 месяцев.

Результаты. Использование препарата гиалуроновой кислоты в сочетании с i-PRF, A-PRF-мембраной и остеопластическим материалом для аугментации лунок удаленных зубов у пациентов 1 группы обеспечивало наилучшие результаты: более раннюю эпителизацию, слабовыраженный коллатеральный отек, низкую интенсивность и длительность болевого синдрома. В группе сравнения в эти сроки эпителизация начиналась лишь по краям лунки. По результатам конусно-лучевой компьютерной томографии через 6 месяцев у пациентов группы исследования сформированная костная ткань равномерно прослеживалась по всему объему лунки, имела мелкоячеистую однородную структуру. Граница между костными стенками и остеорегенератом не прослеживалась. Снижение высоты альвеолярного гребня составило 0,55±0,09мм ($p<0,05$). Оптическая плотность сформированной костной ткани наблюдалась в диапазоне 900–1300 HU. У пациентов группы сравнения через 6 месяцев костная ткань имела неравномерно сформированную, крупноячеистую структуру. Наблюдалась граница между остеорегенератом и костными стенками альвеолы. Снижение высоты альвеолярного гребня составило 1,98±0,17 мм ($p<0,05$). Оптическая плотность регенерата – 300–750 HU.

Заключение. Аугментация лунок зубов с применением предложенной нами методики обеспечивает формирование качественного костного остеорегенерата, увеличение оптической плотности и минимальную атрофию альвеолярной кости, что позволяет устанавливать дентальные имплантаты без предварительной остеопластики. Кроме того, при этом была отмечена более низкая интенсивность болевого синдрома, более короткие сроки

эпителизации, по сравнению со стандартной методикой ведения лунки удаленного зуба «под сгустком».

Список литературы:

1. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И., Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010.
2. Хабаров В.Н., Бойков П.Я., Селянин М.А. Гиалуроновая кислота: получение, свойства, применение в медицине. – М.: Практическая медицина, 2012.
3. Casale M., Moffa A., Vella P., Sabatino L., Capuano F., Salvinelli B., Lopez M.A., Carinci F., Salvinelli F. Hyaluronic acid: Perspectives in dentistry. A systematic review //Int J Immunopathol Pharmacol. 2016; Jun 8.
4. Claar M. A promising material for improving therapeutic outcomes. Hyaluronic acid in oral implantology. 2015; EDI 4-13, 64-68.
5. Pocaterra A, Caruso S., Bernardi S., Scagnoli L., Continenza MA., Gatto R.. Effectiveness of platelet-rich plasma as an adjunctive material to bone graft: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials //Int J Oral Maxillofac Surg. 2016; Aug;45(8), 1027-34.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНГИБИРОВАНИЯ РЕЦЕПТОРОВ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА В ПУЛЬПЕ ЗУБОВ КРЫС

Островская И.Г., Паничкин Н.Д., Слободянская М.Л.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ, кафедра биохимии, г. Москва

Актуальность. В защите организма от патогенов принимают участие две системы иммунологической защиты – реакции врожденного и приобретенного иммунитета, которые отличаются набором клеточных элементов и соответственных им рецепторов. Основной эффекторный механизм врожденного иммунитета – развитие воспаления за счёт фагоцитов (нейтрофилы, макрофаги) и клеток, выделяющих медиаторы воспаления

(тучные клетки, базофилы, эозинофилы, дендритные клетки и др.). Фагоциты распознают высококонсервативные молекулярные шаблоны (PAMP – Patogen-Associated Molecular Patterns), свойственные большим группам микроорганизмов. Распознавание молекулярных структур (паттернов) происходит с помощью паттерн-распознающих рецепторов (PRR – Pattern Recognition Receptor), в результате чего фагоциты активируются и синтезируют те или иные цитокины. К одним из таких рецепторов относят толл-подобные рецепторы (TLR). Это класс клеточных рецепторов, распознающих эндогенные и экзогенные патологические факторы и активирующих клеточный иммунный ответ. Они одновременно запускают продукцию цитокинов – полипептидных медиаторов межклеточного взаимодействия. Обнаружено 13 различных TLR. Специфическим лигандом TLR рецептора 4 типа является липополисахарид грам-отрицательных бактерий, благодаря которому выявлена экспрессия TLR4 в одонтобластах и фибробластах пульпы зуба *in vitro*.

Цель исследования. Изучить влияние ингибитора TLR-4 на синтез провоспалительных цитокинов в пульпе резцов крыс.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на 14 крысах самцах Вистар с средней массой тела 285,0±3,9 г. При постановке опыта руководствовались «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных», утвержденных требованиями Всемирного общества защиты животных (WSPA) и Европейской конвенции по защите экспериментальных животных. Животных содержали в клетках в помещениях с искусственным освещением при температуре 20–22°С в условиях свободного доступа к воде и пище. Все животные были поделены на две группы. Животным первой группы (n=7) однократно внутрибрюшинно в 9 утра вводили 2 мг/кг препарата CLI-095 (синтетический ингибитор TLR4; «InvivoGen»), разведённого в 1 мл физиологического раствора. Животным второй группы (n=7) аналогично в тех же условиях вводили 1 мл физиологического раствора. Крыс декапитировали на

следующие сутки под эфирным наркозом. У *животных* после декапитации выделяли фрагменты челюстей с зубами. Зубы извлекали из верхней и нижней челюсти, пульпу отделяли от минерализированной оболочки зуба при помощи металлического пинцета. Пульпу животного промывали в 0,9% растворе NaCl, образец высушивали фильтровальной бумагой и взвешивали на электронных весах (вес пульпы резца крысы колебался от 10 до 25 мг). Ткань помещали в предварительно охлажденную фарфоровую ступку с добавлением 5 мкг алюмосиликатного порошка и 0,5 молярного раствора трис-HCl буфера (pH=7,3) из расчёта на вес ткани 1мг/10 мкл и центрифугировали при 3000 об/15 минут. В супернатанте исследуемых образцов пульпы методом иммуноферментного анализа определяли количество интерлейкина-1β (ИЛ-1β), ИЛ-6, фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) в пг/мг ткани. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным, введение ингибитора TLR-4 сопровождалось достоверным понижением ($p<0,05$) уровня ФНО-б, увеличением количества ИЛ-6 ($p<0,05$) в пульпе резцов верхней челюсти, но не влияло на уровень данного цитокина в пульпе резцов нижней челюсти. В то же время введение ингибитора TLR-4 не оказывало влияния на количество интерлейкина-1в ($p>0,1$) в пульпе резцов обеих челюстей.

Выводы. Введение ингибитора TLR-4 ингибировало синтез провоспалительных пептидов в пульпе резцов крыс, что позволяет его рекомендовать для использования в противовоспалительной терапии.

ОЦЕНКА ЛИЗОЦИМНОЙ АКТИВНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБРАННЫХ ПРЕДМЕТОВ И СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Сметанина О.А., Вдовина Л.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Комплексное лечение и профилактика гингивита являются основными факторами в решении проблемы предотвращения развития пародонтита. Частота гингивита достигает почти 100%, чаще поражаются дети и лица молодого возраста до 25–30 лет.

Профессиональная гигиена включает в себя снятие назубных и поддесневых отложений. В качестве одного из наиболее чувствительных тестов можно использовать определение лизоцима в ротовой жидкости. Лизоцим – муколитический фермент класса гидролаз, разрушающий клеточные оболочки бактерий путём гидролиза мурамилглюкозамина клеточной стенки грам-положительных бактерий. Кроме того, он стимулирует фагоцитарную активность лейкоцитов, участвует в регенерации биологических тканей.

Цель исследования: оценить лизоцимную активность ротовой жидкости в зависимости от выбранных средств и предметов гигиены полости рта при хроническом гингивите.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры пропедевтической стоматологии ПИМУ нами было обследовано 30 студентов в возрасте от 16–18 лет. Лабораторные исследования проводились на базе Нижегородского педиатрического института. Диагноз хронического гингивита устанавливался на основании анамнеза, жалоб, УИГР, индекса РМА, пародонтального индекса и индекса кровоточивости Мюллемана-Коуэлла.

Обследованные были разделены на 3 группы: 1 группа – контрольная, практически здоровые, основная группа – пациенты с хроническим катаральным гингивитом легкой степени тяжести, которым мы рекомендовали средства гигиены фирмы Colgate, группа сравнения – пациенты с хроническим катаральным гингивитом легкой степени тяжести, которые использовали средства гигиены фирмы R.O.C.S. Во всех группах нами были проведены профессиональная гигиена полости рта и обучение индивидуальной гигиене полости рта. Пациентам основной группы было рекомендовано использование зубных щеток Colgate 360, пасты Colgate Total 2 раза в день и ополаскиватель Colgate Plax после чистки зубов. Через 10–12 дней проводилось повторное обследование. Пациентам группы сравнения рекомендовали применение ополаскивателя для полости рта «R.O.C.S. Teens», рекомендованный детям от 8–18 лет, зубной пасты «R.O.C.S. Bionica» с травами, зубной щетки «R.O.C.S. teens soft».

Определение активности лизоцима в смешанной слюне (%), которая забиралась в одно и тоже время суток – в утренние часы, натощак, без стимуляции слюнных желез в стерильную пробирку проводили нефелометрическим методом по Дорофейчук (1968). В основе метода лежит свойство лизоцима лизировать мукополисахариды клеточных стенок эталонного штамма Micrococolysodeikticus.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного нами лечения отмечено уменьшение воспалительного процесса в тканях пародонта. Пациенты отмечали значительное уменьшение или полное прекращение кровоточивости десны, ощущение свежести в полости рта, исчезновение неприятного запаха изо рта.

При анализе лабораторных данных у пациентов всех групп отмечается увеличение активности лизоцима в смешанной слюне. В основной группе она составила до лечения – 36,5%, после лечения – 40,2%. В группе сравнения – до лечения – 34,9%, после лечения – 49,3%. Таким образом, можно сделать вывод, что антибактериальная функция слюны повысилась. Применение

предметов и средств гигиены фирмы R.O.C.S. показывает большее, по сравнению с основной группой, увеличение лизоцимной активности.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности проведения профессиональной гигиены и применения выбранных нами предметов и средств гигиены фирмы Colgate и R.O.C.S. и позволяет рекомендовать их пациентам с хроническим катаральным гингивитом легкой степени тяжести. Поддержание хорошего уровня гигиены полости рта должно иметь постоянную психологическую мотивацию для предупреждения развития хронического течения воспалительных заболеваний пародонта.

Заключение. Таким образом, гигиена полости рта является ключевым этапом лечения воспалительных заболеваний пародонта, что подтверждается клиническими результатами и повышением уровня лизоцимной активности в смешанной слюне.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЛИМФОЛЕЙКОЗАМИ

Холмогорова О.П., Асташина Н.Б., Гуляева И.Л.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

Лейкоз – неопластическое клональное заболевание системы кроветворения. В настоящее время патогенез хронических лимфолейкозов достаточно хорошо изучен. Однако в сочетании с проявлениями в полости рта и с точки зрения врача стоматолога-ортопеда проблема требует дальнейшего исследования. Проведение профилактических и терапевтических стоматологических мероприятий у пациентов с хроническими лимфолейкозами представляет значительную сложность, так как большинство манипуляций, проводимых в полости рта, в той или иной степени травматичны. Все действия

инвазивного характера в полости рта у больных с рассматриваемой патологией следует проводить в условиях стационара с одновременной гемостатической терапией и только в период ремиссии.

Цель – изучить стоматологический статус у пациентов с хроническими лимфолейкозами.

Материалы и методы. Всего обследовано 48 человек в возрасте от 60 до 74 лет, находившихся на лечении в гематологическом отделении в ГБУЗ «Клиническая медико-санитарная часть № 1», в период с 2015 по 2016 год с диагнозами хронический лимфолейкоз (24 человек). В группу сравнения вошли 24 практически здоровых человека (12 мужчин и 12 женщин). Определяли показатели: индекс гигиены Грина-Вермильона (Г-В), индекс CPITN, индекс Мюллемана, КПУ, количестводефектов зубных рядов, наличие и качество зубных протезов, наличие элементов поражения по классификации S.N. Bhaskar (1997), в которой патология слизистой оболочки рта систематизирована через ведущий клинический симптом: «белые» (Б) поражения, пузырные поражения, эрозивно-язвенные поражения (Э-Я), «пигментные» поражения. Статистическую обработку проводили с помощью пакета Statistica 10. Изучаемые количественные признаки представлены в виде M±σ, где M – среднее, σ – его стандартно еотклонение. Сравнение двух независимых групп проводили по критерию Манна-Уитни. Статически значимыми считались такие различия, при которых $p \leq 0,05$.

Результаты. Показатели индекса гигиены Г-В и индекса CPITN у мужчин с хроническими лимфолейкозами в среднем составляют 4,45±1,36 и 2,98±0,54; у женщин этой же группы – 3,06±0,89 и 2,8±0,58, что соответствует уровню – «плохой» и показывает нуждаемость пациентов в проведении профессиональной гигиены полости рта. В группе сравнения эти же показатели находятся на уровне 2,14±1,06 (p=0,0009) и 2,18±0,8 (p=0,0179) у мужчин; 2,08±1,05 (p=0,019) и 2,02±0,78 (p=0,020) – у женщин. У всех пациентов с хроническими лимфолейкозами наблюдаются «белые» (Б) и эрозивно-язвенные (Э-Я) поражения СОПР: у мужчин Б – 17%, Э-Я – 58%, сочетание Б и Э-Я –

25%. У женщин Э-Я – 59%, Б – 25%, сочетание Б и Э-Я – 16%. Здоровые пациенты не имеют заболеваний СОПР. 26% пациентов с хроническими лимфолейкозами нуждаются в ортопедическом лечении, но они никогда не протезировались.

Выводы:

1. Стоматологический статус пациентов с хроническими лимфолейкозами характеризуется низким уровнем гигиены полости рта; значительной распространенностью заболеваний тканей пародонта и слизистой оболочки рта с высоким индексом КПУз; высокой нуждаемостью пациентов в ортопедическом лечении по поводу устранения дефектов твердых тканей зубов и зубных рядов.

2. У пациентов группы сравнения выявляются достоверные отличия показателей индекса гигиены Green-Vermillion (Г-В), индекса Muhllemann-Cowell, индекса рецессии десневого края.

3. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что существует необходимость разработки комплекса мер, направленных на повышение уровня стоматологического здоровья пациентов с хроническими лимфолейкозами. Обязательным является динамическое наблюдение данной категории пациентов врачами-стоматологами с регулярным контролем состояния тканей пародонта и своевременным шинированием подвижных зубов с применением рациональных ортопедических конструкций. Перед проведениям стоматологических манипуляций обязательным является исследование системы кроветворения и проведение соответствующей медикаментозной подготовки для предупреждения кровотечений. Также существует необходимость защиты слизистой оболочки рта и тканей маргинального пародонта от травматических воздействий на этапах терапевтического и ортопедического лечения.

ВЫРАЖЕННОСТЬ РОТОГЛОТОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шихнабиева Э.Д., Шихнабиева М.Д., Абдулмеджидова Д.М.
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
НОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт» МОН РФ,
г. Махачкала

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) представляет собою хроническое рецидивирующее заболевание, проявляющееся пищеводными и внепищеводными (ротоглоточными) проявлениями и разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода, вызванными ретроградным забросом в него желудочного или желудочно-кишечного содержимого. Ротоглоточные симптомы чаще всего проявляются в виде воспаления носоглотки, фарингита, ларингита, периодонтита, повреждения эмали зубов, хронического катарального гингивита, стоматита, халитоза и др.

Цель исследования: изучение особенностей внепищеводных (ротоглоточных) проявлений у лиц подросткового возраста с ГЭРБ.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 76 лиц подросткового возраста в возрасте 15–18 лет, которые проходили обследование в условиях городских поликлиник г. Махачкала. Верификацию патологических изменений со стороны слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта больным проводили эзофагогастродуоденоскопически (ЭФГДС). Кроме того, больные проконсультировались со стоматологом и ЛОР-врачом.

Результаты исследования. Установлено: среди диспептических проявлений у обследованных пациентов преобладала изжога за грудиной и в эпигастральной области (в 77,6% случаев), отрыжка (в 34,2% случаев). Эти симптомы, как известно, наиболее четко отражают недостаточность нижнего

пищеводного сфинктера. У 32,9% подростков имело место болевой абдоминальный синдром, проявляющийся жжением в эпигастральной области и за грудиной.

Среди стоматологических проявлений ГЭРБ у обследованных больных чаще отмечался кариес (у 69,7%), реже – халитоз (у 25%) и стоматит (у 19,7%).

Достаточно большого количества больных отмечались ларингологические проявления ГЭРБ: симптомы хронического фарингита имели 81,6% пациентов, гипертрофического тонзиллита – 50%, аденоиды I–II степени – 32,9%. Наиболее частыми симптомамиявлялись охриплость голоса, хронический приступообразный кашель наизменения метеоусловий (зачастую на повышенную влажность), напоминающий приступ бронхиальной астмы, ощущение першения в горле. У 7,9% пациентов отмечалась дисфония, которая требовала проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями ЛОР-органов. При объективном осмотре со стороны ЛОР-органов у 70% обследованных выявлялись покраснение и отек слизистой оболочки задних отделов голосовых складок, черпаловидных хрящей и межчерпаловидного пространства.

Заключение. Таким образом, у лиц подросткового возраста, помимо основных симптомов ГЭРБ, довольно часто встречаются ротоглоточные проявления болезни. В основе этих клинических симптомов и патологических состояний лежит заброс желудочного сока из желудка в пищевод. Вместе с тем, зачастую клиницисты не учитывают патогенетическую связь вышеуказанных проявлений и ГЭРБ, что нередко приводит к длительному и малоэффективному лечению.

ПАТОЛОГИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Малина М.С., Тытюк С.Ю., Иорданишвили А.К.

ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт»,

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»,

г. Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время имеются большие сложности при стоматологической реабилитации пациентов, страдающих болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом (хронические воспалительные заболевания кишечника – ХВЗК), что связано с отсутствием точных представлений об этиологии этих заболеваний. Кроме того, не исследованы особенности стоматологической патологии у лиц, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, а также изменения в органах и тканях жевательного аппарата, свойственных болезни Крона (БК) и хроническому неспецифическому язвенному колиту (ХНЯК). Поэтому изучение этих аспектов представляет актуальность для современной медицины.

Материал и методы. Проведено клиническое, экспериментальное и лабораторное исследование на 120 пациентах, страдающих ХВЗК, для определения особенностей стоматологической патологии у таких больных, морфологии твердых тканей зубов и уровня про- и противовоспалительных цитокинов.

Результаты исследования. Проведённая работа позволила установить стоматологическую заболеваемость у лиц, страдающих болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом, оценить гигиену полости рта и эффективность проведения у них стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, а также исследовать особенности морфологического строения и химического

состава твердых тканей зубов и определить частоту встречаемости оппортунистической вирусной инфекции в слизистой оболочке полости рта, а также уровни про- и противовоспалительных цитокинов ротовой жидкости.

В ходе экспериментального исследования было выявлены морфологические деструктивные изменения, а также изменения в структуре и составе твердых тканей зубов у лиц, страдающих болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом, которые могут осложнять стоматологическую реабилитацию людей из-за снижения эффективности применения адгезивных технологий при стоматологическом лечении, что может также обусловливаться выявленным автором снижением уровня минерализации, особенно в поверхностных слоях эмали.

Результаты лабораторных исследований, с учетом высокой частоты стоматологической патологии и дисбаланса в продукции про- и противовоспалительных цитокинов у лиц, страдающих болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом, позволили сделать рекомендации, что своевременное определение в клинической практике уровней цитокинов у пациентов, позволить обоснованно рекомендовать к назначению пациентам местные противовоспалительные и иммуномодулирующие средства в комплексной терапии основных стоматологических заболеваний.

Заключение. Полученные в результате клинического, экспериментального и лабораторного обследования больных, страдающих болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом, данные позволяют повысить эффективность диагностики и лечения больных, страдающих ХВЗК.

НОВОЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННОЙ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЛИЦА

Гусейнов Р.З., Малышев М.Е., Иорданишвили А.К.

Институт скорой помощи им. Ю.Ю. Джанелидзе, Городская стоматологическая поликлиника № 29, Северо-западный государственный университет им. И.И. Мечникова, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Среди пациентов, проходящих лечение в специализированном стационаре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильного госпиталя больные, страдающие одонтогенной подкожной гранулемой лица (ОПГЛ) лица встречаются не часто, и составляют 0,15–0,22% больных, проходящих лечение на таком отделении, в том числе 1,2% от больных, страдающих одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области [1, 2]. На этапе амбулаторно-поликлинической помощи дефекты первичной диагностики ОПГЛ выявляются более чем в 73% случаев [3, 4]. В последнее время ОПГЛ стала чаще встречается у людей молодого и среднего возраста [5]. В тоже время необходимо подчеркнуть, что причины возникновения одонтогенной подкожной гранулёмы лица при хронических одонтогенных очагах инфекции до сих пор не исследованы. Поэтому представляет интерес расширить представления специалистов об иммунологических параллелях, имеющих место при хроническом периодонтите и одонтогенной подкожной гранулёме лица, что имеет теоретическое в аспекте изучения патогенеза одонтогенной подкожной гранулёмы, а также прикладное значение в лоне профилактики её возникновения и рецидивирования.

Цель исследования: оценить некоторые показатели местного иммунитета людей, страдающих хроническим гранулирующим периодонтитом и одонтогенной подкожной гранулёмой лица для уточнения механизмов формирования дисфункций иммунной системы, приводящих к

развитию одонтогенной подкожной гранулёмы лица у лиц с хроническими очагами стоматогенной инфекции.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 54 (36 мужчин, 18 женщин) пациента в возрасте от 18 до 43 лет, страдающих хроническим гранулирующим периодонтитом (ХГП), из которых у 19 (15 мужчин, 4 женщин) был установлен диагноз – одонтогенная подкожная гранулема (ОПГЛ). Группу сравнения составили 30 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, осмотренные в порядке плановой санации без признаков данных заболеваний. Материалом исследования служила слюна пациентов. Забор слюны проводили утром с 9.00 до 10.00. Перед сбором слюны пациент полоскал ротовую полость 100 мл теплого, бледно-розового раствора марганцевого кислого калия. После этого в течение последующих 10–15 минут больной собирал слюну в сухую пробирку в количестве около 7 мл.

Содержание в слюне 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 с использованием наборов фирмы «Вектор Бест» (Россия) согласно общепринятым рекомендациям.

Результаты исследования и их обсуждение. Показано, что развитие воспаления при ХГП и ОПГЛ характеризуется усилением местного иммунитета и повышением уровня в слюне провоспалительных цитокинов. Установлено, что нарушение процесса воспаления с преобладанием синтеза противовоспалительных цитокинов, таких как IL-10, может привести к развитию вялотекущего воспаления в подкожной жировой клетчатке лица и возникновению ОПГЛ. Редкость заболевания людей ОПГЛ и недостаточность материала для анализа пока не позволяет сделать достоверных выводов о роли интерлейкинов местного иммунитета в развитии ОПГЛ, однако, поиск актуальных лабораторных маркеров развития

воспаления при ХГП и ОПГЛ является важной задачей на стыке стоматологии и клинической лабораторной диагностики.

Список литературы:

1. Лобейко В.В., Иорданишвили А.К., Малышев М.Е. Возрастная характеристика иммунологических показателей слюны у взрослых людей // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. № 1 (150). С. 74-79.
2. Иорданишвили А.К. Особенности диагностики и лечения одонтогенной подкожной гранулёмы лица // Стоматологический научно-образовательный журнал. – 2014. № 3/4. С. 15-19.
3. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В. Одонтогенные подкожные гранулёмы лица: клиническая картина и принципы лечения // Инфекции в хирургии. – 2015. Т. 13, № 3. С. 34-37.
4. Page R.C., Kornman K.S. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction // Periodontology. – 2000. Vol. 14. P. 9-11.
5. Di Benedetto A., Gigante I., Colucci S., Grano M. Periodontal disease: linking the primary inflammation to bone loss // Clin. Dev. Immunol. – 2013. Vol. 11. P. 503-754.

ПАРЕСТЕЗИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: ОСОБЕННОСТИ РЕГИСТРАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

Иорданишвили А.К., Либих Д.А.

Институт биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук, г. Санкт-Петербург;

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Стомалгии в структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка составляют 20–25%, наиболее часто встречаются у людей пожилого и старческого возраста и плохо поддаются лечению. Наши исследования показали, что в большинстве случаев раздражающие общие и местные факторы являются лишь разрешающими моментами возникновения стомалгий, протекающих на фоне различной психосоматической патологии

(скрытая депрессия, латентная сидеропения и др.), либо стомалгии являлись симптомами протезных стоматитов или гальванизма [1, 2, 3].

Особую проблему для врачей-стоматологов представляет описание динамики таких заболеваний в амбулаторной карте стоматологического больного и другой первичной медицинской документации. Это связано с отсутствием конкретных объективных критериев, по которым имелась бы возможность объективной регистрации клинической симптоматики при таких заболеваниях.

Целью настоящего клинического исследования было предложить индексную оценку заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка (СОПРиЯ), сопровождающихся парестетическими и болевыми синдромами (стомалгия, парестезия, глоссалгия, глоссодиния и др.).

Материал и методы. На основании анализа симптоматики заболеваний СОПРиЯ сопровождающихся парестетическими и (или) болевыми ощущениями нами был предложен индексный способ оценки степени тяжести таких заболеваний.

Результаты исследования. Предложенный индексный способ оценки степени тяжести таких заболеваний, учитывает следующие клинические симптомы и их оценку в баллах:

1. *Патологические ощущения (парестезии, стомалгии):* отсутствуют – 0; жжение (парестезия) – 1; болевые ощущения (алгии) – 5.

2. *Распространенность парестетических (болевых) ощущений:* парестетические ощущения или алгии отсутсвуют – 0; в области языка и (или нёба, альвеолярных отростков челюстей (протезного ложа) – 1; в области языка нёба, альвеолярных отростков и слизистой оболочки щёк (протезного поля) – 5.

3. *Влажность слизистой оболочки полости рта и языка:* влажная – 0; периодическая сухость слизистых оболочек полости рта – 1, ксеростомия – 5.

4. *Нарушения вкуса:* отсутствуют – 0; наличие нарушений вкуса (привкус металла, горечи, кислоты) – 1; извращение вкуса – 5.

5. *Цвет слизистой оболочки полости рта и языка:* бледно-розовый – 0; лёгкая гиперемия – 1; ярко красный – 5.

Для установления степени выраженности клинического течения парестезии СОПРиЯ или стомалгии вначале осуществляют диагностику перечисленных клинических симптомов. После регистрации симптоматики патологии СОПРиЯ осуществляют подсчет баллов в сумме и оценивают степень тяжести течения заболевания СОПРиЯ исходя из полученной суммы баллов следующим образом: 0 – нет патологии; 1–4 балла – легкая степень тяжести патологии СОПРиЯ; 5–9 баллов – патология СОПРиЯ средней тяжести; 10–25 баллов – тяжелая степень тяжести течения патологии СОПРиЯ.

Для объективизации оценки результата лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка сопровождающиеся парестетическими и болевыми синдромами нами был предложен следующий способ, который предусматривает определение эффективности проведенной терапии при указанной патологии СОПРиЯ следует проводить по формуле: *Эффективность (%) = 100х (А-В): А*, где А – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения патологии СОПРиЯ до начала терапевтических мероприятий; В – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения патологии СОПРиЯ после проведенного лечения.

Заключение. Предложенный подход поможет врачам-стоматологам поликлинического звена облегчить ведение первичной медицинской документации у таких пациентов.

Список литературы:

1. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Жмудь М.В. и соавт. Частота и причины функциональных нарушений слюноотделения у людей разного возраста // Успехи геронтологии. – 2012. Т. 25, № 3 С. 531-534.
2. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Жмудь М.В. и соавт. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желёз // Пародонтология. – 2012. № 2 (63). С. 71-75.

3. Иорданишвили А.К., Филиппова Е.В., Либих Д.А., Лобейко В.В. Оптимизация лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, возникших в результате комбинированного лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны у людей старших возрастных групп // Биомедицинский журнал Медлайн.ру. – 2013. Т. 13, ст. 89. С. 1054-1065.

ЛИЧНОСТНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ НА БОЛЕЗНЬ ПРИ АЛЬВЕОЛИТЕ

Робустова Т.Г.[1], Иорданишвили А.К.[2,3], Лысков Н.В.[3], Коровин Н.В.[3], Музыкин М.И.[3], Сериков А.А.[3], Жмудь М.В.[3]

[1]Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва;

[2]Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург;

[3]Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Введение. В клинической практике врачей стоматологов-хирургов остаётся актуальной проблема лечения альвеолитов, которые возникают после операции удаления зуба у 2,7–17% пациентов и составляют до 50% всех послеоперационных осложнений, возникающих при этой самой частой в медицине операции [1]. Описано большое количество методов лечения, а также фармакологических средств, которые в разное время применялись и до сих пор используются с разной эффективностью стоматологами-хирургами в их повседневной работе в отделениях и кабинетах хирургической стоматологии [2]. Для этих целей применяли гелевин, оксицелодекс, солкосерил-желе, дермазин, дентамет, герпенокс, аргакол, специальные пасты, приготавливаемые непосредственно перед внесением их на раневую поверхность при инфекционно-воспалительных явлениях [3]. Эффективное лечение альвеолита, способствует уменьшению нетрудоспособности пациентов, страдающих этим заболеванием [4], а также профилактике атрофии альвеолярных отростков и дуг челюстей у них. Поэтому, поиск

новых эффективных средств для лечения альвеолита сохраняет свою актуальность, в связи с тем, что частота встречаемости этого ближайшего осложнения операции удаления зуба не уменьшается [5]. В последнее время особое внимание уделяется использованию в медицинской практике готовых лекарственных форм (средств), что удобно для практической стоматологии [6]. В тоже время в специальной литературе отсутствуют сведения о личностном реагировании пациентов на болезнь возникновении у них при инфекционно-воспалительных осложнений, которые развиваются после операции удаления зуба.

Целью исследования являлось разработка методики оценки тяжести альвеолита, а также изучение особенностей личностного реагирования пациента при возникновении после операции удаления зуба альвеолита путём оценки синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации.

Материал и методика исследования. На первом этапе исследования для разработки способа оценки тяжести течения альвеолита была проанализирована клиническая симптоматика этого заболевания у 242 (173 мужчин и 89 женщин) в возрасте от 18 до 72 лет. Диагностировали ведущие клинические симптомы, затем ранжировали их по степени тяжести течения с учётом клинической картины заболевания, что позволило, применив методику А.К. Иорданишвили [2], предложить способ оценки тяжести течения альвеолита, а также методику оценки эффективности проведённого лечения. На втором этапе исследования проведёно изучение особенностей личностного реагирования на болезнь при развитии у 112 (72 мужчин и 40 женщин) пациентов молодого и среднего возраста (от 18 до 52 лет) после операции удаления зуба альвеолита. При этом были отобраны только лица, страдающие альвеолитом средней тяжести, которые были разделены на 3 группы. У лиц 1 группы альвеолит развился после операции удаления нижнего зуба мудрости. У пациентов 2 группы возникновение альвеолита было связано с удалением верхнего зуба мудрости. В 3 группу

вошли пациенты, у которых альвеолит развился после удаления всех других зубов (резцы, клыки, премоляры, первые и вторые моляры обеих челюстей).

Результаты исследования. В работе представлены разработанные авторами способ определения тяжести течения альвеолита, а также методика оценки эффективности лечения альвеолита. Изучены особенности психологической адаптации в процессе лечения альвеолита средней тяжести путём оценки синдрома психосенсорно-анатиомо-функциональной дезадаптации (СПСАФД) [5]. Установлены достоверные различия в личностном реагировании на болезнь при развитии альвеолита после удаления верхних, нижних зубов мудрости, а также других зубов, что связано с особенностями возникающих после операции осложнений, а также снижением жевательной функции и (или) эстетики лица вследствие утраты зуба и необходимости последующего зубного протезирования.

Заключение. Сделан вывод, что рациональное использование в клинической стоматологии методики анализа СПСАФД даст возможность его коррекции и явится одним из направлений в повышении удовлетворённости пациентов качеством стоматологической помощи.

Список литературы:

1. Заборовский К.А., Лобейко В.В.. Иорданишвили А.К. Психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желёз // Курск. науч.-практич. вест. «Человек и его здоровье». – 2014. № 3. С. 47-54.

2. Иорданишвили А.К., Васильченко Г.А., Сагалатый А.М., Ильина О.Ю. Медицинские, социальные и экономические аспекты затрудненного прорезывания зубов «мудрости» // Институт стоматологии. – 2011. № 1 (50). С. 28-29.

3. Иорданишвили А.К., Гук В.А. Особенности личностного реагирования на болезнь при патологии пародонта // Пародонтология. – 2017. № 1 (81). С. 32-36.

4. Иорданишвили А.К., Коровин Н.В., Лысков Н.В. и др. Применение геля стоматологического с метронидазолом и хлоргексидином для лечения альвеолита // Пародонтология. – 2017. № 1 (82). С. 52-55.

5. Соловьёв М.М., Орехова Л.Ю. Симпозиум «Первые итоги апробации использования синдрома психо-сенсорно-функциональной

дезадаптации в стоматологии и смежных дисциплинах // Пародонтология. – 2014. № 2 (71). С. 40.

6. Moore A., Edwards J., Barden J. et al. Bandolier's Little Book of Pain. – Oxford: Oxford Universiti Press, 2003. 279 p.

7. Malmstrom K. et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and comparator-controlled dose-ranging stady // Clin. Ther. – 2004. № 26 (5). P. 667-679.

ФАКТОРЫ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Капранова В.В.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

Понятие качество жизни является интегральной категориальной характеристикой, выходящей за рамки патогенеза больных, страдающих стоматологическими заболеваниями. Его не достаточно широкое социально-физиологическое понимание, заключающееся в изучении единственного аспекта, как правило, не приводит к решению поставленной задачи. Для раскрытия понятия «качество жизни» необходимо рассматривать сложные соотношения здоровья больного с обязательным обращением к динамично изменяющимся социально-экономическим вопросам. Значительное повышение интереса к проблеме повышения качества жизни обуславливается тем, что выявляется дисбаланс между успехами стоматологической терапии и отсутствием значимых изменений, отмечаемых стоматологическими больными, оценивающими динамику качества собственной жизни. На наш взгляд качество жизни необходимо расценивать как меняющиеся желания и возможности стоматологического больного участвовать в воспроизводстве материального и нематериального продукта с последующим получением соответствующей его доли.

Говоря о динамике качества жизни необходимо остановиться на факторах, возмущающих жизненное пространство, которые могут вне зависимости от желания стоматологического больного повышать или снижать его социально-экономические желания и возможности [1].

Возмущающие факторы определяются различной вероятностью воздействия, которая, в свою очередь, обуславливается устойчивостью больного к демпфированию их воздействия. В данном случае необходимо говорить о роли врача-стоматолога в формировании у больного мотивационно-ценностного потенциала, готовности противостоять факторам, способным снизить уровень жизни [2, 3]. Факторы, потенциал которых может снизить качество жизни, можно классифицировать.

1. По уровню управляемости целесообразно различать природные и социальные факторы.

2. По вероятность демпфирования фактора больным их можно разделить на условные и безусловные. Переход из условных в безусловные и наоборот зависит от морали, принятой в данной социальной группе, интенсивности информационно-коммуникативного взаимодействия.

3. По локализации источника возмущения факторы можно разделить на эндогенные и экзогенные.

4. В зависимости от поражаемых органов и систем – локальные и сочетанные. В свою очередь последние необходимо разграничивать по времени возникновения – одномоментные и последовательные.

5. По характеру – морфологические, психические, сочетанные.

6. Оказывающие влияние на семейное положение, духовно-нравственное состояние больного, возможность трудоустроиться (лишиться работы).

7. По социальному и патогенетическому механизмам – потенциальные и безусловные с низкой или высокой вероятностью воздействия.

8. С учётом возможностей компенсации больным (системой здравоохранения) – компенсируемые и некомпенсируемые.

9. По уровню затрат, необходимых на компенсацию, – с низким или высоким уровнем материального или морального ущерба. В том числе случайные или намеренно индуцированные.

При оказании стоматологической помощи больной может случайно или намеренно отождествлять снижение качества жизни с проведённым стоматологическим лечением. Для своевременного купирования возможных осложнений реабилитации врачу необходимо оценивать выраженность присутствующих в настоящий момент факторов и реализовывать стратегию, документально подтверждающую исключение влияния стоматологической терапии на снижение качества жизни больного. При этом особую значимость обретает оценка информационно-коммуникативного взаимодействия больного вне стоматологического кабинета.

Таким образом, необходима идентификация собственно фактора и его потенциала. Расчёт качественно-количественной действенности фактора необходимо отражать в первичной медицинской документации.

Проблема повышения качества жизни стоматологических больных является особо значимой в практике врача. При этом в случае выявления информационно-коммуникативных предпосылок, потенциально расцениваемых как факторы, снижающие качество жизни, врачу необходимо реализовывать мероприятия, направленные на повышение объективности понимания больным течения реабилитации.

Список литературы:

1. Копытов А.А.Разработка управленческих механизмов формирования и контроля над информационно-коммуникативным пространством современного вуза. Теория и практика общественного развития. – 2013. № 9. С. 69-72.

2. Копытов А.А. Технологизация управления информационно-коммуникативным пространством российского вуза как фактор повышения уровня конкурентоспособности. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук / Российская академия

народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. Орёл, – 2015.

3. Копытов А.А. Способ определения устойчивости и эффективности функционирования информационно-коммуникативного пространства современного вуза. Теория и практика общественного развития. – 2013. № 8. С. 89-91.

ЦИФРОВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ УЛЫБКИ

Лебеденко И.Ю., Апресян С.В.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

В современной ортопедической стоматологии компьютерное моделирование играет значительную роль. С одной стороны, программное обеспечение в стоматологии позволяет с высокой точностью создавать индивидуальные ортопедические конструкции, добиваясь таким образом наилучших функциональных показателей. С другой стороны, компьютерное планирование позволяет улучшить результаты ортопедического лечения (M. Zimmermann, A. Mehl, 2015). Зачастую, после проведения ортопедического лечения пациентов в большей степени беспокоит не соответствующий их ожиданиям внешний вид отдельных элементов реставрации или всего зубного ряда в целом. Чаще всего в таких случаях требуются дополнительные работы или выплата денежной компенсации пациенту. Предварительное компьютерное планирование позволит не только найти оптимальный путь реставрации, но и максимально приблизить ее эстетический результат к ожиданиям пациента (С.Д. Арутюнов и др., 2000; Т.А. Шпак, 2007).

В последние годы в мире активно развивается концепция цифрового планирования улыбки. Изначально принцип развивался на основе неспециализированного графического программного обеспечения. Оно позволяет обрабатывать цифровые фотографии зубных рядов пациента вручную, создавая образ отреставрированных зубов (J. Golub-Evans, 1994;

M.G. Messing, 1995; J. Morley, 1991). Специализированные программы, разработанные позднее, позволяют совершить более детальное построение планируемого зубного ряда. Как правило, такое программное обеспечение может показывать не только двухмерное, но и трехмерное изображение зубов и, кроме того, показать, как в целом изменится зона улыбки пациента. Кроме непосредственно зубов в формировании улыбки большое значение имеют мягкие ткани, расположенные над областью реставрации, поэтому для максимально достоверного отображения будущего образа требуется корректный компьютерный расчет (И.К. Луцкая, 2013).

Кроме мощной программной базы, способной обрабатывать цифровые фотографии и/или результаты лазерного сканирования, большое значение для итоговых результатов работы имеет удобство интерфейса. Многие авторы отмечают, что простота работы для стоматолога и наглядность полученного плана для пациента влияют не только на комфортность проведения реставрации, но и на ее результаты, и на удовлетворенность эстетическими качествами работы (Ф.Ю. Даурова, С.В. Вайц, Т.В. Вайц, 2011). В связи с этим, а также на фоне повсеместного распространения мобильных технологий в ортопедических реставрациях возник и ширится тренд на использование комплексного программного обеспечения, работающего на коммерческих мобильных устройствах. Кроме прочего, оно включает в себя два уровня работы: врача и пациента и позволяет последнему в удобной и понятной форме получать план предстоящей реставрации (M. Holyoak, 2013).

Цифровое планирование улыбки – относительно молодое направление в ортопедических реставрациях и мало изучено научными методами. Существующие литературные данные указывают на положительное влияние применения современного программного обеспечения на результаты реставраций и удовлетворенность пациентов. Тем не менее, эта область требует дальнейшего изучения. Опираясь на результаты существующих работ рациональным представляется оценка влияния цифрового

планирования улыбки на фонетические функции пациента, общее качество жизни. Для этого необходимо использовать проверенные опытом и научно обоснованные наборы инструментов и тестов (A.-J. Miro и др., 2015; D.H. Ward, 2015).

Важно отметить, что качественное моделирование реставрации и создание четкого и признанного ведущими экспертами алгоритма ее проведения с помощью данной процедуры может создать правовую базу для юридической защиты и обоснования выбранного врачом и согласованного с пациентом плана лечения, исключить возможные претензии со стороны последнего в случае соответствия результата реставрации утвержденному плану (И.К. Луцкая, Н.В. Новак, 2015).

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЧЕЛЮСТЯХ

Реминов И.С., Шевкунова Н.А., Метелица С.И., Страх О.О.
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академии», г. Ижевск

Известно, что после оперативных вмешательств по поводу онкологических заболеваний происходят эстетико-функциональные нарушения челюстно-лицевой области, которые зависят от величины, формы и объема самого дефекта тканей. В реабилитационном периоде ортопедическое лечение играет важную роль не только в плане восстановления эстетики лица, но и функций жевания, речи, дыхания, глотания, чихания, кашля и др.

Для устранения таких дефектов на верхней челюсти изготавливаются протезы с чашеобразной полой обтурирующей частью, качество которых зависит от правильно проведенных клинико-лабораторных этапов. Чашеобразная обтурирующая часть протеза впоследствии собирает слизь и

слезы носовой полости, что является положительным свойством протеза. Задачей врача является правильное получение рабочего оттиска, который не только бы восстанавливал объем дефекта, но и восстанавливал естественную конфигурацию лица, способствуя выполнению всех выше перечисленных функций.

На различных этапах ортопедического лечения пациентов с дефектами верхней челюсти по поводу онкологических заболеваний нами предложены следующие уточняющие коррекционные способы. Так, оттиски снимаем альгинатными массами, используя перфорированные стандартные оттискные ложки по размеру челюстей. Перед получением оттиска дефект закрываем, тампонируем ватно-марлевыми салфетками, слабо смоченным раствором фурацилина. Салфетки слегка утрамбовываем у краев дефекта стоматологическим шпателем, углубляясь на 5–7 мм выше их краев. Почти всегда такие салфетки выводятся из полости рта вместе с оттиском. при получении оттиска обязательно формируем вестибулярный овал и симметрично носогубную складку. На этапе проверки конструкции протеза контролируем речь, надуванием щек проверяем герметизм, глотание слюны, звуком «А-А-А» проверяем адекватность работы оставшейся части мягкого неба. Обращаем внимание на симметричность лица: если носогубная складка сглажена или симметричность нарушена, то ее формируем за счет углубления в базисе протеза.

Особое внимание уделяем этапу припасовки готового протеза. Пациенту заранее рекомендуем приобрести нерафинированное подсолнечное масло и принести его на прием к врачу.

Перед первым наложением протеза вся его поверхность, которая будет прилегать к слизистой оболочке полости рта и дефекту высушивается салфетками и обильно смазывается нерафинированным подсолнечным маслом. Проводится обучение пациента самостоятельно накладывать и снимать протез. Даются наставления пациенту по уходу за протезами и обязательно акцентируется внимание на проведение коррекций в лечебном зале.

Научное издание

НАУЧНЫЙ ПОСЫЛ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ – РЕАЛЬНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выпуск 1

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Дизайн обложки Н.В. Васильевых

Издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»
603022 Нижний Новгород, ул. Пушкина, д. 20, оф. 4.
Тел.: (831) 411-19-83 (85)
E-mail: nn_remedium@medalmanac.ru
www.remedium-nn.ru