

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кировский государственный медицинский университет"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации



# **СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ СТОМАТОЛОГИИ**

**ТРУДЫ  
ВСЕРОССИЙСКОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С  
МЕЖДУНОРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,  
«КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ  
ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ»**

**Киров, 2018**

**УДК 616.31**

**ББК 56.6**

**С 56**

**СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ СТОМАТОЛОГИИ:** сборник всероссийской научно-практической конференции с международным участием, «Комплексный подход к лечению патологии зубо-челюстной системы» / Под ред. Л.М.Железнова, – Киров: Кировский государственный медицинский университет, 2018. – 128 с.

MODERN ACHIEVEMENTS OF DENTISTRY: the digest of the Russian scientific and practical conference dedicated Complex approach to the treatment of the pathology of the dento-jaw system / edited by Zheleznov L.M. Kirov, Kirov state medical universaty -2018 – 128 p.

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**

доктор медицинских наук, профессор Лев Михайлович Железнов.

**ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:**

доктор медицинских наук, профессор Максим Петрович Разин,

кандидат медицинских наук, доцент Светлана Николаевна Громова.

**ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР**

Анастасия Валентиновна Сеницына

**EDITOR-IN-CHIEF**

Zheleznov L.M.

Professor, Dr.sc.med.

**DEPUTIES EDITOR-IN-CHIEF**

Razin M.P.

Professor;

Gromova S.N.,

Docent

**TECHNICAL EDITOR**

Sinitsyna A.V.

В сборнике представлены научные работы, выполненные учеными, аспирантами и студентами на кафедрах медицинских ВУЗов России. Результаты исследований, представленные в сборнике, отражают актуальные проблемы клинической и экспериментальной стоматологии, а также учитывают интересы смежных областей. Материалы сборника будут интересны студентам, практикующим врачам, преподавателям медицинских ВУЗов и научным сотрудникам.

## Содержание

Абдрашитова А.Б., Махмутова А.И. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ.....	8
Абдрашитова А.Б., Юсупова А.Т. СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ РАДИКУЛЯРНЫХ ЗУБОСОДЕРЖАЩИХ КИСТ.....	11
Абсаламова Н.Ф., Джавадова Л.М., Аракелова Е.А. НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА.....	13
Алексеев С.Б., Трубин В.В., Алексеев Ю.С. ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕЛЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	14
Асташина Н.Б., Сергеева Е.С. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УПРУГО-ПРОЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ, ОСНОВНЫХ КОНСТРУКЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ СПОРТИВНОЙ ЗУБНОЙ ШИНЫ И ЕЁ БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ .....	17
Булкин А.М., Шаковец Н.В. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ВРАЧАМИ- СТОМАТОЛОГАМИ И СТУДЕНТАМИ.....	21
Виноградова О.Б., Еловицова А.Н. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ПАР ЗУБОВ-АНТАГОНИСТОВ С УДАЛЕНИЕМ ЧЕТЫРЕХ ПРЕМОЛЯРОВ И СОХРАНЕНИЕМ ПОЛНОГО КОМПЛЕКТА ЗУБОВ.....	25
Гайнуллина Д.К. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЦНС ПРИ САНАЦИИ ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ.....	30
Галиева Д.Т., Корчагина М.А., Останина Д.А., Митронин Ю.А. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТА ХР- ENDO FINISHER В ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ IN VITRO.....	32

Гаффаров У.Б., Шодиев С.С., Исматов Ф.А. ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ХОЛИСАЛ ГЕЛЬ» НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ТЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТИНИРОВАННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ.....	37
Громова С.Н., Еликов А.В., Кайсина Т.Н. ЗАВИСИМОСТЬ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ ОТ ОБЩЕЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ СЛЮНЫ.....	38
Громова С.Н., Еликов А.В., Муртузаев И.Э., Громов Я.П. ЗАВИСИМОСТЬ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩИХ СВОЙСТВ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ОТ КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩЕГО АБРАЗИВА.....	41
Громова С.Н., Петров С.Б., Сеницына А.В., Лелекова Ю.С. ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ.....	44
Громова С.Н., Страхова С.Ю., Дроботько Л.Н. ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АФТ, ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ИЗЪЯЗВЛЕНИЕМ.....	46
Еловикова Т.М., Молвинских В.С., Кошечев А.С. ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У КУРИЛЬЩИКОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ И ИНТАКТНОМ ПАРОДОНТЕ .....	50
Жуматов У.Ж., Назарова Н.Ш. ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВА ТАБАКА НА СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ТАБАКОВОДОВ.....	53
Ибрагимов Д.Д., Исхакова З.Ш. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТАХ МЯГКИХ И ЧАСТИЧНО КОСТНЫХ ТКАНЕЙ НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	55
Исхакова З.Ш., Нарзиева Д.Б. ИЗУЧЕНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	56
Карницкий А.В., Скрипкина Г.И., Проняев Е.А., Ивахник В.В. РОЖДАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА В Г. ОМСКЕ, ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ И ПУТИ КОРРЕКЦИИ.....	57

Кочкина Н.Н., Полякова Е.В., Железнов Л.М. ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ ЧЕРЕПА.....	63
Кубаев А.С., Валиева Ф.С. МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ.....	66
Леонтьев В.К., Погорельский И.П., Карасенков Я.Н., Латута Н.В., Бороздкин Л.Л., Стефанцова Д.С. НАНОМОДИФИЦИРОВАННЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ С АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ.....	67
Лихорад Е.В., Шаковец Н.В. ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИЕТОТЕРАПИИ И УРОВНЯ ВИТАМИНА D НА ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА.....	70
Мельчукова З.А. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНАЖЕРА «DENTAFIT» У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И РЕЧИ.....	75
Митронин А.В., Островская И.Г., Останина Д.А., Wolgin M., Митронин В.А. ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПУЛЬПОСОХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО ПУЛЬПИТА ПОСРЕДСТВОМ ИЗУЧЕНИЯ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ПУЛЬПЫ В НОРМЕ И ПРИ ВОСПАЛЕНИИ.....	79
Муратова С.К., Шукурова Н.Т., Джавадова Л.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА.....	83
Прозорова Е.М., Кропанева Е.К., Лубнина А.С. ВОССТАНОВЛЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБА ПРИ ПОМОЩИ КОМПОЗИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИЛИКОНОВОГО КЛЮЧА.....	85
Пузикова О.Ю., Минеева О.А. ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСНОВ ЛОГОПЕДИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГА.....	87

Синицына А.В., Громова С.Н., Кушкова Н.Е., Петров С.Б. ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ «ВЯТСКАЯ УЛЫБКА» ЗА 12 МЕСЯЦЕВ.....	91
Скрипкина Г.И., Бурнашова Т.И., Гарифуллина А.Ж. ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ В Г. ОМСКЕ.....	94
Скрипкина Г.И., Бурнашова Т.И., Гарифуллина А.Ж. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ В Г. ОМСКЕ.....	98
Сувырина М.Б., Ванин Н.С., Ванина А.А. СИСТЕМА КОМПЬЮТЕРНОЙ ПОДАЧИ АНЕСТЕТИКА «СТА» КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ.....	102
Сувырина М.Б., Савостьянова М.Г, Юркевич А.В. ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА.....	106
Тропина А.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА ПРИМЕРЕ ВОЕННОГО ГОРОДА ТЕЙКОВО ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	109
Трунин Д.А., Попов Н.В., Новикова Е.В., Ипполитов А.А., Борисова М.А. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕКОНСТРУКТИВНЫЙ ИМПЛАНТАТ- ШАБЛОН.....	112
Тураев А.Б., Муратова С.К., Джавадова Л.М ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕСТНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА «ПАРОДИУМ».....	116
Фишер И.И. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	117
Шадиев С.С., Гаффаров У.Б. ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ.....	124

Шаковец Н.В., Романова О.С.  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ  
ПУЛЬПИТОМВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ.....125

Шукурова Н.Т., Муратова С.К., Шукурова Ф.Ф.  
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ХОЛИСАЛ» ГЕЛЬ ПРИ  
МЕСТНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛЕНИИ ПАРОДОНТА.129

Абдрашитова А.Б., Махмутова А.И.  
**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ**  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань

*Аннотация:* В рамках исследования определён стоматологический статус студентов младших и старших курсов стоматологического факультета. Обнаружены изменения в частоте встречаемости неудовлетворительного индекса гигиены в зависимости от года обучения. Выявлена корреляция между местностью, где рос и жил обследуемый, и интенсивностью кариеса, а также пародонтологическими заболеваниями.

*Ключевые слова:* профилактический осмотр, студенты, стоматологический статус, индекс гигиены.

Физическое развитие человека — совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процесс его развития в каждый возрастной период [2]. Здоровье является главной ценностью человека. Оно даёт возможность физической адаптации к различным условиям; личностного роста, дает силу для труда, учебы, общения и построения отношений как в обществе в целом, так и индивидуально. Именно поэтому здоровье студентов постоянно находится в поле зрения ученых[1]. В течение последних лет исследователи обращают внимание на проблему сохранения и укрепления здоровья студентов в период их обучения в вузе, изучая состояние их здоровья, анализируя факторы, влияющие на него. Однако, данные по стоматологическому здоровью студенческой молодежи, и в частности студентов будущих врачей — стоматологов остаются единичны.

Цель исследования: провести сравнительный анализ стоматологического статуса студентов стоматологического факультета ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ стоматологического статуса 605 студентов стоматологического факультета по данным амбулаторных карт стоматологического больного. Оценка стоматологического статуса студентов включала в себя: анализ индекса интенсивности кариеса зубов (по КПУ), уровня гигиены (по индексу Федорова-Володкиной), состояние тканей пародонта по папиллярно-маргинальному индексу (РМА), наличие ретенированных и дистопированных зубов. Также оценивали такие параметры как: возраст, курс обучения, место рождения и проживания до поступления на стоматологический факультет. Полученные данные визуализировались буквенно-цифровым способом и подвергались статистической обработке с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты исследования: на стоматологическом факультете получают высшее образование 605 студентов по данным от 16 марта 2016 года. Из них 46% составляют первокурсники и второкурсники, остальные 54% студенты старших



курсов. Анализ результатов профилактических осмотров показал, что распространенность кариеса среди студентов достаточно высока и составляет в среднем  $98 \pm 0,58$  %. Интенсивность кариеса составила в среднем  $8,66 \pm 0,41$ . Гигиеническое состояние оценивалось в среднем как «удовлетворительное». Воспалительные заболевания тканей пародонта определялись в  $25,1 \pm 0,58$  % случаев (по данным индекса РМА). У  $30 \pm 1,86$ % студентов выявлена ретенция зубов. В зависимости от года обучения менялась интенсивность кариеса: 1 курс –  $7,6 \pm 0,34$ , 2 курс –  $8,5 \pm 0,39$ , 3 курс –  $8,8 \pm 0,47$ , 4 курс –  $9,0 \pm 0,52$ , 5 курс –  $9,4 \pm 0,56$ . Были обнаружены изменения в частоте встречаемости неудовлетворительного индекса гигиены рта: 1 курс – 4%, 2 курс – 3,6%, 3 курс – 2,1%, 4 курс – 2%, 5 курс – 1,7%. Профилактический осмотр прошли учащиеся стоматологического факультета, которые родились и выросли в различных регионах. Это говорит о том, что основные этапы роста и развития были пройдены в различных средах. Из числа обследуемых никто не предъявлял жалоб на состояние тканей пародонта, но визуальный осмотр и индексная оценка позволили их выявить. Распространенность болезней пародонта (по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу) наиболее высокая у студентов, выросших в Нижнекамске и Набережных Челнах, что составило  $82,9\% \pm 0,91\%$ . У студентов, выросших в Казани данный показатель составил  $79\% \pm 0,87\%$ , в Альметьевске –  $81,5\% \pm 0,88\%$ , в поселках городского типа и селах –  $78,3\% \pm 0,85\%$ , за пределами Республики Татарстан –  $77\% \pm 0,68\%$ . В зависимости от города у студентов менялся индекс КПУ: выросшие в поселках городского типа и селах –  $8,5 \pm 0,05$ , в Казани –  $8,6 \pm 0,05$ , в Альметьевске –  $8,7 \pm 0,06$ , в Нижнекамске и Набережных Челнах –  $9,2 \pm 0,08$ , за пределами Республики Татарстан – в среднем  $7,7 \pm 0,05$ .

Рост интенсивности и высокая распространенность кариеса среди подростков и лиц возраста до 23 лет представляют собой большую социальную проблему. До настоящего времени остается неясным вопрос, связано ли это с врожденными факторами, обусловлено ли влиянием местных факторов полости рта или всё-таки является следствием взаимодействия человека с окружающей средой. К числу актуальных проблем, требующих своего разрешения, относится выявление взаимосвязи распространенности кариеса и местности, где рос и жил человек.

Выводы: 1) Несмотря на уровень профессиональных знаний о способах гигиены рта, заболеваниях твердых и мягких тканей, у студентов стоматологического факультета наблюдается высокий уровень интенсивности кариозного процесса.

2) У студентов, проживавших в районах развитой нефтехимией и подвергающихся действию химических факторов, содержащихся в атмосферном воздухе в концентрациях, превышающих предельно допустимые, достоверно выше интенсивность кариеса.

#### *Библиографический список:*

1. Чижов Ю.В. Сравнительная характеристика некоторых параметров стоматологического здоровья студентов Института Стоматологии КРАСГМУ по

данным профилактического осмотра / Ю.В. Чижиков // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. - №5(83). – С.101-103.

2. Шайдуллин И.М. Стоматологический статус школьников с нарушением физического развития, проживающих в сельской местности / И. М. Шайдуллин, Н.Х Хамитова // Казанский медицинский журнал. – 2012.- №4.- С.632-633.

Абдрашитова А.Б., Юсупова А.Т.  
**СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ОДОНТОГЕННЫХ РАДИКУЛЯРНЫХ ЗУБОСОДЕРЖАЩИХ КИСТ**  
ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, г. Казань

*Аннотация:* Существует множество методик лечения одонтогенных радикулярных зубосодержащих кист. Главной задачей при выборе той или иной методики лечения у детей является возможность сохранения зачатка постоянного зуба и обеспечение его физиологического прорезывания с целью профилактики формирования зубочелюстных аномалий.

*Ключевые слова:* одонтогенная киста, зубосодержащая киста, радикулярная киста, цистотомия, цистэктомия, щадящая цистэктомия.

**Актуальность.** Наиболее распространенный тип рентгенопрозрачных патологий в костной ткани челюстно-лицевой области – это апикальные гранулемы и кисты, которые составляют до 75 % всех одонтогенных воспалительных процессов этой области. Зубосодержащая киста – это воспалительная корневая киста временного зуба, содержащая зачаток постоянного зуба. Основным методом лечения данной патологии является цистотомия. В ходе данной операции проводится удаление передней стенки кисты и сообщение ее с преддверием полости рта. Цистотомия легко переносится пациентами в силу своей минимальной травматичности, а так же позволяет сохранить зачаток постоянного зуба. В сравнение, при применении метода цистэктомии, не смотря на более короткие сроки заживления и низкий риск рецидивирования, удаляется вся кистозная оболочка, что приводит к потере зачатка постоянного зуба. Однако у части детей после удаления кисты методом цистотомии наблюдается нефизиологическое прорезывание постоянного зуба, что в будущем приводит к необходимости ортодонтического лечения. В связи с этим требуется разработка методик лечения, которые позволят предотвратить развитие зубочелюстных аномалий.

**Цель исследования.** Проведение сравнительного анализа результатов методов хирургического лечения одонтогенных радикулярных зубосодержащих кист.

**Материалы и методы.** Были сформированы 3 группы детей. В первой группе применялась модифицированная методика оперативного лечения «Щадящая цистэктомия» (16 детей). Удаление кистозной оболочки проводилось в ходе антисептической обработки полости спиртовым раствором и обработкой ультразвуковым аппаратом Piezon 600, что позволяло сохранить зачаток постоянного зуба. Во второй группе детей применялась методика «Цистотомия» (8 детей). Третья группа – дети в период физиологической смены зубов с диагнозом «Хронический маргинальный периодонтит», - была контрольная (20 детей). Выборка производилась случайным образом из пациентов одного возраста в период сменного прикуса без отягощенного анамнеза. Все наблюдаемые

одонтогенные радикулярные зубосодержащие кисты располагались в области нижней челюсти. В ходе работы применялись следующие дополнительные методы исследования: электроодонтометрия, компьютерная томография челюстно-лицевой области, пункция из новообразования для цитологического исследования, гистологический и микробиологический анализ операционного материала.

Результаты исследования. При применении модифицированной методики оперативного лечения «Щадящая цистэктомия» заживление происходило первичным натяжением в сроки  $7\pm 1$  день, при проведении «Цистотомии» - вторичным натяжением в сроки  $20\pm 1$  день. В связи со сложностью проведения щадящей цистэктомии в первой группе в 58% случаев возникло осложнение в виде вывиха зачатка постоянного зуба, который репонировался на место после полного удаления новообразования. Исходом оперативного лечения в данной группе детей было физиологичное прорезывание зачатка постоянного зуба по середине толщины альвеолярного отростка в 100% случаев, включая и осложненные. На диспансерном учете данные пациенты состояли  $3\pm 0,2$  месяца. В сравнение, при применении метода «Цистотомия» 95-98% случаев прорезывание наблюдалось по переходной складке. Диспансерный учет в этом случае длился около 6 месяцев.

Заключение. Выбор метода оперативного лечения должен производиться по строгим показаниям с учетом всех его достоинств и недостатков.

*Библиографический список:*

1. Аснина С.А. Одонтогенные кисты челюстей: учебное пособие. – М.: Практическая медицина, 2012. – 72 с.
2. Калужская С.М., Макаренко Л.М. Зубосодержащие кисты челюстей у детей и подростков // Вестник Смоленской Медицинской Академии. – 2007. - №2 – С. 108-110.
3. Корсак А.К., Кушнер А.Н., Петрович Н.И., Любецкий А.В. Хирургическая стоматология детского возраста: учеб.-метод. пособие,. -Минск: БГМУ, 2010. – 115 с.
4. Соловьев М. М., Семенов Г. М., Галецкий Д. В. Оперативное лечение одонтогенных кист. — СПб.: СпецЛИТ,2004. — 127 с.
5. Чепик Е.А., Шорстов Я.В., Персин Л.С. Ортодонтическое лечение пациентов после проведения цистотомии и цистэктомии челюстей//Ортодонтia. – 2015. - №2[70] – С. 36-43.
6. Cameron A., Widmer R. Handbook of pediatric dentistry. – 2013. – p. 548.
7. Koželj V., Sotošek B. Case study: Inflammatory dentigerous cysts of children treated by tooth extraction and decompression — report of four cases. // British Dental Journal. - Vol. 187. – 1999. – pp. 587–590.
8. Rubin D., Vedrenne D., Portnof J. Orthodontically guided eruption of mandibular second premolar following enucleation of an inflammatory cyst: case report. // Journal of Clinical Pediatric Dentistry. - Vol. 27(1). – 2003. – pp. 19–23.

Абсаламова Н.Ф., Джавадова Л.М., Аракелова Е.А.  
**НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО  
ПАРОДОНТИТА**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд

Генерализованные заболевания пародонта (ГЗП) среди многих нозологических форм патологии являются наиболее распространенными и прогностически неблагоприятными (А.И. Грудянов, 1997). При терапии пародонтита используется широкий спектр лекарственных средств местного и общего действия, но эффективность лечения этой патологии до сих пор не удовлетворяет практических врачей.

Цель исследования:

Повышение эффективности лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом путем включения в комплексную терапию препарата фиточай “Оралфит”.

Материал и методы исследования:

Исследовались 80 больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести в возрасте от 30 до 60 лет. Больные разделены на 2 группы: 1-ая группа больные (40 пациентов 50%) которые получали традиционные методы лечения (с помощью аппликации различными иммуностимулирующие препаратами, витаминотерапия и др.) и 2-ая группа больные (40 пациентов 50%) которые помимо традиционных методов лечения применяли фиточай “Оралфит”. Изучали степень деструктивных изменений в пародонте по пародонтальному индексу (ПИ) (Russel F., 1956); и стойкость капилляров сосудистой стенки (СК) проба Кулаженко.

Результаты: У больных 1 группы по пародонтальному индексу отмечался у 5 (12,5%) больных – отличный эффект, 30 (75%) больных - хороший эффект, 5 (12,5%) больных – удовлетворительный эффект. У больных 2 группы по пародонтальному индексу отмечался у 10 (25%) больных – отличный эффект, 26 (65%) больных - хороший эффект, 4 (10%) больных – удовлетворительный эффект. В комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом применен препарат фиточай “Оралфит”, оказывающий выраженное противовоспалительное действие, улучшающий микроциркуляцию в тканях пародонта. В ходе работы проведена оценка клинико-функциональных проб, процессов микроциркуляции, подтверждающая важную роль этих нарушений в патогенезе и клиническом течении генерализованного пародонтита.

Выводы: На основании клинических, функциональных, гигиенических данных выявлено, что фиточай “Оралфит” повышает эффективность лечения в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом.

Алексеев С.Б., Трубин В.В., Алексеев Ю.С.  
**ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ  
ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕЛЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**  
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н.  
Ульянова», г. Чебоксары

*Аннотация:* Применение тромбоцитарного геля полученного из крови пациента в комплексном лечении патологических процессов в челюстно-лицевой области свидетельствуют о широком спектре показаний и высокой эффективности лечения при минимальных материальных затратах.

*Ключевые слова:* тромбоцитарный гель, кисты челюстей, челюстно-лицевая хирургия.

Одним из современных методов решения проблемы роста кости является применение плазмы крови пациента, обогащенной тромбоцитами. Освобожденная от клеток красной и белой крови плазма, обогащенная тромбоцитами (PRP), входит в качестве составляющей в большую семью тромбоцитарных факторов роста (TGF). Наиболее доступным и удобным источником получения являются тромбоциты в которых аккумулируются следующие цитокины, называемые факторами роста: инсулиноподобный фактор роста 1 (Insulin Like Growth Factor 1 или IGF1), тромбоцитарный фактор роста (Platelet Derived Growth Factor или PDGF), трансформирующий фактор роста – бета (Transforming Growth Factor Beta или TGF-b ), эпидермальный фактор роста (Platelet Derived Epidermal Growth Factor, или РОЕСР), ангиогенный фактор роста (Platelet Derived Angiogene Factor или PDAF), фактор роста фибробластов (Fibroblast Growth Paclor или FGF). Тромбоциты являются универсальными агентами инициирующими процессы заживления практически всех ран. Благодаря этому использование тромбоцитарного геля (ТГ) сегодня даёт большие возможности модулировать и заживлять раны, что позволяет многим авторам рекомендовать его для использования в разных отраслях медицины, в том числе и в челюстно-лицевой хирургии [1,3,5].

Целью данного исследования было изучение возможности использования тромбоцитарного геля изготовленного на лабораторном оборудовании, доступным в практике отечественного здравоохранения при лечении разных патологических процессов челюстно-лицевой области.

Материалы и методы:

На протяжении 2016-2017 годов больные находились на стационарном и амбулаторном лечении в клиниках ЧЛХ БСМП, БУ РКБ МЗСРЧР, г. Чебоксары. Тромбоцитарный гель использовался нами в комплексе лечения у 117 пациентов с разными патологическими процессами челюстно-лицевой области (ЧЛО). Деление пациентов по нозологическим группам представлено в таблице.

Таблица.

Деление пациентов, в комплексе лечения которых использовался тромбоцитарный гель, в зависимости от вида патологии.

Количество пациентов	Абс.	%
Травматические повреждения и их осложнения	22	18,8
Воспалительные процессы	13	11,6
Кисты челюстей	18	15,9
Ретенция зубов	22	18,1
Прирожденные дефекты и деформации	8	6,5
Имплантология	25	21,1
Парадонтология	9	8
Всего	117	100

Тромбоцитарный гель (ТГ) готовится по одноэтапной методике с использованием медицинской лабораторной центрифуги 80-2 S "Арех Lab" для плазмотерапии и процедуры PRP Ycellbio, в которой могут одновременно обрабатываться от 2 до 12 пробирок на скорости от 100 до 6000 об/мин.

Схема получения ТГ была следующей: непосредственно перед операцией у пациента выполняли забор 10-50 мл (в зависимости от объема дефекта тканей) крови из вены в стерильные пробирки за известной в общих чертах методикой, центрифугировали их на скорости от 2000 до 4000 об/мин. на протяжении 15 минут. В результате чего в пробирках образовывались три фракции. В нижней части оседали эритроциты, в верхней части - плазма с низким содержанием тромбоцитов, а между этих двух фракций – сгусток ТГ, который доставали стерильным пинцетом непосредственно в операционной [2,5.].

После проведенного в предоперационном периоде эндодонтического лечения по показаниям, а также в комплексе лечения кист челюстей (радикулярных, фолликулярных, кератокист и т.п.) В ходе проведения оперативного пособия (цистэктомии) после удаления оболочки кисты костная полость заполнялась одним или несколькими (в зависимости от объема полости) сгустками ТГ [6].

Полученный ТГ использовался нами в разных формах: в виде сгустка - для возобновления объема костной ткани в местах удаления и для заполнения щелей или больших пустот; в виде мембраны - для обеспечения процессов направленной тканевой регенерации; в сочетании с другими остеопластическими материалами, аутогенным или экзогенными трансплантатами.

Результаты исследований и их обсуждения.

Методика изготовления ТГ была успешно адаптирована нами на вышеуказанном оборудовании, которое позволило значительно снизить материальные расходы, и расширить показание к применению ТГ при лечении пациентов с разнообразными заболеваниями ЧЛЮ [2].

Заполнение костных полостей при лечении кист челюстей ТГ (как в чистом виде, так и в сочетании с другими биологическими препаратами) позволило

сократить сроки регенерации костной ткани, снизить риск развития осложнений (на 5-8%) и сократить сроки лечения и реабилитации больных (на 5-7 суток) [6].

Проведенные рентгенологические исследования подтвердили определенную нами клиническую эффективность использования ТГ в качестве остеозамещающего препарата.

**Выводы:**

1. Тромбоцитарный гель является эффективным остеозамещающим препаратом как в чистом виде, так и в комбинации с другими синтетическими или биологическими препаратами, а также может быть использован для ускорения эпителизации ран мягких тканей.

2. Возможно получение препарата на лабораторном оборудовании, наиболее доступном в практике здравоохранения РФ.

3. Приведенные данные свидетельствуют о широком спектре показаний к применению тромбоцитарного геля в челюстно-лицевой хирургии с высокой эффективностью при минимальных материальных расходах

4. Тромбоцитарный гель значительно ускоряет процессы остеорегенерации и снижает риск послеоперационных осложнений, что позволяет достичь наилучших клинических результатов.

*Библиографический список:*

1. Кулаков А.А., Ахмадова М.А. Использование богатой тромбоцитами плазмы с целью увеличения объема костной ткани при проведении операции синуслифтинга // *Стоматолог.* – 2005. – №1-2. – С. 20-21.

2. Использование тромбоцитарного геля при хирургическом лечении заболеваний лор-органов и челюстно-лицевой области / С.Б. Алексеев, Д.С.Боечко, И.Н.Матрос-Таранец, С.К.Боечко, И.А.Талалаенко, Н.А.Гладкова / *Журнал ушных, носовых и горловых болезней, Киев, Вып. 5 – с, 2007, стр. 8-9*

3. Алексеев С.Б., Каминский А.Г., Дуфаш И.Х. Хирургическое лечение одонтогенных гайморитов. Сборник научных трудов «Актуальные вопросы и перспективы развития стоматологии» - Харьков, 2011 стр. 10- 11.

4. Трубин В.В., Гиладчева Г.С. Опыт применения богатой тромбоцитами плазмы в челюстно-лицевой хирургии / *Актуальные вопросы стоматологии детского возраста: материалы межрегион. науч.-практ. конф. - Чебоксары, 2012, С. 117-119*

5. Малоинвазивное хирургическое лечение одонтогенного синусита / Алексеев С.Б., Боечко Д.С., Алексеев Ю.С. // *Российская ринология 2014. №2. Москва - с.20-21.*

6. Комплексная диагностика и лечение осложнений связанных с выведением стоматологических пломбирочных материалов в верхнечелюстную пазуху / Алексеев С.Б., Трубин В.В., Алексеев Ю.С., Радаев А.К. // *Российская стоматология.2016 №2-с.88-89.*



Асташина Н.Б., Сергеева Е.С.

## **МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УПРУГО-ПРОЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ, ОСНОВНЫХ КОНСТРУКЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ СПОРТИВНОЙ ЗУБНОЙ ШИНЫ И ЕЁ БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России,  
г. Пермь

*Аннотация:* В настоящей статье представлены данные эксперимента по изучению механических свойств материалов, предложенных для изготовления новой конструкции спортивной зубной шины для спортсменов, занимающихся силовыми видами спорта. Модуль Юнга для упругого участка этиленвинилацетата «Drufosoft» составил  $17,1 \pm 1,58$  МПа, а для винилполисилоксана «UfiGelP» –  $0,34 \pm 0,1$  МПа. В ходе эксперимента проведен сравнительный биомеханический анализ, определяющий уровень функциональных нагрузений в эмали зубов, без использования защитных конструкций и при применении традиционной, спортивной зубной шины, выполненной из этиленвинилацетата, а также - новой конструкции, с введенным дополнительно, амортизирующим силиконовым слоем. Данная задача была решена методом конечных элементов в программном пакете ANSYS. Метод биомеханического анализа, предложенной спортивной зубной шины, позволил теоретически доказать снижение уровня неблагоприятных функциональных нагрузений в эмали зубов на 15 %, что является обоснованием эффективности использования предложенной конструкции, по сравнению с традиционной конструкцией из ЭВА.

*Ключевые слова:* спортивная зубная шина, этиленвинилацетат, винилполисилоксан, модуль Юнга, ANSYS, биомеханическое моделирование, математический анализ.

**Введение:** профилактика патологических состояний зубочелюстной системы способна обеспечить сохранение качества жизни и здоровья населения. Одной из превентивных мер, направленных на профилактику основных стоматологических заболеваний у спортсменов, является использование специальных назубных шин, предназначенных для предохранения челюстно-лицевой области от повреждений во время занятий спортом.

В профессиональном спорте зубные шины используются довольно широко, а людям, занимающимся спортом на любительском уровне, их рекомендуют крайне редко. В результате низкой информированности населения зубные шины практически не применяются во время занятий физкультурой и любительским спортом, тем самым значительно повышается риск травм и заболеваний зубочелюстной системы.

Таким образом, актуальной задачей современной спортивной стоматологии является разработка персонализированных конструкций спортивных зубных шин для спортсменов, занимающихся силовыми видами спорта.

Цели исследования: определение показателей модуля упругости основных конструкционных материалов, рекомендуемых для изготовления новой конструкции спортивной зубной шины, а также определение оценки эффективности новой конструкции спортивной зубной шины на основании математического моделирования и биомеханического анализа особенностей их «поведения» при действии функциональных нагрузок.

Материал и методы: лабораторные испытания проводились на базе кафедры механики сплошных сред и вычислительных технологий Пермского государственного национального исследовательского университета (заведующий кафедрой - директор института механики сплошных сред, академик РАН, доктор технических наук, профессор В.П. Матвеев, заведующий лабораторией кафедры механики сплошных сред и вычислительных технологий кандидат математических наук А.Ф. Мерзляков).

Исследования проведены в соответствии с ГОСТ 270-75 на универсальной испытательной машине Zwick Z-250 (Германия), при скорости движения траверсы от 5 до 500 мм/мин. Для проведения эксперимента форма, тип образцов, а также способ их изготовления были выполнены в соответствии с нормативно-технической документацией. Все испытания проводились при температуре 23 °С.

Для определения эффективности предложенной конструкции шины был проведён сравнительный биомеханический анализ, определяющий уровень функциональных нагрузений в эмали зубов, без использования защитных конструкций и при применении традиционной, спортивной зубной шины, выполненной из этиленвинилацетата, а также - новой конструкции, с введенным дополнительно, амортизирующим силиконовым слоем (Работа выполнена совместно с сотрудниками кафедры теоретической механики и биомеханики ФГБОУ ВПО ПНИПУ (зав. кафедрой – канд. физ.-мат. наук В.А. Лохов)).

Для оценки точности решения задачи о контактном взаимодействии зубо-антагонистов с зубной капшой предварительно решалась классическая задача Герца о контактном взаимодействии двух цилиндров. Данная задача была решена методом конечных элементов в программном пакете ANSYS и проверялась с помощью аналитического решения, а затем определялись достаточно малые размеры конечных элементов в области контакта, необходимые для обеспечения приемлемого уровня точности. Расчёт полей напряжений контактной задачи конечно-элементной модели зубов и зубной капшы, проводилось путём построения плоской двумерной геометрической модели зуба и части зубной капшы, прилегающей к зубу, в программном пакете ANSYS с математической моделью задачи Герца. Для моделирования формы зубов использовались общепринятые анатомические данные. Затем также с помощью программы ANSYS проведён анализ результатов напряженно-деформированного состояния в построенной конечно – элементной модели с граничными условиями.

Результаты исследования: на этапах компьютерного моделирования ортопедических конструкций и проведения биомеханических расчётов их оптимальных параметров необходимо учитывать механические свойства конструкционных материалов. В связи с этим определены показатели модуля

упругости основных конструкционных материалов, рекомендуемых для изготовления новой конструкции спортивной зубной шины, и особенностей их «поведения» при действии функциональных нагрузок. Модуль Юнга для упругого участка этиленвинилацетата Drufosoft составил  $17,1 \pm 1,58$  МПа. В ходе исследования выявлено пластичное поведение изучаемого материала. При изучении основных механических характеристик винилполисилоксана UfiGelP, вводимого в качестве дополнительного амортизирующего слоя, определено, что модуль Юнга для упругого участка исследуемого материала составил  $0,34 \pm 0,1$  МПа при абсолютно упругом поведении.

Для профилактики структурно-функциональных нарушений зубочелюстной системы у спортсменов, занимающихся силовыми бесконтактными видами спорта, разработана новая конструкция спортивной зубной шины и технология ее изготовления, оригинальность которой подтверждена полученным патентом на полезную модель № 140933 от 16.04.2014 г. Сущность технологии получения спортивной шины состоит в применении метода термоформирования эластического материала, между слоями которого со стороны жевательной поверхности дополнительно введен амортизирующий силиконовый материал. Разработанная конструкция имеет следующие конструкционные элементы: отпечатки бугров зубов-антагонистов на окклюзионной поверхности шины, которые позволяют удерживать нижнюю челюсть в правильном центрическом положении в момент нагрузки; мягкий (амортизирующий) компонент из силиконового материала, расположенный на жевательной поверхности между двумя слоями эластического материала, который, нейтрализуя повышенную нагрузку, предотвращает развитие гипертонуса жевательных мышц; перемычка в виде дуги, соединяющая базисы шины и выполняющая роль заслона для языка.

С использованием методов математического моделирования и биомеханического анализа была дана оценка эффективности новой конструкции спортивной зубной шины. Целью биомеханического исследования являлся численный анализ распределения функциональных нагрузений, развивающихся в эмали зубов, с учетом использования различных типов персонализированных спортивных зубных шин.

В ходе эксперимента проведен сравнительный биомеханический анализ, определяющий уровень функциональных нагрузений в эмали зубов без использования защитных конструкций и при применении традиционной спортивной зубной шины, выполненной из этиленвинилацетата, а также – новой конструкции с дополнительно введенным амортизирующим силиконовым слоем.

Доказано, что уровень функциональных напряжений в эмали зубов при использовании разработанной конструкции снижается на 15 % в сравнении с традиционной.

Выводы: полученные результаты эксперимента по изучению механических свойств материалов, рекомендуемых для изготовления новой конструкции спортивной зубной шины, позволили перейти к проведению биомеханического моделирования и изучить механизмы распределения функциональных нагрузений, формирующихся в области зубного ряда при её использовании.

Метод биомеханического анализа, предложенной спортивной зубной шины, позволил теоретически доказать снижение уровня неблагоприятных функциональных нагрузок в эмали зубов на 15 %, что является обоснованием эффективности использования предложенной конструкции, по сравнению с традиционной конструкцией из ЭВА. Использование предложенной конструкции позволит повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий, направленных на поддержание уровня стоматологического здоровья у спортсменов, повышая качество жизни.

Благодарности.

Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 17-48-590411\17 р\_а «Математическое моделирование и биомеханический анализ поведения защитных протетических конструкций при контактной физиологической нагрузке в зубочелюстной системе»).

Библиографический список:

1. Абовян, Р.А. Профилактика стоматологических заболеваний у бойцов Отряда милиции особого назначения в период выполнения служебно-боевых задач: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.21 / Р.А. Абовян. – М., 2010. – 15 с.
2. Ван Нурт, Р. Основы стоматологического материаловедения: учеб.пособие / Р. ванНурт; пер. с англ. «Инкоралрус». – 2-е изд. – КМК-Инвест, 2004. – 304 с. – ISBN 5-9900267-1-4.
3. Ортопедическая стоматология: национальное руководство / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 369–372, 579.
4. Оценка факторов, влияющих на развитие основных стоматологических заболеваний у спортсменов – принята в журнал «Спортивная медицина: наука и практика» / Н.Б. Асташина, В.Г.Черкасова, Ю.А.Уточкин, Е.С. Сергеева, С.В. Казаков // Спортивная медицина: наука и практика. – 2016. – №1. – С. 85–90.
5. Савельев, В.В. Влияние взаимоотношения зубных рядов на силовые показатели и скоростные реакции профессиональных спортсменов: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.14 / В.В. Савельев. – М., 2012. – С 9–11.
6. Хан, А.В. Экспериментально-клиническое обоснование применения материала на основе эластического полиуретана для изготовления индивидуальных защитных спортивных капп: дис. ... канд. мед.наук. 14.00.14 / А.В. Хан. – М., 2011. – С. 22, 83–90, 176.
7. Экспериментальное исследование материалов новой конструкции спортивной зубной шины / В.А. Лохов, А.Г. Кучумов, А.Ф. Мерзляков, Н.Б. Асташина, Е.С. Ожгихина, В.А. Тропин // Российский журнал биомеханики. – Пермь, 2015. – Т. 19, № 4. – С. 409–420.

Булкин А.М., Шаковец Н.В.

## РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ И СТУДЕНТАМИ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

*Аннотация.* В статье приведены результаты анкетирования студентов стоматологического факультета и врачей-стоматологов по вопросам медицинской профилактики в стоматологии и реализации профилактических мероприятий в ежедневной практической работе. Установлено, что врачи в большей степени выполняют собственные индивидуальные профилактические мероприятия и ведут здоровый образ жизни, чем студенты, однако они менее мотивированы на проведение профилактических мероприятий своим пациентам. Более половины опрошенных врачей имеют недостаточные теоретические знания и практические навыки по выявлению злокачественных новообразований полости рта.

*Ключевые слова:* профилактика, стоматологические заболевания, профилактические знания, онкологические диагнозы.

Здоровье полости рта является неотъемлемой частью здоровья всего организма и имеет большое значение для человеческого благополучия. Карии зубов и заболевания периодонта широко распространены среди населения во всём мире. Большинство болезней полости рта могут быть предупреждены. Однако эффективность и успешность профилактики стоматологических заболеваний требует наличия грамотных и позитивно ориентированных специалистов стоматологического профиля.

Целью медицинской профилактики является сохранение имеющегося у человека здоровья[1]. Идея о том, что легче предупредить заболевание, чем вылечить больного человека, известна со времён Гиппократ и Авиценны. Около 50% общих и местных факторов, влияющих на стоматологическое здоровье, связаны с образом жизни человека, поэтому среди методов профилактической работы важное место отводится санитарному просвещению[2].

К факторам риска развития болезней полости рта относят нездоровое питание, употребление табака и чрезмерное употребление алкоголя. Они также являются факторами риска развития четырех основных групп хронических болезней: сердечно – сосудистых заболеваний, рака, хронических респираторных заболеваний и диабета. Плохая гигиена полости рта также является фактором риска развития стоматологических заболеваний[3]. Всего этого можно избежать, посещая стоматолога регулярно с целью профосмотров. Это именно тот специалист, который в первую очередь диагностирует заболевание и начинает лечение, или направляет пациента к узкому специалисту.

Было проведено анкетирование 83 студентов 3, 4 и 5 курсов стоматологического факультета БГМУ и 65 врачей-стоматологов Республики Беларусь. Среди опрошенных было 27 (32,53%) студентов 3-го курса, 28 (33,73%) студентов 4 курса и 28 (33,73%) - 5 курса, из них 56 лиц женского пола и 27

мужского (67/33 %); среди врачей также подавляющее большинство составили женщины – 55 и 10 (85/15 %) соответственно. Средний возраст студентов составил 20,6 лет, врачей – 42,2 года, средний стаж их работы составил 19,3 лет. Все врачи и студенты, принимавшие участие в опросе, подписали добровольное согласие. Для статистической обработки данных использована программа Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. При ответе на блок из вопросов о собственной гигиене полости рта и характере питания 100% студентов – стоматологов и врачей отметили, что ежедневно чистят зубы, при этом 88 % студентов и 91% врачей делают это чаще одного раза в день, 12% студентов и 6% врачей – 1 раз в день. В 95% случаев и студенты, и врачи используют фторидсодержащую зубную пасту. Значительно реже респондентами осуществляется использование дополнительных средств гигиены для очищения проксимальных поверхностей зубов: ежедневно пользуются ими 36% студентов и 84% стоматологов, 4% студентов никогда не чистили межзубные промежутки, 16% делают это реже, чем раз в неделю, 13% – раз в неделю, 31% – несколько раз в неделю. Среди врачей реже раза в неделю чистят межзубные промежутки 2%, раз в неделю – 6%, несколько раз в неделю – 8%. В качестве перекусов употребляют сахаросодержащие продукты от случая к случаю 46% студентов и 49% врачей, дважды в день 18% студентов и 20% врачей, три раза в день и более 17% студентов и 6% врачей, раз в день 13% студентов и 11% врачей, редко или никогда 6% студентов и 14% врачей.

Вредную привычку курения сигарет признали 25,3% студентов и 18,5% врачей.

При ответе на вопрос о причине, по которой опрашиваемые последний раз были на приеме у врача-стоматолога, 83% студентов указали профилактический осмотр и 4% – острую боль. Приблизительно также распределились и ответы врачей – 75% и 5% соответственно.

При ответе на блок вопросов о компетентности и ориентации на профилактическую помощь были получены следующие данные: 83,1% студентов и 96% врачей чувствуют себя компетентными при проведении профилактических мероприятий у пациентов. Однако 56% студентов и 65% врачей считают, что теоретическое и практическое обучение профилактике стоматологических заболеваний на стоматологическом факультете необходимо увеличить.

Высокие результаты были продемонстрированы респондентами в знаниях об основных методах фторпрофилактики: 80% студентов и 77% врачей согласны с мнением, что фторирование питьевой воды – эффективный, безопасный и действенный способ профилактики кариеса, а 90% врачей и 96 % студентов полагают, что для предотвращения кариеса чистка зубов должна осуществляться с использованием фторидсодержащей пасты.

Также все опрашиваемые единодушны во мнении, что герметики эффективны в отношении профилактики кариеса ямок и фиссур моляров, и что медработники должны регулярно мотивировать пациентов к поддержанию здоровья полости рта. 96% учащихся и 93% стоматологов придерживаются

мнения о повышении шансов пациентов на улучшение стоматологического поведения при консультации специалистами.

Значительно меньше положительных ответов было получено на вопросы, касающиеся выполнения специалистами профилактических мероприятий при приеме пациентов: только каждый третий из опрашиваемых даёт своим пациентам рекомендации по питанию. Среди врачей лишь 18% всегда и 46% часто проводят аппликации фторидов своим пациентам. Среди студентов этот показатель выше – 54% и 41% соответственно. 63% студента всегда и 27% часто рекомендуют своим пациентам отказаться от курения, а среди врачей делают это всегда лишь 38% и 38% – часто.

Согласно данным статистического комитета МЗ РБ в 2016 году белорусам поставили 1500 онкологических диагнозов языка, щек, дна ротовой полости и глотки[4]. Опухоли этих органов в общей массе онкологических диагнозов составляют около 5%, причем у 70% они диагностируются на 3-4 стадии. Онкологи отмечают недостаточную подготовку врачей-стоматологов и ЛОР-врачей в вопросах диагностики рака в области головы и шеи. Поэтому в анкету для врачей были включены вопросы о скрининге слизистой оболочке и профилактике рака полости рта.

Проводят оценку состояния слизистой оболочки полости рта на наличие поражений 90,8% респондентов у первичных пациентов и 81,54% – у повторных, при этом 98% опрошенных согласны с тем, что проведение обследования слизистой оболочки полости рта входит в обязанности стоматолога. 88% врачей выявляли подозрительные поражения слизистой оболочки полости рта и 86% направляли своих пациентов к специалистам по поводу подозрительного поражения слизистой оболочки полости рта.

Выводы. Согласно полученным результатам комплаентность врачей в вопросах выполнения профилактических мероприятий выше, чем у студентов: они реже потребляют сахаросодержащие продукты в качестве перекусов (ежедневно 37% врачей и 48% студентов), реже имеют вредную привычку курения (18,5% и 25,3% соответственно).

На стоматологическом приеме врачи реже дают рекомендации и мотивируют пациентов к здоровому образу жизни, а также проводят профилактические мероприятия, чем студенты. Врачи в большей степени испытывают потребность в новых знаниях по вопросам медицинской профилактики стоматологических заболеваний, при этом более половины студентов также хотели бы углубить свои теоретические и практические навыки в этой области. В своей повседневной практике большинство врачей проводят скрининг слизистой оболочки полости рта на наличие онкопатологии, однако почти половина из них испытывают при этом недостаток теоретических знаний и практических навыков.

*Библиографический список:*

1. Попруженко, Т.В. Профилактика основных стоматологических заболеваний / Т.В.Попруженко, Т.Н.Терехова. М.: МЕДпресс-информ, 2009.– 464 с.
2. Oral health surveys: basic methods – 5th ed. WHO, 2013. – 125 p.
3. Леус П.А. Коммунальная стоматология / Леус П.А. – Брест: ОАО «Брестская типография», 2000. – 284 с.
4. [http://med.by/content/ellibsci/RNPCMEIR/rnpcmeir\\_2016\\_18.pdf](http://med.by/content/ellibsci/RNPCMEIR/rnpcmeir_2016_18.pdf)



Виноградова О.Б., Еловикова А.Н.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ПАР ЗУБОВ-АНТАГОНИСТОВ С УДАЛЕНИЕМ ЧЕТЫРЕХ ПРЕМОЛЯРОВ И СОХРАНЕНИЕМ ПОЛНОГО КОМПЛЕКТА ЗУБОВ**

ГБУЗ городская стоматологическая поликлиника №2 г. Пермь

*Аннотация:* Проведены лечение и анализ результатов лечения аномалий окклюзии пар зубов–антагонистов у 63 пациентов в возрасте 11-25 лет: у 49 без удаления зубов, у 14 удалены по 4 премоляра. Исследованы 36 костных, челюстных и мягкотканевых параметров, их согласованность изменений в процессе корреляции рангов Спирмена до и после лечения с целью выявления изменений лица. Результаты анализа представлены в тексте.

*Ключевые слова:* Аномалии окклюзии пар зубов-антагонистов, результаты ортодонтического лечения.

В процессе лечения зубочелюстных аномалий (ЗЧА) в 17- 25% случаев пациентам удаляют комплектные зубы [1-3,5,6,7]. Следует отметить, что наличие ЗЧА диагностируют и клинически, и рентгенологически, однако, как правило, врачи затрудняются при определении равновесия/соотношения между дефицитом места в зубном ряду и размером морфологического базиса, также не всегда учитываются факторы роста, тип лица и другие. Создание места в зубном ряду зачастую является проблемой, поскольку возможности расширения зубного ряда ограничены, увеличение челюстей за счет естественного роста не всегда возможно. Актуальность проблемы определяет ряд задач: нет четких критериев для выявления индивидуальных размеров зубов и их соответствия параметрам ЗЧС, результатов комбинированного лечения пациентов с различными видами несоответствия размеров зубов параметрам челюстно-лицевой области [1-5,10]. Хирургическое вмешательство нередко проводится как вынужденная мера, несмотря на органоразрушающие последствия удаления зубов и отрицательную реакцию пациента [4,5,8,9,10,11]. Вопрос об опасности негативных изменений черт лица после лечения аномалии с удалением зубов, которые не маскируются мягкими тканями, остается сложным. Все вышесказанное свидетельствует об актуальности данного исследования.

Цель исследования – проведение анализа изменений положения зубов, ширины и длины зубных дуг, апикальных базисов челюстей, лицевых симптомов у пациентов до и после комплексного лечения аномалий окклюзии пар зубов-антагонистов с удалением четырех премоляров и с сохранением полного комплекта зубов.

Материалы и методы исследования.

Лечение аномалий окклюзии пар зубов-антагонистов проведено на базе ортодонтического кабинета ГБУЗ городской стоматологической поликлиники №2 г. Пермь. Проанализированы результаты комплексного лечения 63 пациентов в

возрасте от 11 до 25 лет (19 чел. – мужского, 44 чел.– женского пола) на протяжении пяти лет. Все пациенты разделены на две группы: в первой (49 чел.) лечение проведено без удаления комплектных зубов; во второй (14 чел.) в процессе лечения по ортодонтическим показаниям удалены комплектные зубы – четыре премоляра у каждого пациента. Выполнены измерения ширины (Pont) и длины (Korchaus) зубных дуг, ширины и длины апикальных базисов челюстей (Howes – Н.Г. Снагина) на контрольно-диагностических моделях (КДМ) до и после лечения. Результаты лечения оценивали визуально по количеству достигнутых ключей окклюзии Andrews: хорошие результаты при достижении шести ключей окклюзии, удовлетворительные – трех-четырех. Изменения положения резцов и моляров изучали с помощью наложения компьютерных обрисовок контуров зубных рядов и дистальных поверхностей моляров [1]. Исследованы телерентгенограммы до и после лечения, в соответствии с рекомендациями Л.С. Персина и Т.Ф. Косыревой [1,2]. Проанализированы 36 челюстных, костных и мягкотканевых параметров. Статистическая обработка результатов: использован пакет прикладных программ MS EXCEL и комплекс медико-статистических методик с расчетом обычных математических параметров. Проведено сравнение между зависимыми признаками до и после лечения с помощью критерия знаковых рангов согласованных пар Вилкоксона ( $p^{Wilc}$ ). При сравнении независимых признаков, изменений параметров у пациентов без удаления и с удалением четырех премоляров в процессе лечения и значительных различиях в количестве пациентов в группах применялся критерий Манна-Уитни ( $p^{M-U}$ )

Результаты исследования, их обсуждение. Хорошие результаты лечения у нерастущих пациентов преобладают над удовлетворительными в обеих группах: у 82,2% пациентов первой группы (без удаления зубов), и у 71,4% во второй группе (с удалением зубов) ( $p^{Wilc}=0,000000$ ). Продолжительность лечения в первой группе составила  $25,33 \pm 1,6$  мес., во второй группе –  $28,9 \pm 1,1$  мес. На основании измерений КДМ и исследования телерентгенограмм после лечения выявлено изменение формы зубных дуг и апикальных базисов обеих челюстей в трех направлениях независимо от возраста пациентов и удаления зубов: в сагиттальном и трансверзальном направлениях зубные дуги и апикальные базисы изменяются по принципу деформации упругого тела, увеличиваясь по ширине преимущественно на уровне премоляров, сокращают переднюю длину зубной дуги и длину апикальных базисов. Так, за период лечения у пациентов первой группы ширина зубной дуги верхней челюсти в области премоляров увеличилась на  $3,89 \pm 0,4$  мм, моляров – на  $0,81 \pm 0,56$ , нижней челюсти соответственно на  $3,69 \pm 0,55$  мм и  $0,71 \pm 0,43$  мм; у пациентов второй группы после лечения с удалением четырех премоляров верхняя зубная дуга в области премоляров расширилась на  $4,96 \pm 1,3$  мм, в области моляров ширина зубных дуг практически не изменилась из-за сдерживающего влияния косых внутренней и наружной линий усиления костного вещества, а на верхней челюсти — скулового контрфорса. Передняя длина верхней зубной дуги у пациентов первой группы увеличилась на  $0,64 \pm 0,33$  мм, во второй группе – сократилась на  $-0,46 \pm 0,73$  мм;

ширина апикального базиса верхней и нижней челюстей у пациентов второй группы значительно увеличилась – на  $4,12 \pm 1,23$  мм и  $1,61 \pm 1,2$  мм ( $p^{\text{Wilc}}=0,001474$ ;  $p^{\text{Wilc}}=0,028057$  соответственно). Выявлено укорочение апикального базиса верхней челюсти у пациентов второй группы на  $-3,7 \pm 0,93$  мм, нижней — на  $-2,61 \pm 1,9$ , тогда как у пациентов первой группы апикальный базис верхней челюсти удлинился на  $0,66 \pm 0,81$  мм ( $p^{\text{Wilc}}=0,013006$ ), нижней - на  $+0,72 \pm 0,57$  ( $p^{\text{Wilc}}=0,010185$ ) Из костных параметров у пациентов первой группы незначительно уменьшился угол SNA, нижние резцы уменьшили, а верхние усилили протрузию ( $p^{\text{Wilc}}=0,000082$ ), уменьшился размер межрезцового угла ( $p^{\text{Wilc}}=0,000151$ ), проявилась тенденция к увеличению отношения высот лица, уменьшению размеров угла основания нижней челюсти к основанию черепа, свидетельствующих о тенденции к снижению прикуса. Во второй группе уменьшились размеры углов SNA и SNB (соответственно  $p^{\text{Wilc}}=0,012064$ ,  $p^{\text{Wilc}}=0,018604$ ) с одновременным сокращением длины основания верхней челюсти ( $p^{\text{Wilc}}=0,010747$ ) увеличились передняя высота лица и высота прикуса. Из мягкотканевых параметров уменьшились размеры подбородочногубного и межгубного углов ( $p^{\text{Wilc}}=0,004742$ ,  $p^{\text{Wilc}}=0,033048$ ), но они после лечения по размерам больше соответствующих параметров пациентов первой группы. что зависит от размеров их в исходном состоянии до лечения. Тенденция к увеличению угла выпуклости носа, уменьшению носогубного угла, свидетельствует о внешних проявлениях изменения высоты прикуса и западения губ. По непосредственным результатам наших исследований выявлена только тенденция к обострению черт лица после лечения зубочелюстных аномалий с удалением четырех премоляров. Отсутствие видимых деформаций лица является следствием изменений размеров костных и мягкотканевых параметров челюстно-лицевой области в пределах физиологического диапазона, окончания лечения в молодом возрасте. Кроме того, частичная оставшаяся протрузия верхних резцов уменьшила степень западения верхней губы. Однако, хорошие результаты лечения аномалий пар зубов-антагонистов у 76,5% пациентов без удаления комплектных зубов, и у 75,0% с удалением ( $p^{\text{M-U}}=0,000005$ ). Уменьшение размеров челюстных параметров – скелета челюстно-лицевой области не исключает рецессию мягкотканевого профиля лица в период возрастной инволюции тканей у пациентов после лечения с удалением четырех премоляров. Это предположение подтверждается результатами ранговой корреляции Спирмена параметров челюстно-лицевой области до и после лечения аномалий окклюзии пар зубов-антагонистов. В процессе ортодонтического лечения в группах сравнения и исследования возникло много статистически значимых корреляционных связей значительно изменившихся челюстных и костных параметров с мягкотканевыми параметрами эстетической направленности.

Выводы.

1. В процессе лечения аномалий окклюзии пар зубов-антагонистов зубные дуги и апикальные базисы изменяют свою форму: расширяются преимущественно на уровне премоляров, уменьшаются в размерах передняя длина зубных дуг и апикальные базисы. Одновременно изменяется высота прикуса: в процессе лечения без удаления комплектных зубов проявляется тенденция к снижению

высоты прикуса, после лечения с удалением четырех премоляров незначительно повышается прикус.

2. Удаление четырех премоляров способствует уменьшению размеров зубных дуг и апикальных базисов, размеров углов SNA и SNB и западению губ, особенно при небольшой толщине тканей губ и повышенном прикусе.

3. При планировании комплексного лечения аномалий окклюзии пар зубов-антагонистов с удалением комплектных зубов следует оценить черты лица пациента и способность мягких тканей к камуфляжу нежелательных эстетических последствий.

4. В процессе ортодонтического лечения необходимо предупреждать потерю опоры в области моляров, а также нежелательный торк резцов.

#### *Библиографический список*

1. Виноградова О.Б., Еловилова А.Н., Зеленин К.Г. Результаты ортодонтического лечения аномалий пар зубов-антагонистов с удалением и без удаления комплектных зубов. // Ортодонтия. – 2012. - № 1 (57). – с. 54-55.

2. Виноградова О.Б., Еловилова А.Н. Изменения размеров зубных дуг и апикальных базисов пациентов после лечения зубочелюстных аномалий с удалением и без удаления комплектных зубов. // Ортодонтия. – 2010. - № 3 (54). - с. 38-40.

3. Виноградова О.Б., Еловилова А.Н. Результаты лечения аномалий пар зубов-антагонистов с удалением отдельных и сохранением полного комплекта зубов// Международный конгресс «Стоматология Большого Урала» 29 ноября-1 декабря 2017 года. Сборник статей под ред. проф. Мандра Ю.В. – Екатеринбург: УГМУ, – 2017. – с.22-24.

4. Дубинин А.Л., Няшин Ю.И., Еловилова А.Н., Осипенко М.А., Няшин М.Ю. Понятия центра и области сопротивления зуба: биомеханические принципы в ортодонтии. //Ортодонтия. – 2016. - № 1 (73). – с. 27-33.

5. Дубинин А.Л., Няшин Ю.И., Осипенко М.А., Еловилова А.Н., Няшин М.Ю. Оптимизация ортодонтического перемещения зубов. //Российский журнал биомеханики. –2016. - Т. - 20. – № 1. – с. 37-47.

6. Жулев Е. Н., Долидзе А. Г. Оценка эффективности современных методов ортодонтического лечения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы // Ортодонтия. – 2012. - №3 (59). – С. 32-35.

7. Жулев Е.Н., Куприянова О.Г., Николаева Е.Ю. Особенности планирования ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий при дефиците места для перемещения зубов// Современные проблемы науки и образования. Издательский Дом "Академия Естествознания" (Пенза). – 2015. - №2.- с.106-114.

8. Чупракова Е.В., Виноградова О.Б., Еловилова А.Н. Изменение положения резцов и первых моляров у пациентов в процессе лечения зубочелюстных аномалий с удалением и без удаления комплектных зубов. //Стоматология 21 века. Стоматология Большого Урала. Инновационные технологии в стоматологии. – Пермь. - 2013. – с. 8-13.

9. Basciftci F.A., Usumez S. Effects of Extraction and Nonextractin Treatment on Class I and Class II Subjects // Angle Orthod - 2003. - Vol 73. - No 1. - P. 36 – 42.

10. Konstantonisa D. The impact of extraction vs nonextraction treatment on soft tissue changes in Class I borderline malocclusions // Angle Orthod - 2012. – Vol 82. - No 2. – P 209 - 217.

11. Sharma J.N. Skeletal and Soft Tissue Point A and B Changes Following Orthodontic Treatment of Nepalese Class I Bimaxillary Protrusive Patients // Angle Orthod - 2010. – Vol 80. - No 1. – P 91 - 96.

Гайнуллина Д.К.  
**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С  
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЦНС ПРИ САНАЦИИ ПОД  
ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ**

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»,  
г.Казань

*Аннотация:* 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 исключения сознания.

*Ключевые слова:* стоматолог, стоматология, общее обезболивание, санация полости рта, пациенты с ограниченными возможностями.

Цель работы – оценить стоматологический статус пациентов перед санацией под общим обезболиванием.

Материалы и методы. Исследовали пациентов с ограниченными возможностями и заболеваниями ЦНС перед санацией под общим обезболиванием в период 2014-2017г. Количество исследуемых составило 136 человек. Стоматологический статус определяли по следующим показателям: уровню активности кариеса (ТЭР тест), интенсивность кариеса и pH ротовой жидкости (электронным pH метром). 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 (0,4-0,6мг за 40 мин до анестезии). Продолжительность анестезии составляла в среднем 20-30 мин.

Результаты. Проанализировав стоматологический статус пациентов, выявлено, что в 2014г. у большинства пациентов (54,4%) определялся очень высокий уровень интенсивности кариеса, в 2015г.- у 62,5 %, в 2016г. – у 69,12%. Высокий и средний уровень интенсивности кариеса определялся в 2014г. – у 36,7% и 8,8%, в 2015г.- у 29,42% и 8,09%, в 2016г. – у 19,12% и 11,78% соответственно. В 2014г. у большинства обследуемых пациентов (118) отмечался низкий pH ротовой жидкости, за период 2014-2016гг. достоверных изменений данного показателя выявлено не было. Кислотоустойчивость 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. У большинства пациентов были обнаружены среди анаэробов *Streptococcus mitis*, *Staphylococcus aureus* массивным ростом и *Candida dubliniensis* массивным ростом. Гемодические формы микроорганизмов преобладали над негемодическими.

Заключение. За период обследования у пациентов с ограниченными возможностями и заболеваниями ЦНС был установлен высокий уровень распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний. Благодаря общему обезболиванию стало возможным сократить количество стоматологических заболеваний у данной группы пациентов.

*Библиографический список.*

1. Санация полости рта в условиях комбинированной анестезии /И.М. Макеева, И.В. Акимова, А.Ю. Туркина, А.П. Шафранский – М.: ООО «Поли Медиа пресс», 2006. – 32 с.
2. Общее обезбоживание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / под ред. В.И. Стош, С.А. Рабинович. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 177 с.
3. Абрамов А.А., Алгоритмы работы врача-стоматолога при оказании амбулаторной стоматологической помощи детям и подросткам под общим обезболиванием / А.А. Абрамов // Системная интеграция в здравоохранении. – 2005. – Вып. 4 (22). – С.4.

Галиева Д.Т., Корчагина М.А., Останина Д.А., Митронин Ю.А.  
**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТА  
XP-ENDO FINISHER В ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ  
IN VITRO**

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, г. Москва

*Аннотация:* Смазанный слой, неминуемо образующийся на стенках корневого канала в ходе эндодонтической обработки, закупоривает входы в дентинные трубочки, препятствуя качественной дезинфекции системы дентинных коллатералей, проникновению в них силлера, что негативно сказывается на исходе лечения. Задачей этого исследования стало оценить эффективность удаления смазанного слоя при традиционной хемо-механической обработке канала и включении в протокол нового инструмента - XP-endo Finisher. В ходе исследования 40 свежееудаленных однокорневых премоляра разделили на две равновеликие группы «А» и «В», а из 20 моляров сформировали третью группу «С». Образцы всех трех групп были препарированы с использованием NiTi инструментов ProFile, NaOCl 3%, EDTA 17%. В группах зубов «В» и «С» смазанный слой был дополнительно удален с использованием инструмента XP-endo Finisher. Качество удаления смазанного слоя оценивалось с помощью электронного микроскопа в каждой трети корневого канала (коронковой, средней и апикальной) по критериям Hulsmann, после чего полученные данные подвергались статистическому анализу. Включение эндодонтического инструмента XP-endo Finisher в протокол хемо-механической обработки корневого канала позволило эффективно удалить смазанный слой в каждом из трех его сегментов.

*Ключевые слова:* смазанный слой, XP-endo Finisher, хемо-механическая обработка корневых каналов.

Смазанный слой, образующийся при препарировании корневых каналов зубов, – одна из неизбежных ятрогений [1,7]. Он содержит продукты тканевого распада, остатки витальной или некротизированной пульпы, бактерии, частицы дентина, следы ирригационных растворов и служит субстратом для патогенной микрофлоры, реинфицирующей корневой канал [6]. Закупоривая входы в дентинные трубочки, он препятствует качественной дезинфекции системы дентинных коллатералей и проникновению в них силлера, существенно нарушая адгезию корневого герметика [2].

Задача удаления смазанного слоя очень важна. В доступной литературе описаны методы его удаления, применяемые в современной эндодонтии. Условно их можно разделить на три группы: химический (с использованием ирригационных растворов: EDTA, NaOCl, лимонной кислоты); сочетание химического и физического методов (активация ирригационного раствора лазером, ультразвуком, гидродинамическим способом – с помощью



EndoActivator), а так же сочетание химического и механического методов (пассивная активация ирригационного раствора файлом или гуттаперчевым штифтом, эндодонтическими ершиками, или новым эндодонтическим инструментом XP-endo Finisher).

Ряд исследований показало, что смазанный слой в апикальной трети канала невозможно удалить только химическим методом [1,11].

Химико-физический метод повышает эффективность удаления смазанного слоя, но требует дополнительных затрат на покупку и техническое обслуживание оборудования; обучения врача с его последующей аккредитацией, что, в совокупности, ограничивает его доступность для коммунальной стоматологии. Кроме того, имеются данные о серьезных побочных эффектах при использовании некоторых типов лазеров в виде некроза апикальных тканей, трещин стенок корня и его резорбции [11]. При работе ультразвуковыми файлами в искривленном канале возможно образование уступов и фрактур верхушек самих файлов.

Поэтому поиск наиболее рациональной для врача и максимально безопасной для пациента методики эндодонтического лечения не теряет своей актуальности. В этой связи особый интерес представляет современный инструмент XP-endo Finisher, предназначенный для механической минимально-инвазивной очистки стенок корневого канала от смазанного слоя [8]. Однако его эффективность изучена недостаточно.

Целью настоящего исследования стало изучение *in vitro* эффективности удаления смазанного слоя инструментом XP-endo Finisher в анатомически сложных, искривленных каналах. В ходе исследования проведена сравнительная оценка качества традиционного хемо-механического препарирования и препарирования с включением в протокол инструмента XP-endo Finisher.

Материал и методы исследования. В первой части исследования с помощью рентгенографии было отобрано 40 свежееудаленных по пародонтологическим и ортодонтическим показаниям, без признаков апикальной резорбции и не леченных ранее эндодонтически, однокорневых премоляров, которые были разделены на две равновеликие группы – «А» и «В».

Корневые каналы зубов из обеих групп были препарированы по методике crown down вращающимися NiTi инструментами ProFile. Механическая обработка корневых каналов сочеталась с их орошением 3% раствором NaOCl. В обеих группах, согласно традиционному протоколу, использовался ЭДТА 17%.

В группе «В» - для удаления смазанного слоя - дополнительно был применен XP-endo Finisher. С особым состоянием NiTi сплава связан эффект памяти инструмента XP-endo Finisher. Способность инструмента принимать форму окружающего его канала обусловлена переходом сплава металла из фазы мартенсита в фазу аустенита при нагреве и охлаждении. XP-endo finisher имеет нулевую конусность и 25 размер по ISO. Изменяя форму последних 10 мм длины согласно расширениям корневого канала, площадь сечения рабочего диаметра может увеличиваться до 6 мм, что позволяет файлу очистить те части корневого канала, которые остаются недоступными при обработке стандартными инструментами [8].

Во второй части исследования для оценки эффективности работы инструмента в анатомически сложных каналах, была сформирована группа «С», в которую вошли моляры верхней челюсти с изгибом небного канала 25-30% (по классификации А.В. Митронина и Ю.М. Максимовского, расценивающиеся, как «трудные каналы»). Хемо-механическая обработка небного канала проводилась по протоколу группы «В».

Качество обработки корневого канала контролировали рентгенологически.

Для оценки *in vitro* разницы в результатах эффективности удаления смазанного слоя был проведен распил зубов. Чтобы избежать загрязнения поверхности канала во время распила, алмазным диском на поверхности корня сделаны насечки. Окончательное разделение его на две части проводилось с использованием долота. С целью соблюдения чистоты эксперимента, образцы после разделения были закодированы (коды внесены в регистрационные таблицы в строгом соответствии с групповой принадлежностью) и переданы в лабораторию для проведения анализа без идентификации соответствующей группе.

Препараты обезвоживали в течение 15-20 мин в растворах спирта с возрастающей концентрацией (15%, 20%, 30%, 50%, 70%, 80% 90% и две замены 100% спирта), после чего высушили в эксикаторе в течение 24 ч. Затем образцы были установлены на алюминиевые фиксаторы с использованием двухсторонней клейкой ленты и помещены в вакуумную напылительную установку Val-tec SCD 005 С помощью электронного микроскопа была проведена оценка количества смазанного слоя в трех частях канала - коронковой, средней и апикальной - на основании критериев Hulsmann [9].

По данной системе критериев - 1 балл характеризовал отсутствие смазанного слоя и полностью открытые дентинные трубочки; 2 – наличие небольшого количества смазанного слоя и практически полностью открытые дентинные каналы; 3 балла выставлялось образцам, на поверхности стенок корневых каналов которых наблюдался равномерный слой смазанного слоя, а открытые дентинные каналы встречались лишь изредка; 4 – при полном покрытии стенок смазанным слоем и отсутствии открытых каналов; 5 баллов – когда смазанный слой покрывал стенки канала толстым равномерным слоем [11].

Результаты полученных данных занесены в таблицу и подготовлены к статистическому анализу с использованием программы StatBase.

Сопоставление данных проводилось между группами «А» и «В» - для сравнительной оценки традиционного хемо-механического препарирования и препарирования с включением в протокол инструмента XP-endo Finisher, а так же между группами «В» и «С» – чтобы выяснить, зависит ли эффективность работы инструмента от анатомической сложности канала.

Результаты исследования. По результатам первой части исследования значительных статистических различий в количестве смазанного слоя коронарной части канала образцов групп «А» и «В» (1,15 и 1,10, соответственно), не выявлено ( $p < 0,0575$ ), что может быть объяснено лучшим доступом ирригационного раствора к этой части канала.

В средней трети канала образцов группы «А» количество смазанного слоя было большим – 1,95, по сравнению с коронарной частью образцов той же группы.

В коронарной (1,10) и средней (1,25) частях канала образцов группы «В» - меньшим, по сравнению с одноименными частями образцов группы «А». Это связано с большей площадью контакта XP-endo Finisher со стенками корневого канала, благодаря нагреву металла в ходе работы и увеличению диаметра инструмента до 6 мм.

В апикальной части корневых каналов образцов группы «А» количество смазанного слоя было значительным (1,78) и лишь некоторые дентинные каналы оказывались открыты, что свидетельствовало о недостаточной очистке апикальной трети корневого канала при медикаментозно-механической обработке. В то же время, в апикальной части образцов группы «В» смазанный слой практически отсутствовал, что указывало на хорошую очищающую способность XP-endo Finisher, вероятно связанную с его нулевой конусностью и размером ISO 25.

Средние значения количества смазанного слоя в образцах группы «В» (1,23) были ниже средних значений количества смазанного слоя в образцах группы «А» (1,78;  $p < 0,0575$ ).

Анализируя вторую часть исследования, в которой проводилось сравнение действия инструмента XP-endo Finisher в простых каналах премоляров и анатомически сложных каналах моляров, были отмечены следующие результаты. В коронарной и средних третях каналов зубов групп «В» и «С» статистических различий в количестве оставшегося после обработки смазанного слоя обнаружено не было (1,10 и 1,10). В апикальной части образцов группы «С» смазанный слой практически отсутствовал, но баллы по критериям Hulsman были несколько выше (1,55), чем в группе «В» (1,35). Средние значения количества смазанного слоя в образцах группы «В» и «С» не имели достоверных отличий

Выводы.

1. Новый эндодонтический инструмент XP-endo finisher эффективен в удалении смазанного слоя в каждом из трех сегментов корневого канала.

2. Эффективность хемо-механической очистки апикальной части корневого канала от смазанного слоя при работе инструментом XP-endo finisher значительно выше, чем при традиционной методике обработки.

Вторая часть исследования показала: удаление смазанного слоя в анатомически сложных корневых каналах инструментом XP-endo finisher возможно благодаря физическим свойствам металла, из которого он изготовлен, и его способности к расширению при повышении температуры до 35°C. В связи с этим велика вероятность рационального применения XP-endo finisher для лечения зубов с внутриканальной резорбцией, имеющего задачей не только эффективное очищение корневого канала, но и сохранение, как можно большего количества, интактного дентина его стенок.

Стоит так же отметить, что экономическая целесообразность применения Xp-endo Finisher ограничивается возможностью работы им в каналах только

одного зуба, т.к. инструмент является одноразовым. Но, в то же время, использование одноразового инструментария в стоматологии повышает социальную ответственность врача снижая риск перекрестного инфицирования и фрактур инструментов, связанных с усталостью металла.

*Библиографический список:*

1. Веткова К.В., Борисенко М.А., Чекина А.В. Изучение эффективности препаратов для удаления эндодонтического смазанного слоя. – Евразийский Союз Ученых (ЕСУ) #1 (22), 2016. – С.33-34
2. Митронин А.В., Герасимова М.М. Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периодонта (ч1). Аспекты применения антибактериальных препаратов. - Эндодонтия today 2012, № 1, - С. 9-14
3. Орехова Л.Ю., Крылова В.Ю. Степень механической эффективности очистки корневых каналов различными группами антисептических средств. - Эндодонтия today 2013, № 3, - С. 54-56
4. Amr M. Elnaghy, Ayman Mandorah, Shaymaa E. Elsaka. - Effectiveness of XP-endo Finisher, EndoActivator, and File agitation on debris and smear layer removal in curved root canals: a comparative study. – Odontology, April 2017, P.178-183
5. Barbakow F, Peters OA, Havranek L. effects of Nd: YAG lasers on root canal walls. A light and scanning electron microscopic study. Quintessence Int 2009; 30:837-845
6. daCostaLima G.A., Aguiar C. M., Camara A. C., Alves L.C., Dos Santos F.A., Do Nascimento A.E. Comparison of smear layer removal using the Nd:YAG laser, ultrasound, ProTaper Universal system, and CanalBrush methods: an in vitro study. - JOE 2015;41:400–4.
7. Debelian G., Trope M. Cleaning the third dimension. – Endodontic Practice, August 2015, - P. 18-21
8. FKG Dentaire SA The XP-endo Finisher file Brochure. [http://www.fkg.ch/sites/default/files/fkg\\_xp\\_endo\\_brochure\\_en\\_vb.pdf](http://www.fkg.ch/sites/default/files/fkg_xp_endo_brochure_en_vb.pdf)
9. Hülsmann M, Rümmelin C, Schäfers F. Root canal cleanliness after preparation with different endodontic handpieces and hand instruments: a comparative SEM investigation. J Endod. 1997; 23(5):301-6.
10. Jiang L-M, Lak B, Eijsvogels LM, et al. Comparison of the cleaning efficacy of different final irrigation techniques. J Endod 2012;38:838–41.
11. Poggio, C.; Dagna, A.; Chiesa, M.; Beltrami, R.; Bianchi, S. Cleaning Effectiveness of Three NiTi Rotary Instruments: A Focus on Biomaterial Properties. *J. Funct. Biomater.* 2015, 6, 66-76.

Гаффаров У.Б., Шодиев С.С., Исматов Ф.А.  
**ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ХОЛИСАЛ ГЕЛЬ» НА  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ТЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ  
РЕТИНИРОВАННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд

Цель работы - изучение послеоперационного течения у пациентов после удаления нижних третьих моляров, с применением препарата «Холисал гель».

Материалы и методы. Для решения поставленных задач в кабинете хирургической стоматологии отделения челюстно-лицевой хирургии городского медицинского объединения г.Самарканда было обследовано и прооперировано 15 пациентов в возрасте от 20 до 35 лет с диагнозом ретенция нижних третьих моляров. При поступлении всем пациентам проводилось рентгенологическое обследование. Все пациенты были разделены на 2 группы. 1-я группа (8 пациентов): после удаления зубов лунки заживали под кровяным сгустком, рана была зашита наглухо. 2-я группа (7 пациентов): в рану введен дренаж пропитанный гелем «Холисал», в нижний отдел вертикального разреза вдоль кости. Применяли стандартную методику оперативного вмешательства. Под проводниковой и инфильтрационной анестезией проводили разрез над коронкой зуба посередине альвеолярного отростка вверх, и вниз к переходной складке от середины коронки второго моляра. Отслаивали от кости слизисто-надкостничный лоскут. Для предотвращения послеоперационных осложнений и уменьшения травмы для удаления нижних третьих моляров использовали физиодеспенсер по принципу максимального сохранения костной ткани. Щипцами, прямым или угловым элеватором вывихивали зуб. В послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию. Осмотр пациентов проводили на 3, 5 и 7 сутки после операции. Изучение течения послеоперационного периода осуществляли по трём параметрам: температура, отёк мягких тканей, болевой синдром, требующий приёма обезболивающих препаратов. На основании этих данных составлялись таблицы и диаграммы, что позволило сделать заключение о влиянии препарата «Холисал гель» на течение послеоперационного периода.

Результаты. В результате клинических исследований было установлено, что отёк мягких тканей, температурная реакция и болевой синдром были наиболее выражены у пациентов 1-й группы. У пациентов 2-й группы температурная реакция отсутствовала, болевой синдром и отёк мягких тканей был незначительным.

Выводы. Введение препарата «Холисал гель» в лунку после удаления нижних третьих моляров положительно влияет на течение послеоперационного периода у пациентов и уменьшает число осложнений. Дренирование послеоперационной раны этим препаратом, способствует уменьшению отёка и ускорению реабилитации пациентов при сложном удалении третьих моляров.

Громова С.Н., Еликов А.В., Кайсина Т.Н.  
**ЗАВИСИМОСТЬ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ ОТ ОБЩЕЙ  
АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ СЛЮНЫ**  
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров

*Аннотация:* на сегодняшний день в структуре стоматологической патологии одно из ведущих мест занимают воспалительные заболевания пародонта. При исследовании очищающих и противовоспалительных зубных паст, чаще оценивают только клинические показатели, а информация о состоянии системы антиоксидантной защиты в слюне достаточно скудная.

*Ключевые слова:* зубная паста, индекс РМА, гингивит, антиоксидантная активность.

По мнению Европейской коллегии геронтологии и Европейского гериатрического медицинского сообщества, состояние здоровья полости рта у лиц старшего возраста часто является неудовлетворительным. По обобщенным данным независимых экспертов ВОЗ, основанным на последних результатах эпидемиологических исследований, интактный пародонт встречается лишь в 2-10% наблюдений, воспалительные заболевания пародонта выявляются у 90-95% взрослого населения [4]. Имеется прямая зависимость тяжести гингивита от уровня гигиены полости рта [1,2]. Чаще измеряют активность антиоксидантного фермента каталазы и антимикробного фермента лизоцима[3].

Многочисленными эпидемиологическими, биохимическими, микробиологическими исследованиями в клинике и эксперименте установлено патогенетическое значение зубного налета в возникновении воспалительных и дистрофически-воспалительных заболеваний пародонта. Интенсивность образования и количество зубного налета зависят от многих факторов: количества и качества пищи, вязкости слюны, характера микрофлоры, степени очищения зубов, биомеханики пародонта, нарушения местного иммунитета. Все эти факторы приводят к нарушению функций пародонта.

Цель исследования: выяснить в эксперименте зависимость клинических проявлений воспаления на десне с изменением общей антиоксидантной активности ротовой жидкости.

Материалы и методы:

1. В исследовании приняли участие 42 студента 3 курса стоматологического факультета Кировского ГМУ (средний возраст 20,2 года), все по данным врача общей практики являлись практически здоровыми;

2. Клиническая эффективность обеих паст оценивалась на 1, 2, 4 неделю исследования при помощи следующих индексов:

- Индексы гингивита РМА и кровоточивости - индекс GJ.
- Очищающий эффект - индекс Грина-Вермильона, РНР;

3. Оценку общей антиоксидантной активности (ОАА) осуществляли хемилюминесцентным методом, по соотношению уровней максимальной

вспышки/светосумма за 60 секунд ( $I_m/S_{60}$ ) с измерением указанных параметров на хемилюминометре Lum 100. Исследование проведено в научной лаборатории «Кариесология».

4. Статистический анализ произведен с использованием программы Excel. При описании количественных признаков применяли среднюю величину ( $M$ ) и стандартную ошибку средней ( $m$ ).

Результаты:

Положительная динамика всех клинических показателей свидетельствует, в первую очередь, о регулярности гигиенических мероприятий. Очищающий эффект данной зубной пасты удовлетворительный, по индексу РНР он более выражен и его редукция с течением срока использования продукта достигает 25,97%. На основании полученных результатов и расчетов в программе «Statistica 8.0» темп прироста индекса РНР с первого по двадцать восьмой дни исследования, получили положительную динамику, а именно отрицательный процент прироста составил 16,5% с погрешностью сигма 28,17. В то время как при подсчете темпа прироста индекса Грина-Вермильона, его положительная динамика составила всего 1,8% с погрешностью сигма 49,28. Таким образом на основании полученных результатов можно сделать заключение о том, что индекс РНР более информативен по сравнению с индексом Грина-Вермильона. При этом воспаление на десне уменьшается, что может быть связано с абразивностью данного продукта за счет введения в его состав угля бамбукового в сочетании с тетракалием пиррофосфатом. Изменения обоих показателей являются статистически достоверным.

Воспалительная реакция, на фоне местных иммунологических процессов (которые, например, могут быть связаны с влиянием бактериального компонента зубного налета на пародонт) неизбежно будут сопровождаться существенной активацией свободнорадикального окисления с истощением ресурсов антиоксидантной защиты, во многом определяя течение клинического случая. В наших исследованиях выявлена положительная, статистически значимая динамика показателя ОАА ротовой жидкости на 48,57% ( $p < 0,05$ ). Увеличение этого показателя подтверждает и коррелирует с клиническими данными о снижении воспалительного процесса, улучшении функционального состояния пародонта и гигиенического состояния ротовой полости под влиянием применения исследуемой зубной пасты.

Выводы: проведенные исследования показали, что исследуемая зубная паста оказывает противовоспалительный и очищающий эффекты, способствует уменьшению образования зубной бляшки, увеличивает слюноотделение, что способствует хорошему очищению зубов и приводит к уменьшению воспалительных процессов в полости рта. Исследование общей антиоксидантной активности смешанной слюны можно считать объективным скрининговым показателем состояния ротовой полости и может быть рекомендовано для комплексной оценки эффективности зубных паст.

*Библиографический список:*

1. Громова С.Н. Стоматологическая заболеваемость детского населения школьного возраста в Кировской области / С.Н. Громова, А.М. Хамадеева, А.В. Сеницына, Т.А. Гаврилова // Стоматология детского возраста и профилактика.- 2016.- № 1 – С. 72 – 77
2. Громова С.Н., Сеницына 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. Левицкий А.П. Биохимические маркеры воспаления и дисбиоза в слюне больных холециститом / Левицкий А.П., Демьяненко С.А., Пустовойт П.И., и др.// Вестник стоматологии. 2011.- № 1 (74).- С. 21-23.
4. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта / Под общ. ред. проф. Л.Ю. Ореховой. – М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.



Громова С.Н., Еликов А.В., Муртузаев И.Э., Громов Я.П.  
**ЗАВИСИМОСТЬ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩИХ СВОЙСТВ СРЕДСТВ  
ГИГИЕНЫ ОТ КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩЕГО АБРАЗИВА**  
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров

*Аннотация:* сегодня трудно представить цивилизованного человека, который бы чистил зубы без зубной пасты. Для того чтобы проверить гипотезу возможного влияния зубных паст на реминерализующую способность ротовой жидкости, мы провели анализ содержания в ней фосфатов и ионизированного кальция на 2, 14 и 30 дни исследования при использовании зубных паст с разными кальцийсодержащими абразивами.

*Ключевые слова:* зубная паста, реминерализация, кальций содержащий абразив.

Многочисленными исследования подтверждена зависимость стоматологического здоровья от уровня гигиены полости рта [2,3,4,5]. Одним из элементов первичной патогенетической профилактики кариеса зубов является реминерализующая терапия. Средства гигиены полости рта с реминерализующим эффектом, должны обладать хорошими очищающими свойствами и насыщать ротовую жидкость ионами кальция и фосфора для увеличения минерализующего потенциала слюны [1,2,6].

В исследовании приняли участие студенты 3 курса стоматологического факультета Кировского ГМУ (средний возраст 21,08 года), разделенные на 3 группы. Все клинические осмотры и сбор слюны проводились на 2-ой, 14-ый и 30-ый дни исследования без стимуляции, до чистки зубов исследуемой пастой.

Клиническую эффективность паст оценивали индексами ИГР-У и РНР-очищение; при помощи КОСРЭ-теста и ТЭР-теста – реминерализующую активность [7].

Биохимические исследования проводились в научной лаборатории «Кариесология». Общее содержание  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{PO}_4^{3-}$  в составе ротовой жидкости проводилось стандартным набором реагентов «Кальций-2-Ольвекс» и «ФН-Ольвекс» спектрофотометрически, на спектрофотометре SHIMADZU 1240 (Япония).

Статистический анализ произведен с использованием программы Excel. При описании количественных признаков применяли среднюю величину (M) и стандартную ошибку средней (m).

При использовании любого кальцийсодержащего абразива процесс реминерализации эмали становится более активным. Статистически значимые различия особенно наблюдались при использовании ДДКФ [2]. Изменения составили 71,6 %, в отличие от  $\text{CaCO}_3$  и лактата кальция. Это подтверждает, что использование ДДКФ в качестве абразива более эффективно для реминерализации.

Заметны различия в очищающей способности выбранных кальцийсодержащих абразивов. Если по индексу РНР различия между лактатом кальция и ДДКФ незначительны, то они в 2 раза хуже у пасты, содержащей карбонат кальция. По индексу ИГР-У также лидирует зубная паста содержащая ДДКФ. Редукция индекса составила 51%, при этом в пастах с  $\text{CaCO}_3$  только 15.4%, а содержащих лактат кальция на 34%.

На 14 день исследования больших изменений замечено не было между редукцией индексов ТЭР и КОСРЭ при использовании ДДКФ. Однако к 30 дню исследований редукция индекса ТЭР составила на 20% больше, чем при использовании карбоната кальция и на 5% по сравнению с лактатом кальция. Это говорит об опосредованном влиянии на кристаллическую решетку гидроксиапатита данных абразивов. В подтверждение данной гипотезе, скорость реминерализации по индексу КОСРЭ в 2 раза выше у группы, использующую зубную пасту с дикальцийфосфатдигидратом.

Эти же данные подтверждаются изменением содержания  $\text{H}_2\text{PO}_4^-$  и  $\text{Ca}^{2+}$  в слюне у кариесрезистентных людей [1,5]. На 30 день исследования содержание микроэлементов Са и Р в слюне студентов, использующих пасту с ДДКФ практически приравнивается к среднему значению  $\text{Ca}^{2+}$  и  $\text{H}_2\text{PO}_4^-$  у кариесрезистентных людей и равно 1,75 ммоль/л. Такого изменения не наблюдалось при определении содержания кальция в ротовой жидкости у пользующихся зубной пастой с другими абразивами. Результаты, полученные на 14-ый и 30-ый дни, имели такую же тенденцию, но ещё более был заметен клинический и биохимический эффект реминерализации.

Вывод: данное исследование, подтвержденное клиническими и биохимическими анализами ротовой жидкости, показало, что при использовании любых кальцийсодержащих абразивов увеличивается реминерализующий потенциал ротовой жидкости. Но ДДКФ в составе зубных паст является более эффективным препаратом для проведения реминерализации в полости рта, чем лактат кальция и  $\text{CaCO}_3$ .

#### *Библиографический список*

1. Боровский Е.В. Биология полости рта [Текст] / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев // М., Медицина. -1991. -301 с.- Библиогр.: С. 86 - 196.
2. Громова С.Н. Регуляция микробного, кислотно-основного и минерального баланса в полости рта современными средствами гигиены : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / С. Н. Громова ; рук. работы В. А. Румянцев; ГОУ ВПО "Тверская гос.мед.акад".Минздравсоцразвития РФ. - Тверь: Тверск, 2011. - 17 с
3. Громова С.Н. Анализ результатов комплексной программы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у детей г. Кирово-Чепецка /Громова С.Н., Никольский В.Ю.// Вятский медицинский вестник. 2013. № 4. С. 20-23.

4. Громова С.Н. Оценка уровня стоматологического здоровья 12 и 15-летних школьников г. Кирова по критериям ВОЗ Громова С.Н. , Сеницына А.В. // Вятский медицинский вестник - №2-2015-С 37-40

5. Леонтьев В.К. Система организации гигиенического воспитания населения при проведении первичной профилактики кариеса зубов у детей [Текст] / В.К. Леонтьев, В.Г. Сунцов, В.А. Дистель // Стоматология. – 1986.- № 1.- С. 67 - 71.

6. Леонтьев В.К. Эмаль зубов как биоконвергентная система [Текст] / В.К. Леонтьев.-М.:ГЭОТАР-Медиа,-2016.-72 с.

7. Рединова Т.Л. Определение устойчивости зубов к кариесу: Методические рекомендации для субординаторов и врачей-интернов [Текст] / Т.Л. Рединова, В.К. Леонтьев, Г.Д. Овруцкий // Казань, -1982. - 9 с.

Громова С.Н., Петров С.Б., Сеницына А.В., Лелекова Ю.С.  
**ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ**  
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров

*Аннотация:* по данным ВОЗ 2012г (Dr. PE Petersen), в России интенсивность кариозного процесса у 12-летних детей составляет более 2,0. В то время как в странах Европейского сообщества менее 1,5. По данным эпидемиологического обследования, проведенного кафедрой стоматологии Кировского ГМУ(2015г.) в Кировской области интенсивность кариеса у 12-летних детей составляет 2,3, а в г. Киров – 2,4 [1]. Кафедра стоматологии Кировского ГМУ разработала социальный проект «Вятская улыбка», который охватывает этиотропной профилактикой школьников практически всей области.

*Ключевые слова:* интенсивность кариеса, уроки гигиены, степени активности кариеса.

Доказательными факторами риска возникновения кариеса зубов, кроме микробного зубного налета считаются также дефицит фтора и частое употребление сладостей [3]. Гигиеническое воспитание в группах детей более целесообразно проводить в период активной смены зубов [2].

В результате проведенного кафедрой эпидемиологического обследования, были выделены 2 группы школьников 1 классов в г. Уржум Кировской области и г. Киров. По данным анкет, все дети употребляют примерно одинаковое количество сладкого. В период исследования не проводилось плановое лечение зубов.

В группе №1 (г. Уржум – 65 детей) интенсивность кариеса по постоянным зубам составляла 0,98, при этом компонент «К» составлял 0,93. Распространенность – 50% Здоровые дети составляли всего 4,6% от осмотренных. При этом чаще были поражены зубы 3.6 и 4.6. По данным статистической обработки, включающей методы описательной и аналитической статистики, в Уржуме более всего представлены дети с высокой и средней распространенностью и активностью кариозного процесса. Различие между группами статистически значимо ( $p < 0,05$ ). Уровень гигиены их по индексу ОНІ-S 2,82, что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены полости рта. УСП равен 4,33.

Группа №2 состояла из 122 школьников, интенсивность кариеса по постоянным зубам составляла 0,54, при этом компонент «К» составлял 0,5. Распространенность – 31%. Здоровых детей -17,3%. Так же чаще были поражены зубы 3.6 и 4.6, т.к. они первые прорезаются, не имеют антагонистов для самоочищения. Статистические данные говорят о преобладании школьников с низкой распространенностью и активностью кариозного процесса. Различие между группами не являются статистически значимо ( $p > 0,05$ ). Уровень гигиены данной группы по индексу ОНІ-S равен был при первичном осмотре 2,7, что

соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта. УСП равен 10,81.

Содержание фтора в воде г. Киров составляет - 0,21 г/л, а в г. Уржум – 0,29 г/л. После проведенных осмотров и уроков гигиены все дети чистили зубы зубной пастой содержащей фтор в количестве 1450 ppm. Обращает на себя внимание зависимость распространенности и интенсивности кариеса больше не от содержания фторидов в воде, а от уровня гигиены полости рта.

В группе №1 проводились только занятия в виде уроков гигиены, а в группе №2 добавлялась профессиональная гигиена 2 раза в течение времени наблюдения и местная флюоризация. При этом результаты оказались очень не однозначными. Прирост новых кариозных полостей оказался больше в группе №2 на 52%. В ней же с сентября по май увеличилась и степень активности кариеса на 6,3%. При выделении при помощи кластерного анализа методом к-средних 3-х кластеров, статистически значимо отличающихся по исследуемым показателям, соответствующих степеням активности кариеса по Т.Ф.Виноградовой, получили следующие данные. Кластер № 3 составили 44 наблюдения, кластер №2 - 75 и кластер №1 – 69. Различие между кластерами статистически значимо ( $p < 0,05$ ). Наибольший прирост составляющего «К» - 105% выявлен у школьников с 1 степенью активности кариеса, не зависимо от их места проживания. В группе с 3 степенью активности кариозного процесса, только - 25,4%. В кластере №1 увеличивалось и количество кариозных полостей на молочных зубах.

После проведенного исследования можно сделать следующие выводы. Программу профилактики необходимо составлять с учетом степеней активности кариеса и уровня оказания стоматологической помощи. Включать в неё обязательно санацию полости рта, и патогенетическую профилактику с учетом наследственных факторов.

#### *Библиографический список:*

1. Громова С.Н. Стоматологический статус школьников 12 и 15 лет г. Уржума Кировской области по критериям ВОЗ (2013) / Громова С.Н., Сеницына А.В., Лелекова Ю.С. // Стоматология детского возраста и профилактика.- 2017.- №4 –С. 42 – 45
2. Леонтьев, В.К. Система организации гигиенического воспитания населения при проведении первичной профилактики кариеса зубов у детей [Текст] / В.К. Леонтьев, В.Г. Сунцов, В.А. Дистель // Стоматология. – 1986.- № 1.- С. 67 - 71.
3. Хамадеева А.М. Поведенческие факторы риска и стоматологическое здоровье детей школьного возраста в местностях с разной интенсивностью кариеса зубов/ Хамадеева А.М., Громова С.Н., Сеницына А.В., и др.// Вятский медицинский вестник - №3-2016-С.78-83

Громова С.Н.<sup>1</sup>, Страхова С.Ю.<sup>2</sup>, Дроботько Л.Н.<sup>2</sup>

## ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АФТ, ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ИЗЪЯЗВЛЕНИЕМ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, г. Москва

*Аннотация:* Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки полости рта. По данным Всемирной организации здравоохранения поражает до 20% населения. В течение последних лет не только не отмечается снижения темпов роста этого заболевания, но и наблюдается неуклонная тенденция к росту и развитию осложнений.

*Ключевые слова:* Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, комплексное лечение, травматическое изъязвление.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (К.12.0 рецидивирующие афты полости рта) - хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся периодическими ремиссиями и обострениями с высыпанием афт.

Этиология ХРАС остается до конца не выясненной, известно несколько важных предрасполагающих и приводящих к заболеванию факторов. В настоящее время ведущее место в этиологии хронического рецидивирующего афтозного стоматита детского возраста занимают заболевания желудочно-кишечного тракта, вызывающие сенсбилизацию организма [3,5]. О роли желудочно-кишечной патологии и заболеваний печени в патогенезе ХРАС свидетельствуют клинические и экспериментальные данные (Sulka A. et al., 2006; Tani H. et al., 2007). Сочетанная патология печени и кишечный дисбиоз вызывают развитие воспалительно-дистрофических процессов в слизистой полости рта[2]. Широко обсуждается вопрос об аллергическом генезе заболевания (Chiang H., 2000; Axell T., 2001). Еще в 1956 г. И.Г. Лукомский и И.О. Новик смогли предположить аллергическую природу возникновения рецидивирующих афт. Этиологическими факторами заболевания также могут быть вирусы (Scott, 1935; Burkett, Williams, 1999), нарушения витаминного баланса частности витаминов В1 и В12 (Struus W.S., Vaser D., 1965), гиповитаминоз С (Куликова В.С., 1983; Казакова Р.В., 1988), И.М. Рабинович с соавт.(1998) связывают ХРАС с нарушением клеточного и гуморального иммунитета (как местного, так и общего). Отмечена генетическая предрасположенность к заболеванию. Дети, у которых оба родителя страдают данной патологией, имеют на 20% больше шансов заболеть по сравнению с другими.

В продромальном периоде дети отмечают чувство жжения, кратковременную болезненность, незначительную отёчность. Через несколько часов появляется афта, покрытая фибринозным налётом. У некоторых больных

некротизируется верхний слой собственно слизистой оболочки, и афты углубляются. Заболевание чаще встречается у детей и подростков в возрасте от 4 до 18 лет[4]. Заживление таких элементов происходит только через 2-3 недели.

В стоматологическую клинику Кировского ГМУ обратились родители с девочкой 12 лет. Постоянно проживают в районе Кировской области. В мае 2016 г. у ребенка на нижней губе появились две афты, покрытые налетом фибрина, доставляющие чувство жжения. Пациентка начала прикусывать нижнюю губу, поднялась температура до  $38^{\circ}$ , губа увеличилась в размере. Образовались декубитальные язвы, покрытые фибринозным налетом. Родители обратились сначала к педиатру, а потом к дерматологу. Общий анализ крови показал лейкоцитоз и СОЭ 16 мм/ч.

Педиатр назначил жаропонижающие и обезболивающие препараты, местное лечение заключалось в полоскании антисептическими растворами, посоветовал обратиться к дерматологу.

Дерматолог поставил диагноз: декубитальная язва нижней губы и направил к стоматологу.

Знакомые посоветовали обрабатывать очаги поражения на губе 3% перекисью водорода.

Состояние девочки стало ухудшаться, к вечеру поднималась температура до 37,50. В крови стал возрастать лейкоцитоз и СОЭ поднялось до 30 мм/ч, появилась деформация губы, и родители повезли ребенка в Клинику Кировского ГМУ.

Осмотр проведен согласно принятого алгоритма[1].

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета, конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы (подчелюстные и подбородочные) увеличены, при пальпации безболезненны овальной формы, мягкой консистенции, не спаянные с кожей.

Красная кайма губ отечная. Имеются изъязвления, покрытые фибринозным налетом, при пальпации элементы слабо – болезненны.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических элементов. На зубах множественный налет, особенно в области центральных резцов на нижней челюсти: РМА 86%, ИГР-У 3,5. КПУ-4, при этом имеется 2 зуба с кариозными полостями на первых постоянных молярах на нижней челюсти (3.6,4.6)

На основании сбора анамнеза и объективных исследований, был поставлен предварительный диагноз по МКБ: Болезнь губ неуточненная (K13.09).

Для уточнения диагноза было проведено цитоморфологическое исследование (взяты отпечаток с очага поражения).

Был предложен следующий план лечения:

1. Проведение профессиональной гигиены полости рта.
2. Устранение вредной привычки - прикусывание нижней губы.
3. Отмена обработки очагов поражения 3% перекисью водорода (химический ожог)
4. Санация полости рта.

5. Общий анализ крови.
6. Антигистаминные препараты 2 раза в день
7. Местное лечение: Обезболивание, аппликации протеолитическими ферментами с целью удаления некротических тканей, нанесение на чистые раневые поверхности кератопластических средств 3 раза в день.

Контрольный осмотр через неделю:

Девочка была на приеме у гигиениста стоматологического и записана на лечение кариеса зубов по месту жительства. Содержание лейкоцитов в крови снизилось, СОЭ 16 мм/ч. В отпечатке с очага поражения были обнаружены множественные лейкоциты.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета, конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы (подчелюстные и подбородочные) увеличены, при пальпации безболезненны овальной формы, мягкой консистенции, не спаянные с кожей.

Красная кайма губ отечна. Имеющиеся изъязвления уменьшились, при пальпации элементы слабо болезненны.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических элементов. На зубах количество налета уменьшилось: ИГР-У 2,5, РМА 64%. Зубы чистит без удовольствия, т.к. испытывает болезненные ощущения при прикосновении зубной щёткой к губе.

Рекомендовано продолжить назначенное ранее лечение.

На назначенный осмотр через месяц девочку не привезли, но по телефону мама сказала, что рана эпителизируется.

Осмотр через 2 месяца, август 2016:

Жалоб нет, губа на стадии завершения эпителизации. Девочке провели лечение кариеса зубов по месту жительства. Содержание лейкоцитов в крови снизилось до нормы, СОЭ 11 мм/ч.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розового цвета, конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы (подчелюстные и подбородочные) не увеличены, при пальпации безболезненны овальной формы, мягкой консистенции, не спаянные с кожей.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических элементов. На зубах количество налета уменьшилось: ИГР-У1,8, РМА 32%. Зубы чистит без удовольствия, 1 раз в день.

Через месяц (октябрь) врачи клиники проводили плановую санацию в населенном пункте, где проживала наша пациентка. Девочка с удовольствием общалась, жалоб не было.

Анализ клинического случая.

Перед лечением мы проанализировали ситуацию. Установили все причины неудачи предыдущего лечения.

По всей видимости, доктора не проводили комплексного подхода к лечению ребенка и видели только патологию, а не больного. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) у подростков необходимо лечить совместно с педиатром, иммунологом и гастроэнтерологом.



#### Выводы:

1. Существующие комплексные методы лечения способствовали снижению тяжести заболевания, выражающемуся в удлинении сроков ремиссии, сокращению сроков эпителизации патологических элементов (в среднем на 4 дня), уменьшению их количества и размеров. Содержание лейкоцитов в крови снизилось до нормы. Для достижения стойких результатов в лечении рецидивирующего афтозного стоматита необходимо периодически повторить курсы комплексной терапии.

#### Библиография:

1. Громова С.Н. Схема написания истории болезни по дисциплине «Стоматология» (Методические указания) [Текст] / Громова С.Н., Уразова И.В., Кайсина Т.Н. и др. // – Киров: Издательство Государственного образовательного учреждения «Кировское областное бюро медицинской статистики». – 2016. – 84 с.
2. Демьяненко С.А. Влияние биотрита на состояниеслизистой оболочки полости рта крыс при токсическом гепатите на фоне дисбиоза/ Демьяненко С.А., Левицкий А.П., Макаренко О.А./ /Вестник стоматологии 2010. - № 1 (70). - С. 4-7.
3. Заболевания слизистой оболочки и губ. Практическое руководство. Под редакцией проф.Е.В.Боровского и А.Л.Машкиллейсона,-М.Изд-во МЕДпресс, 2001-302с.
4. Страхова С.Ю. Заболевания губ у детей/ Страхова С.Ю., Дроботько Л.Н.// Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2011. - № 4. - С. 46-49.
5. Тирская О.И. Герпетическая инфекция в полости рта: современный взгляд на проблему /Тирская О.И., Молоков В.Д.// Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. 2015. -Т. 12. № 1. -С. 135-139.

Еловикова Т.М.<sup>1</sup>, Молвинских В.С.<sup>1</sup>, Кошечев А.С.<sup>2</sup>

## **ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У КУРИЛЬЩИКОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ И ИНТАКТНОМ ПАРОДОНТЕ**

ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург<sup>1</sup>

ФГБОУ ВО Уральский Федеральный Университет имени первого

Президента России Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург<sup>2</sup>

*Аннотация:* Структурные изменения закристаллизованной смешанной слюны служат диагностическими признаками нарушений, возникающих при курении табака. Трансформация типов микрокристаллической структуры смешанной слюны у курильщиков при пародонтите и интактном пародонте подтверждает это. Морфотест позволяет показать негативное влияние курения на слюну и мотивировать курильщиков отказаться от этой вредной привычки.

*Ключевые слова:* смешанная слюна, типы микрокристаллизации, курильщики, хронический пародонтит, интактный пародонт.

Негативные влияния курения табака на организм одним из первых может заметить врач-стоматолог и тем самым предотвратить развитие заболеваний органов и тканей полости рта, опасных для жизни [3,5]. Тактика ведения пациентов-курильщиков врачами-стоматологами не определена до сих пор, и решение задач профилактики и лечения заболеваний полости рта, связанных с курением, актуально. В этом плане несомненный практический интерес представляет исследование смешанной слюны (СС) как одной из доступных биологических жидкостей организма, которая вырабатывается слюнными железами и секретируется в полость рта, участвует в обеспечении переработки и всасывании пищевых продуктов [1-4,6]. Установлено, что структурные изменения закристаллизованной СС могут служить диагностическими признаками различных заболеваний [1-3]. Изменения, происходящие в организме под влиянием курения, не могут не отразиться на состоянии СС, играющей исключительную роль в поддержании гомеостаза [3].

Цель исследования – выявление особенностей морфологической картины – типов микрокристаллизации (МК) СС у курильщиков при хроническом пародонтите и интактном пародонте.

Материалы и методы исследования.

В исследовании участвовали 60 добровольцев (25 женщин и 35 мужчин) в возрасте 20 до 40 лет – 2 группы. Основную группу исследования – 38 человек составили курильщики, из них у 15 человек диагностирован интактный пародонт (группа 1А), у 3-х человек – интактный зубы (группа 1В). Группа сравнения (22 человека) сформирована из некурящих добровольцев. У женщин слюну собирали в лютеиновую фазу менструального цикла. Клиническое обследование включало: анализ жалоб и анамнестических данных, осмотр, определение индексов гигиены (по Грину-Вермильону, 1964), КПУ зубов, определение индекса воспаления десны

– папиллярно-маргинально-альвеолярного – РМА (Parma, 1960); определение вязкости СС, скорости слюноотделения за 10 минут (сиалометрия), функциональной активности малых слюнных желез (ФАМСЖ), типов микрокристаллизации СС; заполнение карты стоматологического обследования. Забор слюны производился дважды – у курильщиков – до и через 10 минут после курения, у некурящих – для достоверности исследования – первоначально и, соответственно, через 10 минут – по методике МГМСУ [1,3,4]. РЖ помещали на чистые предметные стекла. Высушивание микропрепарата проводили при одинаковой температуре (21-23°C) на свободной поверхности в горизонтальном положении до полного высыхания. Исследование структуры образцов СС выполняли с помощью оптического микроскопа в отраженном свете при увеличении 10x10. Всего исследовано 120 препаратов. Оценка результатов проводилась по 5 типам МКСС при просмотре всей площади высохших капель слюны и последующего расчета среднего арифметического значения типа МКСС [1-4,6]. Морфологическая картина СС оценивалась по качественным и количественным параметрам: форма (наличие кристаллов, их величина, четкость и правильность рисунка, отсутствие кристаллопризматических структур, расположение органического вещества), размеры, количество. Результаты исследования обработаны с помощью методов математической статистики. Использован пакет прикладных программ «Statistica 6.0». Данные представлены в виде средних арифметических величин и стандартной ошибки среднего ( $M \pm m$ ). Для установления достоверности различий использовалось t-распределение Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$  [1,3,6].

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ результатов МКСС показал, что у курильщиков защитный потенциал СС в среднем составляет: до курения  $58,0\% \pm 6,9\%$ , после –  $30,7\% \pm 5,2\%$ , при этом различия в группах 1А и 1Б статистически недостоверны, т.е. при пародонтите и при интактном пародонте защитный потенциал после курения снизился более, чем на 20%. В 29% случаев у курильщиков защитный потенциал СС составил 0%, что морфологически характеризуется полным отсутствием кристаллов в поле зрения (деструктуризация СС 100%). У некурящих защитный потенциал СС –  $80,2\% \pm 5,7\%$ . Наши исследования подтверждают, что структурные изменения закристаллизованной СС – изменения органических и неорганических компонентов, могут служить диагностическими признаками различных нарушений, возникающих при курении табака, что подтверждается трансформацией типов микрокристаллической структуры СС. Это может быть использовано в диагностике и профилактике заболеваний тканей пародонта при курении. Нами использован специальный тест (морфотест) для курильщиков и для врачей-стоматологов, позволяющий определять негативное влияние курения на СС по деструктивным изменениям в высушенной капле СС. Для проведения теста образец слюны курильщика помещали под окуляр светового микроскопа. Затем по структуре рисунка высушенной капли СС определяли уровень нарушений: чем менее четкая структура рисунка, тем больший вред своему здоровью наносит курильщик. Тест занимает не более 3-х минут (после

высушивания, на которое требуется 15-20 минут). Все курильщики, принимавшие участие в исследовании, выразили желание сократить количество выкуриваемых сигарет, а 90% из них – отказаться от этой вредной привычки.

Таким образом, применение информативного и недорогого метода МКСС целесообразно проводить в качестве вспомогательного объективного морфотеста для ранней диагностики воспалительного процесса в десне. Результаты исследования показывают, что курение табака негативно воздействует на морфологическую картину – микрокристаллическую структуру СС. При курении табака происходит трансформация типов МКСС. Появление морфотипов МКСС – 3-ого, особенно 4-ого и 5-ого, не характерных для нормы, свидетельствует о «патологическом» типе изменений и негативном влиянии курения на СС. Функции слюны ухудшаются, и создаются условия для возникновения и развития различных патологических процессов в полости рта.

#### *Библиографический список*

1. Еловицова Т.М. Морфо-текстурные особенности десневой жидкости при интактном пародонте // В сборнике: Медицина, фармация и общественное здоровье. Сборник статей Второго Евразийского конгресса с международным участием, посвященного 85-летию Уральского медицинского университета. -2015. - с. 38-40.
2. Еловицова Т.М., Белоконова Н.А. Состояние тканей пародонта и параметров ротовой жидкости у больных пародонтитом под влиянием жидких средств гигиены // Пародонтология. - 2013. - Т.18. - № 2. - с. 55-58.
3. Еловицова Т.М., Замараева Е.В., Кощеев А.С. «Экспресс-диагностика защитного потенциала ротовой жидкости методом микрокристаллизации». - Свидетельство на интеллектуальный продукт 72200500050. М. ВНИИЦ - 2005г. 5 с.
4. Еловицова Т.М., Трошунин А.В., Жукова Е.Е., Ожгихина Ж.Э. Особенности морфологической картины ротовой жидкости у больных сахарным диабетом 2-го типа в условиях стационара до и после курсового применения ополаскивателя для полости рта // Пародонтология. - 2013. - Т. - 18. - № 3 (68). - с. 51-54.
5. Лестев М.П., Липатов Г.Я., Еловицова Т.М., Адриановский В.И., Молвинских В.С., Берестнева О.Ю. Роль социально-гигиенических факторов в развитии гиперпластических процессов слизистой полости рта у рабочих в производстве меди // Здоровье населения и среда обитания. - 2013. - № 4 (241). - с. 27-28.
6. Молвинских В.С., Белоконова Н.А., Еловицова Т.М., Лелекова Р.П. Особенности микрокристаллизации ротовой жидкости у рабочих медеплавильного производства // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. - 2016. - Т.-18. - № 2. - с. 84-87.

<sup>1</sup>Жуматов У.Ж., <sup>2</sup>Назарова Н.Ш.

## **ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВА ТАБАКА НА СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ТАБАКОВОДОВ**

<sup>1</sup>Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент,

<sup>2</sup>Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд

Основными неблагоприятными производственными факторами в табакочудческой промышленности является выделение в воздух токсических веществ: паров никотина, пиридина, летучих органических кислот, формальдегида, фенола, эфирных масел, которые отрицательно сказываются на здоровье рабочих (Артаманова В.Г. и соавт. 2010; Литовская А.А. и соавт. 2009). Между тем, установлено, что при воздействии на организм неблагоприятных производственных и экологических факторов наблюдается снижение иммунологической реактивности, причем оно выявляется намного раньше, чем изменения со стороны других органов (Аралов Н.Р. и соавт. 2007; Давидян А.А. и соавт. 2008; Damalas С.А. et all. 2010). В этом плане особый интерес представляет иммунологический статус полости рта, как впервые контактирующий с внешней средой (Масягутова Л.М. и соавт. 2013; Устименко А.Н. и соавт. 2010).

Целью исследования явилось изучение состояния неспецифической реактивности полости рта у табакочудов, занимающихся на выращивании и дофабричной обработке табака.

Изучено состояние местного иммунитета полости рта у 46 табакочудов, занимающихся технологическим процессом на плантациях табака Ургутского табакочудческого района Самаркандской области. В качестве контроля аналогичное обследование проведено у 42 работающих Самаркандского овощевудческого района, которые имели сходные социально-бытовые и микроклиматические условия, но отсутствовали производственно-вредные факторы. При этом изучали активность лизоцима, фагоцитарную активность нейтрофилов и содержание секреторного иммуноглобулина А в слюне, а также содержание отдельных видов микрофлоры (стрептококков, стафилококков и грибов) слизистой оболочки полости рта.

Результаты проведенных исследований показали, что степень изменения изучаемых иммунологических показателей полости рта находится в прямой зависимости от качества производственной среды. Так, у табакочудов наблюдалось выраженное снижение (в 1,5-2,3 раза) активности лизоцима ( $1:80 \pm 40$  титр), фагоцитарной активности нейтрофилов ( $21,4 \pm 1,2\%$ ) и содержания секреторного иммуноглобулина А слюны ( $0,28 \pm 0,05$  МЕ/мл) по сравнению контрольными данными ( $1:160 \pm 80$  титр,  $50,1 \pm 4,3\%$  и  $0,44 \pm 0,07$  МЕ/мл соответственно). У них увеличивается количество кокковой микрофлоры – стрептококков (в 3,6 раза), стафилококков (в 3,8 раза) и появляются во рту плесневые грибы, которые в норме в отличие от дрожжевых грибов отсутствуют.

Таким образом, на основании результатов проведенных исследований можно заключить, что в условиях выращивания и дофабричной обработки табака среди табакочудов обнаруживается снижение местного иммунитета полости рта,

причем оно выявляется намного раньше, чем другие изменения в организме. Эти нарушения, на наш взгляд, могут служить интегральными показателями негативного влияния производственной среды табаководства на здоровье и состояние полости рта табаководов.

Ибрагимов Д.Д., Исхакова З.Ш.

## **ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТАХ МЯГКИХ И ЧАСТИЧНО КОСТНЫХ ТКАНЕЙ НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд

Цель работы: Обоснование хирургического подхода приобретенных дефектов мягких и частично костных тканей нижней и верхней челюсти.

Материалы и методы исследования: Приводим наш случай из практики. Больному 16-лет по линии санитарной авиации районной больницы оказана первая помощь челюстно-лицевым хирургом по поводу обширной травмы преддверия рта от взрыва батарейки сотового телефона. Установлен диагноз: обширный приобретенный дефект тканей преддверия рта, частично ротовой области: верхней, нижней губы, тканей подбородочной области, альвеолярного отростка фронтальной части верхней и нижней челюсти и фронтальных зубов, дислокационная асфиксия, ожог 2 степени передней части грудной клетки. В первые сутки произведена ПХО раны и трахеостомия. На пятые сутки после травмы была произведена операция - местная пластика преддверия рта, устранение слюнотечения. Больной был переведен в отделение челюстно-лицевой хирургии городского медицинского объединения г.Самарканда. Больной полностью был обследован, проведен консилиум и составлен план лечения - устранить дефект аутотрансплантантом, Филатовским стеблем.

Результаты исследования: Практический случай показал, что приобретенные дефекты челюстно-лицевой области имеют самую разнообразную локализацию, протяженность и глубину, начиная от небольших изъянов поверхностного слоя кожи и кончая полным отсутствием всех костей лица и прилежащих к ним мягких тканей.

Решая вопрос о показании к операции, хирург должен учитывать психоневрологический статус пациента. Обычно обезображенные больные, подвергаясь длительным психическим травмам, страдают различного рода психогениями, неврастенией, неврозами. Наряду с этим почти все они одержимы настойчивым желанием избавиться от косметического дефекта, хотя зачастую испытывают панический страх перед хирургическим лечением.

Заключение: Таким образом, больные с приобретенными травматическими патологиями челюстно-лицевой области, нуждаются в своевременно квалифицированно специализированной медицинской помощи и комплексном лечении у специалистов.

Исхакова З.Ш., Нарзиева Д.Б.

## **ИЗУЧЕНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд

Цель работы: изучить динамику содержания иммуноглобулина IgA у пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями.

Материалы и методы исследования: В отделении челюстно-лицевой хирургии Самаркандского городского медицинского объединения в течении 2016-2017гг проводилось лечение 150 пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями: 50 с абсцессами и 90 флегмонами различной локализации. Всем пациентам проводили исследование ротовой жидкости в динамике: 1-ое исследование - до оперативного вмешательства, 2-ое – на 3 сутки после операции, 3-е – на 7 сутки, 4-ое – на 14 сутки, 5-ое – на 21 сутки, 6-ое – через 3 месяца, 7-ое – через 6 месяцев после операции. Изучались следующие показатели: уровень содержания иммуноглобулина IgA. Для исследования у каждого пациента брали ротовую жидкость, которую получали без стимуляции сплевыванием в стерильные пробирки утром, натощак, без предварительной чистки и полоскания. Определение IgA в ротовой жидкости выполнялось турбодиметрическим методом.

Результаты исследования: Всем пациентам проводился комплекс мер по борьбе с инфекцией и профилактикой послеоперационных осложнений, что позволило выписать их в кратчайшие сроки. Клинические наблюдения показали необходимость следованию всем этапам хирургического лечения и дополнительным методам реабилитации пациентов данной категории.

Выводы: На основании изучения показателей ротовой жидкости у пациентов после операции можно сделать вывод, что показатель IgA изменяется в разные сроки после операции. Динамика показателей IgA, наблюдаемая до операции и в разные послеоперационные сроки обусловлена развитием местной воспалительной реакции, назначением противомикробных препаратов.



Карницкий А.В., Скрипкина Г.И., Проняев Е.А., Ивахник В.В.  
**РОЖДАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И  
НЕБА В Г. ОМСКЕ, ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ И ПУТИ КОРРЕКЦИИ**  
ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск

*Аннотация:* Проведено изучение динамики рождаемости детей с орофасциальной патологией в городе Омске. Установлен рост данной патологии. Выявлены факторы риска, которые могут привести к рождению детей с данной патологией, разработаны возможные пути коррекции.

*Ключевые слова:* орофасциальная патология, показатели рождаемости, факторы риска для города Омска.

Врожденные расщелины верхней губы и неба являются одним из распространенных тяжелых врожденных орофасциальных пороков развития и составляют (по данным разных авторов) от 10 до 13% всех врожденных пороков развития человека[1;2;3;4]. По частоте врожденные расщелины губы и неба занимают 2-3 место среди других врожденных пороков развития человека[9] и имеют стабильную тенденцию к росту[15]. Ежегодно в Российской Федерации рождается от 3500 до 5000 детей с патологией лица и челюстей[6]. Проводимый нашей кафедрой мониторинг рождения детей с врожденными расщелинами губы и неба свидетельствует о росте рождения детей с этой тяжелой врожденной патологией в городе Омске. Так, если средняя частота рождения детей с ВРГН за период с 1990 по 1993 год составила  $1,3 \pm 0,48$  на 1000 новорожденных, с 2000 по 2003 –  $1,44 \pm 0,1$ , то с 2010 по 2013 -  $1,55 \pm 0,05$  на 1000 живорожденных (различия статистически недостоверны). Только за период с 2015 по 2017 годы в городе родилось 88 детей с врожденной расщелиной губы и неба. И это без учета детей, у которых расщелины верхней губы и неба являются одним из симптомов тяжелого врожденного синдрома. В 2016 году в г. Омске на диспансерном учете по поводу врожденных пороков развития, деформаций и хромосомных нарушений состояли 938 детей, из них у 215 детей (22,9%) выявлены различные формы врожденных расщелин верхней губы и неба.

Тяжелые врожденные пороки развития челюстно-лицевой области у детей часто являются не только медицинской, но и социальной проблемой, требующей разработки комплекса мероприятий, направленных на профилактику этих заболеваний, а также на лечение и реабилитацию больных с этой патологией[3;6;8;11]. Врожденные расщелины челюстно-лицевой области - мультифакториальный врожденный порок развития, на формирование которого влияет множество факторов[5;7;9;10;12].

Поэтому особую значимость приобретает необходимость изучения причин и условий, формирующих эту патологию в каждом конкретном регионе.

Особую значимость эти исследования приобретают для женщин группы риска, проживающих в крупных промышленных городах. К числу таких городов относится город Омск.

Нам представлялось интересным изучить динамику рождения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (ВРГН) в городе Омске и проанализировать влияние некоторых факторов риска на рождение детей с врожденными уродствами в городе Омске.

Была поставлена цель: изучить показатели рождаемости детей с врожденными расщелинами губы и неба в городе Омске и проанализировать влияние некоторых факторов риска на рождение детей с врожденными уродствами в городе Омске.

Для достижения поставленной цели были разработаны задачи:

1. Провести изучение показателей рождаемости по городу Омску за периоды 1990 – 1993 гг, 2000 – 2003, 2010 – 2013 гг.

2. Провести социологическое исследование женщин, дети которых родились с врожденными расщелинами губы и неба по анкетам, разработанным на нашей кафедре.

3. Провести анализ полученных данных с выделением сроков и факторов риска.

Материал и методы исследования. Для изучения показателей рождаемости было проведено изучение годовых отчетов Городского отдела здравоохранения г. Омска за периоды 1990 – 1993 гг, 2000 – 2003 годы и 2010 – 2013 гг.

Для оценки влияния некоторых факторов риска на рождение детей с врожденными уродствами в городе Омске проведено анонимное анкетирование 58 женщин, дети которых родились с врожденными расщелинами губы и неба и в 2010 – 2013 годах проходили лечение в детском челюстно-лицевом отделении БУЗОО ГБ-3. У каждой матери собирался подробный анамнез жизни, данные о протекании беременности, выяснялось наличие заболеваний внутренних органов и систем. Методом выкипировки определены сроки зачатия. Анализу не подвергались случаи, когда расщелина верхней губы и/или неба являлись симптомами синдромальной патологии. Женщины с сахарным диабетом и выраженными заболеваниями внутренних органов в обследование не включались.

Результаты исследования:

Были выявлены патогенные факторы, которые могли оказать влияние на рождение детей с орофасциальной патологией:

1. Место проживания. Город Омск - крупный центр нефтехимической промышленности и военно-промышленного комплекса Западной Сибири. В Омске, занимающем по площади лишь 0,37 % территории области, проживает 53 % населения. В городе сконцентрировано более 95% промышленного производства области и около 15% - Западно-Сибирского региона. Интенсивное развитие промышленности привело к значительной антропогенной нагрузке. В масштабах области г. Омску принадлежит: 71 % суммарных выбросов загрязняющих веществ в атмосферу; 83 % выбросов от стационарных источников; 61 % выбросов от автотранспорта; - 98 % от общего сброса сточных вод. В Омской области система мониторинга атмосферного воздуха реализована на федеральном и региональном уровнях. Постоянные наблюдения осуществляются только в областном центре, т.к. примерно 90 % всех источников негативного воздействия сосредоточены в г. Омске. В Омске наблюдения за качеством атмосферного воздуха осуществляются ежедневно, за исключением воскресенья и выходных праздничных дней на 8 стационарных постах, 6 из которых относятся к федеральной наблюдательной сети и 2 - региональной. Кроме

того, с февраля 2013 года пробы атмосферного воздуха в непрерывном режиме отбираются на двух автоматизированных стационарных постах наблюдений региональной наблюдательной сети. В Омске, как правило, наибольший вклад в уровень загрязнения воздуха (ИЗА) вносят: формальдегид, бенз(а) пирен, диоксид и оксид азота, оксид углерода и взвешенные вещества. Территория Омска делится на 5 административных округов. Высокие уровни загрязнения зарегистрированы в Ленинском (диоксид и оксид азота, аммиак, формальдегид, бенз(а)пирен), Советском (пыль, оксид углерода, аммиак, формальдегид, бенз(а)пирен) Кировском (Пыль, оксид углерода, диоксид азота, аммиак, формальдегид). В центральном административном округе отмечается повышенный уровень загрязнения (Пыль, оксид углерода, диоксид азота, аммиак, формальдегид).

Если по количеству родившихся детей с ВРГН в 1990 – 1993 гг и в 2000–2003 гг. на первом месте стоял Ленинский административный округ, то в 2010 – 2013 гг на первое место вышел Советский административный округ. Во всех периодах наименьшее количество рождений детей с ВРГН наблюдается в Центральном административном округе.

2. Возраст. Как свидетельствуют полученные данные 67% обследованных на момент зачатия были старше 30 лет. Наиболее часто дети с расщелинами рождались у женщин в возрасте 31- 35 лет (32,7%). На втором месте шел возраст 26 – 30 лет (18,9%), на третьем – 36 – 40 лет (17,6%).

3. Месяц зачатия. Как свидетельствуют полученные данные, большинство детей с расщелинами были зачаты в зимние месяцы (34,49%) На втором месте стоят весенние месяцы (27,58%). Анализ по месяцам показывает, что наиболее часто порочное зачатие происходило в декабре (20,68%). В омском регионе в этот месяц продолжительность светового дня не превышает 7 часов 30 минут и преобладают пасмурные и облачные дни (в среднем 19,3 дня пасмурные и облачные).

4. Вредные привычки. Данные опроса свидетельствуют, что на момент зачатия 38 человек (65%) были активными курильщиками и норма выкуренных сигарет составляла от 1 пачки в день и больше. Все опрошенные отрицали употребление наркотиков и злоупотребление алкоголем.

5. Питание. У всех обследованных в рационе преобладала углеводистая пища (картофель, макаронные изделия). Все обследованные употребляли картофель и корнеплоды, выращенные в Омском регионе. Как показывают литературные данные уже через 3 месяца от начала хранения (для Омского региона это конец ноября-декабрь) в картофеле и корнеплодах начинает снижаться количество витаминов. Особенно резко уменьшается содержание витамина С (на 15-20%), чуть меньше – витаминов группы В[13;14]. Мясо употреблялось реже. Фрукты употреблялись очень редко. Все фрукты покупались на базарах и были завезены из южных регионов. Ни одна из обследованных в зимне – весеннее время не употребляла витаминно-минеральные комплексы.

Можно ли уменьшить процент рождения детей с орофасциальной патологией? Как свидетельствуют данные последних лет исследований 38% врожденных уродств относятся к категории «семейных» и 62% - к категории

«спорадических». Но и во второй группе определенный процент приходится на наложение действия патогенных факторов на имеющиеся у родителей малые рецессивные признаки. Поэтому нам кажется целесообразным наряду с другими методами профилактики врожденной патологии (ведение здорового образа жизни, ранняя постановка на учет по беременности и др.) введение обязательного медико-генетического консультирования населения России. Многие скажут, что это утопия. Но ровно 100 лет назад полной утопией казалось обязательное ежегодное флюорографическое обследование. К сожалению, приходится признать, что в настоящее время в нашей стране медико-генетическое консультирование развито слабо. На сегодняшний день в стране работают 80 медико – генетических консультаций. Для нашей огромной страны это откровенно мало. Как правило к услугам медицинских генетиков обращаются те, в семьях которых уже произошло рождение детей с врожденной патологией.

Основными задачами медико – генетического консультирования являются:

1. Установление точного диагноза заболевания.
2. Определение типа наследования этого заболевания в данной семье.
3. Расчет степени риска повторения заболевания в семье.
4. Объяснение родителям смысла медико – генетического прогноза.

Медико-генетическое консультирование проводится в 3 этапа.

На первом этапе проводится дифференциальная диагностика с использованием специальных генетических методов исследования: клинико-диагностического, генеалогического, дерматоглифического, цитогенетического, биохимического, а также различных параклинических методов. Сбор родословной должен быть выполнен с большим вниманием и включать информацию минимум о трех поколениях. Особое значение имеет выявление кровного родства между супругами, сведения о мертворожденных, выкидышах, рождении детей с врожденной патологией различных органов и систем в других поколениях.

На втором этапе, после установления диагноза и типа наследственной передачи, проводится определение прогноза потомства.

На третьем этапе проводится собственно медико-генетическое консультирование целью которого является разъяснением обратившимся пациентам генетического риска возникновения заболевания, характера его течения. При этом даются советы по профилактике рождения больного ребенка, современным методам доклинической диагностики и терапии. Этот последний этап работы врача-генетика является самым важным, так как он в конечном счете определяет эффективность консультации. Если пациенты неправильно поймут заключение или не будут ему доверять, то в семье может случиться трагедия - рождение ребенка с врожденной патологией.

Выводы. Как свидетельствуют полученные данные, в последние годы в городе Омске наблюдается рост числа лиц с признаками орофасциальной патологии. Проведенное нами анкетирование женщин группы риска, проживающих в Омском регионе показало, что возраст матери, месяц зачатия, курение и особенности рациона питания на фоне действия техногенных и других

неблагоприятных факторов могут способствовать неправильному формированию органов плода, что приводит к рождению детей с врожденными уродствами.

С целью уменьшения риска рождения детей с врожденными уродствами считаем необходимым:

1. Усиление просветительной работы среди широкого круга врачей (гинекологов, педиатров, стоматологов), направленной на ознакомление с причинами и механизмами развития аномалий челюстно-лицевой области и показаниями для медико-генетического консультирования.

2. Усиление санитарно – просветительной работы среди населения, направленной на пропаганду здорового образа жизни, особенно среди лиц репродуктивного возраста.

3. Раннюю постановку на учет по беременности.

4. Нормализацию рациона питания беременных с обязательным введением в рацион питания в зимне – весенние месяцы витаминно-минеральных комплексов и БАДов.

5. Введение обязательного медико – генетического консультирования, в первую очередь для лиц детородного возраст из групп риска( группы риска определяются для каждого отдельного региона).

#### *Библиографический список:*

1. Баландина А.В. Клиническая характеристика проявлений дисплазии соединительной ткани у больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба: Автореф. дис. д-ра мед.наук/ А.В. Баландина.- Ставрополь.,2011.-22с.;

2. Баландина Е.А., Симановская Е.Ю., Зайцева Н.В. Вопросы медицинского и социального здоровья детей Пермского региона // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Сб. мат. конф. – М.: МГМСУ, 2002. – С. 19-23.

3. Блохина С.И. Медико-социальная реабилитация больных с врожденными расщелинами лица и неба в условиях специализированного центра: Автореф. дис д-ра мед. наук / С.И. Блохина. – М., 1992. – 49с.

4. Бочков, Н. П. Клиническая генетика Текст. : учебник / Н. П. Бочков. -М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004.-480 с.

5. Водолацкий М. П. Фенотипический анализ детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба Текст. / М. П. Водолацкий, М. Е. Евсеева, З. А. Реквава // Стоматология. 2008. - № 1. - С. 74-77.

6. Евмененко Р.А. Профилактика негативных изменений в органах и тканях полости рта при лечении врожденных расщелин верхней губы и неба отдела : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.А. Евмененко. – Омск, 2006. – 22 с.

7. Ключева, С. К. Основы генетики для стоматологов Текст. / С. К. Ключева, Б. Т. Мороз. СПб. : Меди, 2005. - С. 37-40.

8. Козлова В.П. Система медицинских технологий, обеспечивающих качество лечебно-реабилитационного процесса для пациентов с врожденной челюстно-лицевой патологией / В.П. Козлова, С.И. Блохина // Врожденная и

наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Сб. мат. конф. – М.: МГМСУ, 2002. – С. 132-136.

9. Корневская, Н. А. Эпидемиология врожденных расщелин верхней губы и неба Электронный ресурс. / Н. А. Корневская. — 2005. — Режим доступа: <http://www.stom.by/oldnews/index.php?year=2005&month=11>.

10. Лазюк Г.И. Терапия человека / Г.И.Лазюк, И.А.Кириллова, Г.И.Кравцова; Под ред. Г.И. Лазюка.-М.: Медицина,1991. - 480 с.

11. Медико-педагогическая реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба Электронный ресурс. / М. П. Водолацкий [и др.] // Логопед. 2008. - № 4. - Режим доступа: <http://www.logoped-sfera.ru/2006/03/215>.

12. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. Справочник. / Козлова С.И., Семанова Е., Демикова Н.С., Блинникова О.Е.-Л.: Медицина, - 1987. - 320с.

13. Ребров В.Г., Громова О.А. Витамины и микроэлементы.М.,2003.647с.

14. Романовский В.Е., Синькова Е.А. Витамины и витаминотерапия. Серия «Медицина для вас».-Ростов н/д: « Феникс»,2000,320 с.

15. Современная демографическая ситуация в России [электронный ресурс].- 2011.-режим доступа - [http://www.stav-geo.ru/demograficheskaja\\_situacija\\_v\\_rossii](http://www.stav-geo.ru/demograficheskaja_situacija_v_rossii) - [Дата обращения 23.05.2013].

Кочкина Н.Н., Полякова Е.В., Железнов Л.М.

## **ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ ЧЕРЕПА**

ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России, г. Оренбург.

*Аннотация:* В статье приведен статистический анализ результатов обследования студентов с различной формой черепа и с оценкой особенностей зубочелюстной системы. Выявлено, что 69 исследуемых индивида продемонстрировали различную структуру отклонений стоматологического профиля в своей возрастной группе.

*Ключевые слова:* краниометрия, зубочелюстная система, прикус, заболеваемость, молодой возраст.

Важным фактором в успешном лечении пациентов с зубочелюстными деформациями является оценка типа роста и развития зубочелюстного комплекса (Л. С. Персин 1996, RG Behrents 1989). Цефалометрический анализ является одним из важных показателей постановки диагноза, дальнейшего лечения и последующей реабилитации пациентов с зубочелюстными деформациями (Ф. Нетцель, К. Шульц). В доступной литературе определяется дефицит анализа исследований, направленных на изучение распространенности стоматологической патологии у лиц с различной формой черепа (В. А. Хватова 2005, Ф. Я. Хорошилкина 1999, АЕ Athanasiou 2001, 2007;). Таким образом, исследование зубочелюстной системы у пациентов в период молодого возраста и анализ краниометрических факторов является актуальной проблемой клинической антропологии и современной стоматологии.

*Цель исследования.* Явилось выявление особенностей распространенности различных форм зубочелюстных деформаций у индивидуумов с различными видами краниотипов.

*Материал и методики исследования.*

Проведено краниометрическое и стоматологическое обследование 22 юношей и 47 девушки (всего 69 человек) в возрасте 17-20 лет, проживающих в Оренбургской области с рождения. Проводилось соматотипирование по росту, весу (индекс массы тела) и черепному индексу. Стоматологическое обследование включало в себя оценку зубной формулы (КПУ-кариес, пломба, удаленный) и прикуса (дистальный, мезиальный, мезио- дистальный). Изучаемая группа - студенты Оренбургского государственного медицинского университета, обследование и наблюдение проводилось на базе стоматологического отделения кафедры терапевтической стоматологии клиники ОрГМУ с соблюдением этических и деонтологических норм и информированном согласии обследованных. Стоматологическую группу составили врач-стоматолог терапевт, врач-ортодонт, соматотипирование проводилось при наличии весов марки «Scarlett», ростомера «SECA», измерительной ленты, штангенциркуля. Продольный диаметр черепа (длина головы), измерялись от точки glabella

(наиболее выступающая вперёд в медиально-сагиттальном сечении точка на носовом отростке лобной кости, где лобная кость образует более или менее выраженную выпуклость) до точки *opistocranium* (наиболее выступающая сзади, наиболее удалённая от глабеллы, точка на затылочной кости, лежащая на наружном затылочном возвышении), поперечный диаметр черепа (ширина головы) между точками *euryon* (наиболее выступающая наружу точка боковой поверхности черепа, лежащая чаще всего на теменной кости, реже в верхней части чешуи височной кости). Измерения проводились несколько раз, с выведением среднего значения, чтобы избежать ошибок. Пол, рост, массу тела, возраст, регион проживания, антропометрические данные, фиксировались в протоколе исследования, стоматологические данные дублировались записью в амбулаторную карту стоматологического больного (ф.-043/у), в разделы зубная формула по ВОЗ и прикус. Полученные морфометрические показатели обрабатывались с использованием статистической программы «Microsoft Excel 2003», с помощью которой определяли среднюю ( $\bar{X}$ ), ошибку средней ( $S_x$ ), коэффициент вариации ( $C_v$ ), коэффициент достоверности разности средних величин ( $t$ ), вероятность ошибки по распределению Стьюдента ( $p$ ). Оценку достоверности определяли с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования.

Выявлено количественное распределение по краниометрии, представителей мезоцефалов 35 человек, что составило 50,7% (8=22,8% юношей и 27=77,2% девушек), долихоцефалов 24, что составило 34,8% (15=62,5% девушек и 9=37,5% юношей), 10 человек брахикефалы, что составило 14,5% (4=40% девушек и 6=60% юноши).

Установлено, что среди обследованных мезоцефалов 23 человека (процентный показатель от размера выборки группы - 65,7%), нуждается в ортодонтическом лечении, наиболее частый диагноз представлен дистальным глубоким прикусом. Без видимой патологии ЗЧС 10 человек, что составило 28,6%, остальные 2 на момент осмотра уже проносили брекет-систему, что составляет 5,7% от общего числа представителей мезоцефалов. КПУ в данной группе обследованных составило: у нуждающихся в лечении зубочелюстных деформаций 7-14 (преобладает К- кариес).

В группе долихоцефалов 19 человек нуждаются в ортодонтическом лечении, что составляет 79,2%, и 5 (20,8% от общего количества представителей долихоцефалов) находились на момент исследования в брекет-системе. Преимущественно диагнозы представлены дистальным прикусом (прогнатия в сочетании с сагиттальной щелью) и мезиальный прикус (прогения в сочетании с обратным резцовым перекрытием), КПУ у данных молодых людей 6-9 (преобладает – П- пломбы). Наличие в анамнезе у этих людей 3 моляров, раннее прорезывание их в зубном ряду, может послужить закономерностью повлиявшей на рост и развитие челюстей по отношению друг к другу.

В группе брахикефалов 6(60%) человек нуждается в ортодонтическом лечении, 3 (30%) не отмечено изменений зубного ряда и один индивид находился в брекет-системе на период исследования. КПУ в этой группе 7-8 (преобладает К-



кариес). Говоря о диагностике в данной кефалической группе преобладает мезио-дистальное соотношение зубных рядов.

Физическое развитие группы исследованных молодых людей соответствует антропометрическим нормам, средний показатель ИМТ-19, средний ростовой показатель составил 170 см.

**Выводы.**

Таким образом, проведенное исследование позволило проследить и количественно охарактеризовать юношей и девушек своей популяции молодого возраста с различной формой черепа, проживающих в г. Оренбурге. Полученные данные, показали наличие зубочелюстных деформаций у большинства обследованных. Выявлено, что в каждой исследуемой группе отмечается различный уровень аномалий зубочелюстной системы и структур установленных отклонений. Дальнейшие исследования предполагают расширение объема выборки для уточнения репрезентативности полученных данных.

*Библиографический список:*

1. Персин Л.С., Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование//2006, МГМСУ
2. Уильям Р. Проффит, Современная ортодонтия//2006
3. Ф. Нетцель, К. Шульц, Практическое руководство по ортодонтической диагностике
4. Хватова В.А., Клиническая гнатология//2005
5. Хорошилкина Ф.Я., Ортодонтия//2006
6. Никитюк Д.Б., Букавнева Н.С., Клочкова С.В. Использование антропометрического метода для диагностики некоторых алиментарно-зависимых заболеваний// Вопросы питания. 2014. Т. 83, вып.3. С. 218-219.
7. Николенко В.Н., Никитюк Д.Б., Чава С.В. Отечественная конституциональная анатомия в аспекте персонифицированной медицины // Сеченовский вестник 2013. Вып. 4(1). С. 37-43.

Кубаев А.С., Валиева Ф.С.

## **МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд

Цель работы: Изучение морфофункционального состояния полости носа и околоносовых пазух при верхней микрогнатии .

Материалы и методы исследования: Обследованию подвергались 95 больных в возрасте от 18 до 21 лет с верхней микрогнатией и в сочетании с нижней макрогнатией. Методика исследования включала комплексное обследование больных по схеме, подробное изучение жалоб и анамнеза больных, МСКТ, телерентгенография, риноспирография, объективное ЛОР – исследование и общеклинические методы.

Результаты исследования: На основании проведенного исследования 95 больных с верхней микрогнатией и в сочетании с нижней макрогнатией у 70 выявлено затруднение носового дыхания, обусловленная сужением грушевидного отверстия и хроническими патологическими изменениями полости сопровождающиеся воспалительными процессами носа и ротоглотки. После хирургической коррекции деформаций по В.М. Безрукову у 32 (33,3%) от общего числа больных, без учета функционального состояния полости носа отмечалось стойкое нарушение носового дыхания и различные воспалительные процессы в околоносовых пазухах. У 63 (66,7%) от общего числа больных, с учетом функционального состояния полости носа и околоносовых пазух носовое дыхание восстановилось полностью.

У 62,1% до 70% подростков и взрослых больных с различными вариантами деформаций средней зоны лица отмечается затруднение носового дыхания, такое состояние обусловлено скелетным сужением костной структуры полости носа. В результате изучения морфо-функционального состояния полости носа выявлено, что в 33,3% отмечалось стойкое нарушение носового дыхания, что указывает на необходимость комплексного лечения таких больных.

Выводы: Таким образом, изучение морфофункционального состояния полости носа и околоносовых пазух при верхней микрогнатии имеет важное значение в предупреждении развития воспалительных осложнений полости носа и околоносовых пазух после выполнения хирургической коррекции патологии.

Леонтьев В.К.<sup>1</sup>, Погорельский И.П.<sup>2</sup>, Карасенков Я.Н.<sup>3</sup>, Латута Н.В.<sup>4</sup>,  
Бороздкин Л.Л.<sup>4</sup>, Стефанцова Д.С.<sup>5</sup>

## **НАНОМОДИФИЦИРОВАННЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ С АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ**

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва<sup>1</sup>

ФГБОУ ВПО «ВятГУ», г. Киров<sup>2</sup>

ООО «Клиника челюстно-лицевой хирургии и стоматологии РОСДЕНТ-  
ЧЛХ» г. Москва<sup>3</sup>

ФГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова", г. Москва<sup>4</sup>

ФГБОУ ВПО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова", г. Москва<sup>5</sup>

*Аннотация:* В современной практической стоматологии остается актуальным вопрос профилактики развития кариеса, а также его рецидива. С этой целью разрабатываются различные стоматологические материалы с бактерицидной активностью. Важным свойством таких материалов является долгосрочность поддержания антибактериального эффекта. Учитывая важность данного свойства, были разработаны различные стоматологические материалы на основе наночастиц металлов и их оксидов. Были проведены исследования на культуре зубного налета и смешанной культуре, выделенной из зубодесневых карманов. В составе культуры идентифицированы *S.aureus*, *S.epidermidis* и неферментирующие виды *E.coli*. Период наблюдения – двадцать одни сутки. Все растворы показали высокую пролонгированную бактерицидную активность.

*Ключевые слова:* вторичный кариес, зубной налет, наночастицы металлов, бактерицидные свойства, коллоидные растворы

Актуальность получения стоматологических материалов различного назначения с длительным антибактериальным эффектом не вызывает сомнений. Попытки создания таких материалов ведутся как за рубежом, так и в Российской Федерации достаточно давно. Целью таких работ является разработка материалов для профилактики возникновения кариеса и предупреждения его рецидива.

Предложен технологический подход, позволяющий создать стоматологические материалы с длительным бактерицидным эффектом в отношении микрофлоры зубного налета. Разработаны: пломбирочный материал светового отверждения, праймер-адгезив и герметик фиссур.

В ходе разработки технологии, был решен ряд научно-технических задач:

- получены устойчивые, жидкие, малотоксичные, нанодисперсные системы с высокой удельной поверхностной энергией на основе частиц металлов и оксидов металлов, проявляющие длительные бактерицидные свойства в отношении микрофлоры зубного налета;

- выработана технология сохранения высокоэнергетических свойств дисперсных систем при создании композитных пломбирочных материалов и полимерных герметиков.

Антибактериальные свойства полученных водных нанодисперсных растворов металлов и оксидов металлов оценивали диско-диффузионным методом. [1]

При оценке антимикробной активности использовали смешанную культуру биопленки зубного налёта. На поверхность FT-агара на основе перевара Хоттингера в чашки Петри с посевом индикаторных микробов были помещены бязевые тест-объекты, предварительно простерилизованные и пропитанные исследуемыми растворами. Инкубирование чашек Петри с посевами индикаторной культуры и исследуемыми образцами проводили при температуре 37 °С в течение 24 часов.

Исследуемые водные коллоидные растворы металлов и оксидов металлов с концентрациями соответственно 12,2 мг/л, 12,4 мг/л кратно разбавлялись в 10, 102, 103, 104, 105, 106 и 107 раз соответственно. По окончании инкубирования под тест-объектами для всех растворов и при всех разбавлениях обнаружено отсутствие бактериальной среды. [2]

Так, например, для растворов серебра, оксида железа (II) наблюдаются диффузионные зоны ингибирования бактериального роста, которые сохраняются длительное время до 19 суток.

Бактерицидный эффект пломбировочного материала и герметика фиссур проверялся суспензионным методом по штаммам зубного налёта.

Было принято считать, что бактерицидная активность проявляется, когда число колониеобразующих единиц (КОЕ) снизилось с  $1 \cdot 10^7$  до 0, и в течение месяца сохранялась, что свидетельствует о длительности антимикробного действия предложенного материала.

Содержание бактерий в суспензиях (в том числе в ячейках планшетов) определяли путем высева десятикратных серийных разведений на плотную питательную среду АГВ в чашках Петри и инкубирования посевов при температуре 37 °С.

Был исследован стоматологический герметик фиссур, массовая концентрация наночастиц титана и карбида титана в нем составила  $1 - 8 \cdot 10^{-5} \%$ .

Этот адгезионно-когезионной низковязкий материал проверялся при параллельном исследовании шести образцов и контрольного образца без антибактериальных добавок (плацебо).

Образцы материала были помещены в автономные лунки планшетов, после чего туда вносили бактериальную суспензию (на изотоническом растворе хлорида натрия) микроорганизмов зубного налёта. Концентрация бактерий составила 10 000 000 клеток в 1мл высева суспензий на плотную питательную среду в начале эксперимента с последующим определением жизнеспособных бактерий, что подтверждено наличие указанного их количества в лунках планшета.

Кинетика снижения концентрации жизнеспособных клеток микрофлоры зубного налёта в исследуемых суспензиях с образцами материала для запечатывания фиссур с наночастицами титана и карбида титана выглядела следующим образом (приведено среднее арифметическое значение из шести опытов): первые сутки –  $0,8 - 1,0 \cdot 10^7$ , вторые сутки -  $0,7 - 0,9 \cdot 10^7$ , третьи сутки –

0,1 – 0,2·10<sup>4</sup>, пятые сутки – 0,1 – 0,2·10<sup>4</sup>, шестые сутки – 0,1 – 0,2·10<sup>4</sup>, седьмые сутки – 0,1 – 0,2·10<sup>4</sup>, одиннадцатые сутки – 138 – 210, на тринадцатые сутки – 0, на четырнадцатые сутки – 0, семнадцатые сутки, девятнадцатые сутки – 0, на двадцать первые сутки - 0. [2]

Для плацебо (герметик фиссур без антибактериальной добавки) количество жизнеспособных бактерий практически оставалось постоянным (приведено среднеарифметическое значение из шести опытов): первые сутки – 0,8 – 1,0 ·10<sup>7</sup>, вторые сутки - 0,7 – 0,9 ·10<sup>7</sup>, третьи сутки – 1,0·10<sup>6</sup>, пятые сутки – 1,0·10<sup>6</sup>, шестые сутки – 1,0·10<sup>6</sup>, седьмые сутки – 0,3 – 0,6·10<sup>6</sup>, одиннадцатые сутки – 0,4 – 0,6·10<sup>6</sup>, на тринадцатые сутки – 0,5 – 0,7·10<sup>6</sup>, на четырнадцатые сутки – 0,1 – 0,3·10<sup>6</sup>, семнадцатые сутки 0,3 – 0,6·10<sup>6</sup>, девятнадцатые сутки – 0,3 – 0,6·10<sup>6</sup>, на двадцать первые сутки - 0,6 – 0,8·10<sup>6</sup>.

Эксперимент продолжали в течение 21 дня – жизнеспособные бактерии в исследуемых суспензиях, содержащих герметик фиссур с антибактериальной добавкой, после тринадцатых суток обнаружены так и не были.

Установлено, что образцы стоматологических композитов с добавками коллоидных частиц ТаО<sub>2</sub> обладают длительным бактерицидным эффектом в отношении микрофлоры зубного налета, более 16 суток.

#### *Библиографический список:*

1. Погорельский И.П., Фролов Г.А., Гурин К.И., Микробиологические аспекты отбора наночастиц металлов для создания на их основе антимикробных дезинфицирующих композиций // Дезинфекционное дело, 2012. - №4 – с.37-40.
2. Яковлева Г.В., Стехин А.А. Особенности токсических свойств нанообъектов // Гигиена и санитария. 2008 . - №6 – с. 21-26.
3. Fan W., Wu D., Tay F.R. Effects of adsorbed and template nanosilver in mesoporous calcium-silicate nanoparticles on inhibition of bacteria colonization of dentin // Int J Nanomedicine, 2014 – V.12 – P.217-230.

Лихорад Е.В., Шаковец Н.В.

## **ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИЕТОТЕРАПИИ И УРОВНЯ ВИТАМИНА D НА ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА**

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

*Аннотация:* проведено клиническое обследование 21 ребенка с фенилкетонурией и 34 практически здоровых детей в возрасте 6-11 лет, а также анкетирование 97 детей с фенилкетонурией и 97 детей, не имеющих общих соматических заболеваний, в возрасте 2-18 лет. Выявлен кариесогенный тип диеты, дефицит витамина D в сыворотке крови, а также очень высокая активность кариозного процесса среди детей с данной генетической патологией.

*Ключевые слова:* фенилкетонурия, кариес зубов, витамин D, 25(OH)D, режим и рацион питания.

Энзимопатии – заболевания, которые развиваются вследствие снижения или отсутствия активности некоторых ферментов. Самую большую группу наследственных энзимопатий составляют болезни с нарушением аминокислотного обмена. Среди таких болезней чаще всего встречается наследственное аутосомно-рецессивное заболевание – фенилкетонурия [1]. В результате дефицита фермента фенилаланин-гидроксилазы нарушается превращение фенилаланина в тирозин, в биологических жидкостях организма происходит повышение уровня фенилаланина (более 1200 мкмоль/л) и накопление аномальных продуктов его метаболизма, которые оказывают токсическое действие на центральную нервную систему и приводят к тяжелым нарушениям нейроразвития у детей раннего возраста.

Основной метод лечения данного заболевания – диетотерапия, которая заключается в исключении из рациона питания ребенка высокобелковых продуктов с заменой их на аминокислотные смеси, не содержащие фенилаланин [2]. Необходимое количество калорий обеспечивают больному ребенку за счет увеличения жиров и углеводов на 10% от возрастных физиологических норм.

Поскольку фактор питания оказывает как местное, так и системное действие, недостаток пищевых элементов, таких как витамин D, кальций, фосфаты и витамин K, отрицательно сказывается на процессах минерализации твердых тканей зубов и качественных характеристиках эмали, а также может повлиять на риск возникновения кариеса в более позднем возрасте через другие механизмы [7, 8, 9]. Также в ряде исследований показано, что дефицит витамина D может приводить к гипоплазии и гипоминерализации эмали зубов, что, в свою очередь, увеличивает риск кариеса [6, 7].

Существует три пути поступления витамина D в организм человека: синтез холекальциферола в коже под воздействием солнечных лучей; поступление эргокальциферола (хлебобулочные изделия, особенно из дрожжевого теста,

гречневая, овсяная каши, молоко, рыбий жир, сливочное масло, яичный желток, сыр) и холекальциферола (скумбрия, печень трески, молоко, яйца, сливочное масло) с продуктами питания; приём витамина D в виде фармакологических препаратов. Дети с фенилкетонурией в Республике Беларусь подвержены двум основным факторам риска недостатка витамина D. К первому относится сниженная инсоляция, так как территория нашей страны расположена выше 40-й – 35-й параллели от экватора, в связи с чем ультрафиолетовые лучи больше рассеиваются в атмосфере и, как следствие, в период с октября по май в коже практически не вырабатывается витамин D. Однако этот фактор действует в одинаковой степени на всё население Республики Беларусь, не зависимо от наличия соматической патологии. Ко второму фактору риска дефицита витамина D у детей с данной генетической патологией относится ограниченное поступление с пищей ввиду необходимости соблюдения строгой диеты как эргокальциферола – с продуктами растительного происхождения, так и холекальциферола – с продуктами животного происхождения. В большинстве клеток и тканей организма человека есть рецепторы к витамину D, благодаря которым осуществляется нормальный метаболизм в органах, в том числе костной ткани. Установлено, что только 10-15% кальция и 60% фосфора абсорбируется в кишечнике без участия витамина D, что, в случае состояния его дефицита, не может не сказаться на процессах кальций-фосфорного гомеостаза в биологических жидкостях организма. Таким образом, актуальным является определение уровня витамина D в сыворотке крови детей с ФКУ с последующим решением вопроса его коррекции [3, 4, 5].

Цель: оценить влияние уровня витамина D и особенностей режима и рациона питания пациентов с фенилкетонурией на показатель интенсивности кариеса зубов.

Материал и методы. В исследования приняли участие 55 детей в возрасте 6-11 лет (средний возраст пациентов составил 8,01 (SD=1,69) лет), из них – 21 ребенок с фенилкетонурией (группа 1) и 34 практически здоровых ребёнка (группа 2). Участники групп 1 и 2 были однородны по возрасту ( $p=0,96$ ) и полу ( $p=0,62$ ).

Оценку показателя интенсивности кариеса зубов у детей проводили по индексу КПУЗ+кпуз согласно критериям ВОЗ (1997), уровень интенсивности кариеса – по индексу УИК (Леус П.А., 1990).

Для определения уровня 25 (ОН) витамина D<sub>3</sub> в сыворотке крови использовали иммуноферментный метод. Забор крови проводили в период с декабря по март.

Анкетирование по вопросам режима и рациона питания проводили с использованием специально разработанной анкеты среди родителей 97 детей с фенилкетонурией (основная группа) и 97 практически здоровых детей (группа сравнения) в возрасте от 2 до 18 лет.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 и Microsoft EXCEL.

Результаты. У детей с фенилкетонурией в период смешанного прикуса интенсивность кариеса зубов по индексу кпуз+КПУЗ составила 8,19, что было

значимо выше, чем у практически здоровых сверстников в группе 2, у которых среднее значение данного показателя составило 2,56, ( $p=0,0004$ ), (таблица 1).

Таблица 1. – Показатели заболеваемости кариесом зубов и уровня витамина D у обследованных детей, M (95%ДИ)

Исследуемый показатель	Группа 1	Группа 2	Статистическая значимость, $p_{1-2}$
кпуз+КПУЗ	8,19 (6,81-9,57)	2,56 (1,47-3,65)	0,0004
УИК	1,33(1,12-1,54)	0,41 (0,24-0,57)	<0,0001
25 (ОН) D <sub>3</sub> , нг/мл	14,63 (2,45-4,63)	21,41(3,66-5,97)	<0,0001

При оценке уровня интенсивности кариеса зубов у обследованных пациентов среднее значение индекса УИК у детей в группе 1 соответствовало очень высокой активности кариозного процесса и составило 1,33. У детей группы 2 наблюдалась средняя интенсивность кариеса зубов, среднее значение УИК составило 0,41, что было значимо ниже, чем у сверстников из группы 1, (таблица 1).

Средний уровень 25 (ОН) витамина D<sub>3</sub> в сыворотке крови детей с фенилкетонурией составил 14,63 нг/мл, что оценивалось как дефицит витамина D. У практически здоровых детей группы 2 среднее значение исследуемого показателя было значимо выше, чем у детей группы 1, и составило 21,41нг/мл, что соответствовало недостаточному уровню витамина D.

При проведении корреляционного анализа была выявлена обратная статистически значимая сильная корреляционная связь между значениями уровня 25 (ОН) витамина D<sub>3</sub> в сыворотке крови детей в двух обследованных группах и показателем интенсивности кариеса зубов у них ( $r_1=-0,66$ ,  $p<0,0001$ ;  $r_2=-0,61$ ,  $p<0,0001$ ).

В результате анкетирования выявлено, что дети с фенилкетонурией принимают пищу значимо чаще, чем их практически здоровые сверстники ( $\chi^2=34,06$ ,  $p=0,000$ ). Так, более чем у половины детей с данной генетической патологией (57,7%,  $n=56$ ) количество приемов пищи в течение дня превышало 5 раз и у 21,6% ( $n=21$ ) пациентов было более 7 приёмов пищи. От 4 до 5 раз в день пищу принимали 19,6% ( $n=19$ ) детей основной группы.

У большинства практически здоровых сверстников (55,7%,  $n=54$ ) частота приёма пищи составляла от 4 до 5 раз в день. Более 5 раз в день пищу употребляли 39,2% ( $n=38$ ) детей данной группы. До трёх раз в день и более семи раз в день пищу принимали лишь 5 опрошенных пациентов (5,2%) группы сравнения.

При анализе данных анкетирования также установлено, что у 71,1% ( $n=69$ ) детей с ФКУ было три основных приёмов пищи, у 22,7% ( $n=22$ ) пациентов – четыре. Два основных приёма пищи было у 5 (5,2%) опрошенных детей основной группы.

Среди практически здоровых детей у 81,4% ( $n=79$ ) пациентов было три основных приёма пищи. Два основных приёма пищи было у 13,4% ( $n=13$ )



опрошенных. Четыре основных приёма пищи имели лишь 5,2% (n=5) детей группы сравнения. Различия по выраженности данного признака статистически значимы ( $\chi^2=15,93$ ,  $p=0,001$ ).

Частота перекусов у детей контрольной группы также статистически значимо превышала таковую у детей группы сравнения ( $\chi^2=34,16$ ,  $p<0,0001$ ). Так, более трёх раз в день дополнительные приёмы пищи имели 29,9% (n=29) детей с ФКУ и 10,3% (n=10) практически здоровых детей. Трижды в день перекусывали половина пациентов с фенилкетонурией (48,5%, n=47) и треть практически здоровых детей (34,0%, n=33). Менее трёх перекусов в день было у пятой части (21,7%, n=21) детей основной группы и у большинства (55,7%, n= 54) пациентов группы сравнения.

Различия по частоте употребления углеводсодержащих продуктов в качестве дополнительных приёмов пищи между пациентами двух групп были также статистически значимы ( $\chi^2=70,82$ ,  $p <0,000$ ). Так, большинство родителей детей с фенилкетонурией (82,5%, n=80) на вопрос об употреблении сладостей между основными приёмами пищи дали положительный ответ. Иногда сладкими продуктами перекусывали 14,4 % (n=14) детей. Отрицательно на данный вопрос ответили лишь трое (3,1%) опрошенных из основной группы.

Доля детей, употребляющих сладкие продукты в качестве перекусов, среди практически здоровых детей составила 23,7% (n=23). Равное количество детей (38,1%, n=37) сладости между основными приёмами пищи употребляют иногда или вообще не употребляют.

Выводы: в результате проведенного нами исследования можно сделать заключение, что нарушение кальций-фосфорного обмена с сопутствующим дефицитом витамина D является одним из механизмов развития низкой минерализации эмали зубов, и как следствие, высокой активности кариозного процесса. Это является актуальным не только для практически здоровых детей, у которых выявлен дефицит витамина D, но и для особой категории детей, нуждающихся в специализированном питании, которое характеризуется ограничением продуктов с высоким содержанием витамина D.

Большинством современных клинических исследований обоснован профилактический приём витамина D. Назначение витамина D в лечебных дозах рекомендуется при его уровне в сыворотке крови менее 20 нг/мл: для детей в возрасте от 1 до 12 месяцев – 1000-3000 МЕ/сут, детям в возрасте от 1 до 18 лет – 3000-5000 МЕ/сут.

#### *Библиографический список:*

1. Бушуева, Т. В. Современные принципы организации лечебного питания у детей разного возраста с фенилкетонурией / Т. В. Бушуева, Т. Э. Бровик // *Вопр. соврем. педиатрии.* – 2010. – Т. 9, № 2. – С. 124–129.
2. Горячко, А. Н. Современные подходы к лечению фенилкетонурии и лейциноза (болезни кленового сиропа) : учеб.-метод. пособие / А. Н. Горячко ; Белорус. гос. мед. ун-т, 1-я каф. дет. болезней. – Минск : БГМУ, 2011. – 26 с

3. Околоков А.Н. Дефицит витамина D в клинической практике: современные методы диагностики и лечения. Пособие для врачей. – 2016 г. – 50с.
4. Почкайло А.С. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике рахита у детей : учеб.-метод. пособие / А.С. Почкайло, [и др.]. – Минск, 2014. – 72 с.
5. Скрипникова И.А. Диагностика, лечение и профилактика дефицита витамина D. По материалам рекомендаций американского общества эндокринологов 2011 г. Остеопороз и остеопения.- 2012.-№1.-С. 34-37
6. Alvarez, J. O. Nutrition, tooth development, and dental caries / J. O. Alvarez // The Am. J. of Clin. Nutr. – 1995. – Vol. 61, № 2. – P. 410S–416S.
7. Hujoel, P. P. Vitamin D and dental caries in controlled clinical trials : systematic review and meta-analysis / P. P. Hujoel // Nutr. Rev. – 2013. – Vol. 71, № 2. – P. 88–97.
8. Norman A.W., Bouillon R. Vitamin D nutritional policy needs a vision for the future //c.Exp.Biol.Med.- 2010.- Vol.235(9). – P.1034-1045
9. Touger-Decker, R. Position of the American Dietetic Association: oral health and nutrition / R. Touger-Decker, C. C. Mobley // J. of the Am. Diet. Assoc. – 2007. – Vol. 107, № 8. – P. 1418–1428.
10. Southward, K. A hypothetical role for vitamin K2 in the endocrine and exocrine aspects of dental caries / K. Southward // Med. Hypotheses. – 2015. – Vol. 84, № 3. – P. 276–280.

Мельчукова З.А.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНАЖЕРА «DentaFit» У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И РЕЧИ**

ФГБОУ ВО "Ижевская ГМА" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ижевск

*Аннотация:* Проведенные исследования по использованию стоматологического тренажера «DentaFit» у детей с нарушениями слуха и речи в условиях социальной депривации позволили улучшить гигиеническое состояние полости рта с учетом развития когнитивных процессов и преодоления коммуникативных барьеров. Предпосылками к использованию стоматологического тренажера «DentaFit» являются высокая распространенность заболеваний ротовой полости, отсутствие учета психического развития детей с нарушением слуха и речи, а именно: замедленное овладение речью, коммуникативные барьеры и своеобразное развитие познавательной сферы и личности ребенка в целом.

*Ключевые слова:* дети, распространенность кариеса, воспалительные заболевания пародонта, стоматологический тренажер.

Высокая распространенность кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта среди детей придает профилактическому направлению в стоматологии особое значение.

В настоящее время доказана необходимость внедрения в повседневную практику новых методов профилактики стоматологических заболеваний.

Одними из общепризнанных методов профилактики основных стоматологических заболеваний являются фторпрофилактика и гигиена полости рта (Колобова Е.Б., 2000 [2], Кузьмина Э.М., 2001 [4, 6], Леус П.А., 1991 [1], Пахомов Г.Н., 1982 [5], Мозговая Л.А., 2007 [7], Лаптева Л.И., 2001 [3]).

Эти методы доказали свою состоятельность при профилактике основных стоматологических заболеваний детей и подростков, а также в организованных группах школьников (Колобова Е.Б., 2000 [2], Леус П.А., 1991 [1], Мозговая Л.А., 2007 [7], Лаптева Л.И., 2001 [3]).

Рост стоматологической заболеваемости диктует поиск новых нестандартных решений в вопросах их профилактики. Так, использование стоматологического тренажера «DentaFit» позволяет улучшить стоматологическое здоровье посредством повышения уровня жевательной нагрузки. При этом в челюстных тканях и пародонте усиливается кровоток. Кроме того, при зубочелюстном тренинге увеличивается интенсивность слюноотделения, приводящая к улучшению гигиенического состояния рта, увеличению уровня минерализующего потенциала слюны и функциональной резистентности эмали зубов [9].

Цель: изучить эффективность использования стоматологического тренажера «DentaFit» у детей с нарушениями слуха и речи.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 20 детей с нарушением слуха и речи в возрасте от 6 до 12 лет в условиях социальной депривации, которые применяли стоматологический тренажёр «DentaFit».

Для оценки состояния твердых тканей зубов были использованы ТЭР-тест (Окушко В.Р., Косарева Л.И., 1993); электропроводность твердых тканей зуба (ЭПЭ) (Леонтьев В.К., Иванова Г.Г., 1988).

Для оценки состояния тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта были использованы: индекс гингивита (РМА, в модификации Parma); комплексный периодонтальный индекс (КПИ), (П.А. Леус, 1988); индекс эффективности гигиены полости рта (РНР) (Podshadley, Haley, 1968); упрощенный индекс гигиены полости рта (ОНИ-S), (J. C. Green, J.R. Vermillion, 1964).

Для оценки функционального состояния слюнных желез и свойств слюны были взяты фоновая секреция слюны [8], поверхностное натяжение слюны [8], кислотно-щелочной потенциал слюны [8]. Определение всех исследуемых показателей было проведено дважды до начала использования тренажера и через 6 месяцев.

Методика применения зубочелюстного тренажера предполагает его использование после каждого приема пищи в течение 1-2 минут по инструкции [9].

При рекомендуемой периодичности применения стоматологического тренажера «DentaFit» 2-3 раза в день срок его использования составляет около 1 месяца.

Обработка полученных данных проводилась с использованием параметрических и непараметрических статистических методов в статистическом пакете GNU R.

Полученные результаты:

Оценка клинических показателей в группе детей, использующих стоматологический тренажер «DentaFit» спустя 6 месяцев после начала наблюдения выявила положительную динамику изучаемых показателей состояния полости рта (табл.1).

Таблица 1.

Индексная оценка состояния полости рта у детей с нарушениями слуха и речи

Показатели	ОНИ-S, баллы	РНР, баллы	РМА, %	КПИ, баллы
Исходные данные	1,71±0,10 n=20	1,49±0,09 n=20	6,48±0,16 n=20	1,47±0,03 n=20
Спустя 6 мес.	1,08±0,08* n=20	0,8±0,05* n=20	5,86±0,11 n=20	1,38±0,02 n=20

Примечание: n – число случаев наблюдения; \* - достоверные изменения на уровне значимости  $p < 0,05$ .

При анализе данных отмечено достоверное улучшение гигиенического состояния полости рта по индексам РНР на 46,31% и ОНИ-S на 36,84%.

Изменение пародонтологических показателей не явилось достоверным, хотя отмечено снижение индекса воспаления десны на 9,56% и индекса КПИ на 6,12%.

В исследовании нами выявлена зависимость разной силы между индексами РМА и КПИ ( $r_s=0,82$ ), РНР и КПИ ( $r_s=0,66$ ), РНР и РМА ( $r_s=0,66$ ).

Зафиксировано достоверное ( $p<0,05$ ) повышение поверхностного натяжения слюны на 32,15% (с  $50,14\pm 0,52$  мН/м до  $66,26\pm 0,34$  мН/м) за счет коррекции жевательной нагрузки, а также достоверное ( $p<0,05$ ) увеличение фоновой секреции слюны на 11,76% (с  $0,34\pm 0,004$  мл/мин до  $0,38\pm 0,022$  мл/мин).

Отмечено достоверное снижение показателей ЭПЭ на 17,9% (с  $37,75\pm 1,24$  мкА до  $31,00\pm 0,92$  мкА,  $p<0,05$ ), повышение кислотоустойчивости эмали по данным ТЭР-теста на 4% (с  $42,88\pm 1,36\%$  до  $36,44\pm 1,78\%$ ,  $p<0,05$ ). Выявлен недостоверный сдвиг рН слюны в сторону ацидоза на 3,78%.

В исследовании нами выявлена зависимость слабой силы между индексами РМА и ЭПЭ ( $r_s=0,23$ ).

Выводы: использование стоматологического тренажера «DentaFit» у детей с нарушениями слуха и речи в условиях социальной депривации позволяет улучшить гигиенические состояние полости рта, снизить признаки воспаления в тканях пародонта за счет нормализации реологических свойств слюны.

#### *Библиографический список:*

1. Леус П.А. Долгосрочное прогнозирование интенсивности кариеса зубов в связи с внедрением программ массовой профилактики/ П.А. Леус// Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: Тр. ЦНИИС. - М.,1991. - С. 107 - 110.
2. Колобова Е.Б. Профилактические мероприятия для пациентов, пользующихся несъемной ортодонтической аппаратурой/ Е.Б. Колобова, Л.М. Гвоздева// Стоматология XXI века: новейшие технологии и материалы: Сб. науч. тр. Всеросс. симпозиума. - Пермь, 2000. - С. 150 - 152.
3. Лаптева Л.И. Комплексная медико-педагогическая программа профилактики основных стоматологических заболеваний с учетом возрастных психофизиологических особенностей детей и подростков: автореф. дисс. ... канд. мед.наук: 14.00.21/ Л.И. Лаптева. – М. – МГМСУ, 2001
4. Кузьмина Э.М. Роль соединений фтора в предупреждении стоматологических заболеваний/Э.М. Кузьмина, Т.А.Смирнова// Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – №3. – С. 17-22.
5. Пахомов Г. Н. Первичная профилактика в стоматологии/ Г.Н. Пахомов. – М.: Медицина,1982. – 238с.
6. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний/ Э.М. Кузьмина// Учебное пособие. – М.: Издательство «Тонга-Принт», 2001. – 216 с.
7. Мозговая Л.А. Эффективность внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний в организованных группах школьников/ Л.А. Мозговая, Л.В. Степанова// Метод. рекомендации: - Пермь, 2007. – 30 с.
8. Гунчев В.В. Профилактика стоматологических заболеваний : учеб. пособие / В.В. Гунчев [и др.]. – Ижевск, 2008. – 324 с.

9. Ксембаев С.С. Зубочелюстной тренинг / С.С. Ксембаев, И.Н. Мусин // Монография. – Казань: Издательство «Отечество», 2014. – 146с.

Митронин А.В.<sup>1</sup>, Островская И.Г.<sup>1</sup>, Останина Д.А.<sup>1</sup>,  
Wolgin M.<sup>2</sup>, Митронин В.А.<sup>1</sup>

## **ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПУЛЬПОСОХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО ПУЛЬПИТА ПОСРЕДСТВОМ ИЗУЧЕНИЯ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ПУЛЬПЫ В НОРМЕ И ПРИ ВОСПАЛЕНИИ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, г. Москва

<sup>2</sup>University of Dental Medicine and Oral Health Danube Private University  
(DPU), Austria

*Аннотация:* В качестве диагностического критерия состояния пульпы зуба могут выступать белки с каталитической активностью – ферменты, которые являются достоверными показателями состояния клеток и тканей. По данным биохимического исследования в стадии начального пульпита активность изученного ряда ферментов практически не отличается от их активности в норме, что может служить предпосылкой к проведению пульпосохраняющей терапии. В настоящее время для сохранения пульпы используют гидроокись кальция и материалы минерального триоксидного агрегата (МТА). Посредством лабораторных и клинических исследований была проведена оценка эффективности применения данных материалов при лечении начального пульпита.

*Ключевые слова:* гиперемия пульпы, биокатализаторы пульпы белковой природы, пульпосохраняющая терапия, минеральный триоксидный агрегат.

Пульпа выполняет ряд важнейших функций, обеспечивающих трофику и защиту твердых тканей зуба от воздействия агрессивных факторов внешней и внутренней среды. В стоматологической практике существуют сложности в диагностике состояния пульпы зуба, так как некоторые формы патологии пульпы развиваются при полном отсутствии клинических признаков заболевания. В связи с этим необходима разработка новых диагностических методов, которые дали бы врачу необходимую информацию о патологических процессах в пульпе зуба при воспалении, что позволит назначить адекватное лечение.

В качестве диагностического критерия состояния пульпы зуба могут выступать белки и пептиды, которые являются участниками многих биологических процессов в живом организме. Роль биокатализаторов пульпы белковой природы в развитии патологических процессов изучена недостаточно, что и определяет новизну проводимого исследования. Полученные в исследовании данные активности ферментов будут обобщены с целью их использования для диагностики обратимых и необратимых изменений в пульпе зуба и выбора метода их лечения.

В настоящее время для сохранения пульпы используются препараты гидроокиси кальция и материалы минерального триоксидного агрегата (МТА).

Сравнительный анализ физико-химических свойств материалов МТА и клиническая оценка эффективности применения данных препаратов в лечении начального пульпита представляет научно-практический интерес и целесообразна для изучения.

Цель работы. Исследование активности ряда ферментов в пульпе постоянных зубов человека в норме и при воспалении для обоснования применения пульпосохраняющих методов лечения начального пульпита материалами минерального триоксидного агрегата и гидроксида кальция.

Материал и методы. При проведении биохимического исследования были изучены образцы пульпы, извлеченные из 125 зубов при начальной гиперемии (n=34), острой (n=25) и хронической (n=66) стадиях воспаления по медицинским показаниям. В контрольной группе была изучена пульпа 23 постоянных зубов, извлечённых по ортодонтическим и ортопедическим показаниям. Пульпарную камеру вскрывали с помощью турбинного наконечника, пульпа зуба извлекалась пульпоэкстрактором. При работе с удаленными интактными зубами зуб фиксировался в гипсовом цоколе, пульпу зуба так же извлекали с помощью пульпоэкстрактора. Пульпарные ткани промывали в 0,9% растворе NaCl и помещали в предварительно охлаждённую 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. Смесь доводили до гомогенного состояния, затем помещали в стерильную пластиковую пробирку с плотной крышкой и центрифугировали при 3000 об/15 мин. В полученном гомогенате пульпы спектрометрическим методом определяли активность аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ), малатдегидрогеназы (МДГ), супероксиддисмутазы (СОД) в МЕ/мин·г ткани. В лабораторное исследование материалов, которые применяются для лечения начального пульпита, были включены 3 материала отечественного производства (Триоксидент, Канал МТА, Рутдент) и 3 зарубежных аналога (ProRoot МТА, МТА Angelus Grey, МТА Angelus White). Физико-химические свойства материалов изучали с помощью сканирующей электронной микроскопии (СЭМ), энергодисперсионной рентгеновской спектроскопии (ЕДС), рН-метрии и ионной хроматографии. В клиническом исследовании приняли участие 22 пациента в возрасте от 7 до 35 лет с диагнозом начальный пульпит. Лечение осуществляли по традиционной методике, распределив участников на две группы. В первой группе пациентов при лечении начального пульпита в качестве лечебной прокладки использовали материал Триоксидент. Во второй группе пациентов использовали пасту на основе гидроксида кальция. Мониторинг результатов лечения проводился через 7 дней, 1 месяц, 6 месяцев. Данные исследований были обработаны статистически (SPSS).

Результаты. По данным биохимического исследования при гиперемии пульпы постоянных зубов человека активность СОД, ЩФ достоверно ( $p < 0,001$ ) повышались, активность АЛТ существенно ( $p < 0,05$ ) снижалась, а активность МДГ, АСТ, ЛДГ достоверно не отличались ( $p > 0,05$ ) от данных, полученных при



исследовании контрольной группы. При остром пульпите наблюдалось достоверное ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ) увеличение активности ЛДГ, ЩФ и снижение активности МДГ, АСТ, АЛТ. При хроническом пульпите выявлена достоверно ( $p < 0,05$ ) низкая активность АСТ, АЛТ, ЩФ и ЛДГ, что свидетельствует о снижении интенсивности всех метаболических процессов. Не выявлены достоверные ( $p \geq 0,5$ ) различия в активности СОД при остром и хроническом пульпите по сравнению с нормой. По данным лабораторного анализа материалов минерального триоксидного агрегата отечественного и зарубежного производства методом сканирующей электронной микроскопии было выявлено, что все изученные цементы основаны на портландцементной фазе, однако, имеют в своем составе различные добавки. Например, в состав материала Триоксидент включено соединение гидроксида меди-кальция, которое повышает его бактериостатические свойства. У материалов ProRoot МТА и Триоксидент были определены пики серы при ЕДС-анализе, что указывает на присутствие в материалах сульфатной фазы; добавление сульфата кальция производится целью пролонгирования времени пластичности цемента. Наибольшая пористость поверхности была выявлена у материала ProRoot МТА. Методом рН-метрии и ионной хроматографии было выявлено, что материал Триоксидент имеет самый высокий показатель рН равный 12,8. По данным рентгенологического исследования все материалы оказались рентгенконтрастными, однако, рентгенпроницаемость материала МТА Angelus White была снижена за счет отсутствия в составе соединений оксида висмута. По результатам лабораторного анализа выбран материал Триоксидент для дальнейшего использования в клиническом исследовании. По данным клинического исследования при лечении пациентов первой группы в 90% случаев отмечен успешный результат. Показатели ЭОД улучшились и через 30 дней с 20 мкА снизились до 5 – 8 мкА. Во второй группе пациентов успешный результат составил 63%. В ближайшие сроки после лечения зубов с применением препарата на основе гидроксида кальция осложнений не выявлено. Через 6 месяцев у четырех пациентов развилась воспалительная реакция. ЭОД снизилось до 70,0 мкА, что послужило основанием для эндодонтического лечения зубов. Процент осложнений во второй группе пациентов за весь период лечения составил 37%.

Выводы. Результаты исследования констатируют, что при остром и хроническом воспалении пульпы постоянных зубов способность клеток к восстановлению не наблюдается, биохимические показатели свидетельствуют о развитии необратимых процессов. В стадии начального пульпита активность исследованных ферментов практически не отличается от их активности в норме, что может служить предпосылкой к проведению пульпосохраняющих методик в клинической стоматологической практике. Лабораторный анализ материалов и клиническое исследование показали, что благодаря физико-химическим свойствам российского аналога материалов МТА «Триоксидент» повышается эффективность проводимой пульпосохраняющей терапии при лечении начального пульпита.

*Библиографический список:*

1. Волгин М.А., Петин К.И., Митронин А.В., Кильбасса А.М. Сравнительный анализ профилей экспрессии генов ИЛ-1, ЦОГ-2 и Коллагеназы II типа в тканях пульпы зубов с проявлением острого воспалительного процесса //Эндодонтия today.- 2016.- №4.- с.16-20.
2. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия – М.:ГОЭТАР-Медиа, 2014.
3. Эндодонтология: Клинико-биологические аспекты, Д. Рикуччи, Ж. Сикейра, 2015.-415с.
4. Aeinehchi M, Eslami B, Ghanbariha M, Saffar AS (2003) Mineral trioxide aggregate (MTA) and calcium hydroxide as pulp-capping agents in human teeth: a preliminary report. International Endodontic Journal 36, 225–31.
5. Elsalhy, M., Azizieh, F., & Raghupathy, R. (2013). Cytokines as diagnostic markers of pulpal inflammation. Int Endod J, 46(6), 573-580.
6. Galicia, J. C., Henson, B. R., Parker, J. S., & Khan, A. A. (2016). Gene expression profile of pulpitis. Genes Immun, 17(4), 239-243.
7. Khalil II, Naaman A1, Camilleri J2 (2015). Investigation of a novel mechanically mixed mineral trioxide aggregate (MM-MTA<sup>TM</sup>). Int Endod J. 2015 Aug;48(8):757-67. doi: 10.1111/iej.12373. Epub 2014 Oct 6.
8. Nakanishi, T., Matsuo, T., & Ebisu, S. (1995). Quantitative analysis of immunoglobulins and inflammatory factors in human pulpal blood from exposed pulps. J Endod, 21(3), 131-136.

Муратова С.К., Шукурова Н.Т, Джавадова Л.М.  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ  
ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ПАРОДОНТА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г.Самарканд

В современной стоматологии поиск новых путей повышения эффективности лечения заболеваний пародонта является одной из актуальных задач. Воспалительные процессы в тканях пародонта приводят к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсibilизации, развитию аллергических состояний и других расстройств. При этом отмечается устойчивая тенденция к росту тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта у лиц среднего возраста. Несмотря на обширный арсенал современных средств и методов комплексного лечения больных с воспалительным процессом в пародонтальных тканях, они не всегда обеспечивают стойкую ремиссию заболевания (Угримова А.М., 2013; Straka M., 2011).

Цель исследования: Повышение эффективности методов лечения воспалительных заболеваний пародонта у лиц среднего возраста путём включения в комплекс терапевтических мероприятий местно-действующих препаратов.

Материал и методы: Обследовано 45 пациентов в возрасте 35 до 45 лет за период 2016-2017гг на базе кафедры 2-стоматологии стоматологической поликлинике г.Самарканда. Из них 22 мужчин (43%) и 23 женщин (57%). Все исследуемые были разделены на 2 группы: 1-контрольная 24 человек (53%) получавшие традиционную терапию, 2- основная группа 21 человек (47%), которым проводилось комплексное лечение с препаратом «Холисал гель». Методы исследования пациентов проводились по общепринятой методике включавших в себя субъективные: жалобы, анамнез; объективные: внешний осмотр, пальпация, индексная оценка состояния гигиены полости рта по методу Stellardam (1969) до и после лечения. Индекс определяли по формуле: сумма показателей каждого зуба деленная на 6 (норма 0,4-0,5)

Результаты исследования показали эффективность применения в комплексном терапии препарата «Холисал Гель». При общем осмотре полости рта всех пациентов, характеристика заболевания была идентична. После получения лечения в соответствующих группах, определение индекса гигиены по Stellardam также подтверждает не благополучное состояние в полости рта и напрямую зависящее от метода лечения заболевания. Так в основной группе он составил 0,7, что близко к норме, а в контрольной группе 2,1, что 4 раза превышает норму. Применение препарата «Холисал Гель» в комплексе с общепринятой терапией повышает клиническую эффективность лечения, сокращая сроки исчезновения основных симптомов болезни в 3-4 раза по сравнению с контрольной группой пациентов.

Выводы: Учитывая высокую частоту заболеваний пародонта среди лиц среднего возраста, тяжесть течения, интоксикацию и сенсibilизацию организма,

недостаточную эффективность применяемых для терапии медикаментозных средств и композиций лекарственных препаратов, вполне обоснованным является применение комплексного лечения с препаратом «Холисал гель».

Прозорова Е.М., Кропанева Е.К., Лубнина А.С.  
**ВОССТАНОВЛЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБА ПРИ  
ПОМОЩИ КОМПОЗИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИЛИКОНОВОГО  
КЛЮЧА**

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров

*Аннотация:* в данной работе мы попытались достигнуть оптимизации проведения прямой реставрации с учетом окклюзионного компаса. Это необходимо для восстановления анатомической формы зуба и его механической функции с сохранением функции ВНЧС. В ходе работы применялись современные материалы, удобные в использовании и отвечающие за высокую эстетику.

*Ключевые слова:* профилактика дисфункции ВНЧС, восстановление утраченной части коронки зуба.

В клинику Кировского ГМУ обратилась пациентка с разрушенным первым постоянным моляром (3.6). В начале работы были сняты оттиски с обеих челюстей из силиконового материала Betasil. Далее проведено наложение лицевой дуги, что обеспечивает правильную ориентацию и траекторию движения челюстей пациента, а вилка для прикуса совместно с оттискной массой-регистратором помогает зафиксировать правильное положение верхней челюсти. В дальнейшем загипсовка верхней и нижней челюсти в артикулятор (Bio-Art модели А7). В ходе работы с артикулятором потребовалось избирательное пришлифовывание дистального небного бугра зуба 2.6. Начинаем восстановление анатомической формы зуба при помощи моделировочного воска. На каждом этапе моделирования проверяется соотношение зубов в прямой, центральной и боковой окклюзиях. В дальнейшем мы изготовили прозрачный силиконовый ключ на гипсовой модели, при помощи А-силикона Glassbite. Последующая работа производилась в полости рта. Профессиональная чистка зубов 3.6, 3.7, 3.5, 2.6, 2.5, 2.7. Избирательное пришлифовывание дистального небного бугра зуба 2.6, покрытие Фтор-Люкс. Препарирование зуба 3.6, изоляция от слюны, обработка водным раствором хлоргексидина биглюконата 0,05%, высушивание полости зуба. Нанесение однокомпонентного самопротравливающего стоматологического адгезива XenoV. Внесение композитного материала Charisma цвет А2 и фиксация силиконового ключа с последующей полимеризацией. Проверка контактных пунктов. В результате мы получили эстетичную реставрацию, которая полностью соответствовала анатомической форме зуба и требовала минимальной финишной обработки. Работа мышц и сустава не нарушена, благодаря окклюзионному компасу. Зуб 3.6 имеет два антагониста 2.5, 2.6. Восстановлен фиссурно-бугорковый контакт, а, следовательно, воссоздали полноценную жевательную функцию. Верхние боковые зубы перекрывают нижние на величину бугра. Средняя линия между центральными резцами верхней и нижней челюсти совпадает. При смыкании зубных рядов линии, проведенные по вершинам бугров

и фиссурам, совмещаются. Отсутствуют щели между верхними и нижними зубными рядами. Соединение между зубами происходит с максимальным числом контактов. С эстетической точки зрения полное соответствие цвета пломбировочного материала к цвету твердых тканей зуба. Пациент остался доволен и велика возможность, что у пациента в дальнейшем не будет нарушения функции ВНЧС ятрогенного характера.

*Библиографический список:*

1. Лебеденко И.Ю., Арутюнов С.Д., Антоник М.М. Биомеханика зубочелюстной системы. Практическая медицина. 2016. С. 10-15.
2. Гайваронский И.В., Петрова Т.Б. Анатомия зубов человека. 2005. С. 33-34.
3. Ломиашвили Л.М. Альтернативные методы восстановления зубов и зубных рядов в реставрационной стоматологии. Маэстро стоматологии. 2003. С. 60-67.

Пузикова О.Ю., Минеева О.А.

**ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСНОВ ЛОГОПЕДИИ В  
ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГА**  
АНО "Национальный исследовательский институт дополнительного  
профессионального образования", г. Москва

*Аннотация:* Многообразие речевых нарушений и причин их возникновения у детей и подростков определяют необходимость владения профильными специалистами определенными знаниями. Именно к врачу-стоматологу в первую очередь обращаются родители с целью планового осмотра полости рта у ребенка. Благодаря знаниям в области логопедии стоматологи и ортодонты в сотрудничестве с логопедами могут на ранних этапах развития обнаружить факторы риска, способные в последующем времени привести к формированию серьезных деформаций прикуса и орофациальных дисфункций из-за которых возникает различная речевая патология.

*Ключевые слова:* логопедия, дислалия, ринолалия, стоматолог, орофациальные дисфункции, миофункциональные нарушения.

Знания логопедии приобретают особую значимость для современного стоматолога, т.к. зачастую он является первым специалистом, к которому обращаются родители с целью планового осмотра полости рта у ребенка. Именно этот специалист может понять, оценить и выявить детей группы риска по речевой патологии.

На сегодняшний день недостатки речи в детском и подростковом возрасте приобретают огромные масштабы, т.к. наряду с «традиционными» нарушениями речи, такими как функциональная дислалия, ринолалия, дизартрия и др. наблюдаются еще и недостатки речевой функции, возникающие после ношения как съемных ортодонтических конструкций, так и брекетсистем. У ребенка формируются «новые условия» в полости рта, которые приводят к изменению привычного артикуляционного уклада, что способствует возникновению речевых расстройств даже у тех подростков, которые никогда ранее не имели данной патологии и предрасположенности к ней. Растет количество лиц с орофациальными дисфункциями.

На сегодняшний день существует достаточно большое количество детей (по данным разных авторов от 68% до 75%), у которых к началу периода сменного прикуса ещё не выявлено выраженных аномалий зубочелюстного развития, но уже диагностируются такие факторы риска развития аномалий, как ротовое дыхание и инфантильный тип глотания. Такие пациенты ежедневно выявляются при плановых осмотрах, а также на приеме у детского врача стоматолога. Одним из ведущих признаков этих состояний является нарушение речи.

Причинами речевых нарушений в детском возрасте могут выступать функциональные вредоносные факторы (соматическая ослабленность ребенка, неблагоприятное речевое окружение, речевая депривация и др.). Зачастую речевая

патология возникает вследствие причин органического характера (внутриутробная патология, инфекционные заболевания, травмы и т.п.). В последнее время серьезной проблемой являются миофункциональные нарушения, которые нередко становятся причиной дизонтогенеза речевой функции у детей. Неправильное распределение мышечного тонуса при жевании, нарушение функций дыхания, глотания и речеобразования приводит к возникновению большинства аномалий и деформаций челюстно-лицевой области (ЧЛО). Чаще стали встречаться сложные сочетанные патологии, связанные с органическими нарушениями. У детей имеются яркие клинические проявления со стороны центральной нервной системы, патологии ЛОР-органов, аномалии и деформации ЧЛО[1].

Также следует отметить, что более 75% роста и формирования челюстно-лицевых структур происходит в возрасте от 1 года до 5 лет. Этот период совпадает с основными этапами формирования всех сторон речи. И от того насколько правильно будет развиваться челюстно-лицевой аппарат, будет напрямую зависеть чистота звукопроизносительной стороны речи. И тут на повестку дня выходит вопрос о необходимости владения стоматологами определенными знаниями о нарушениях речи, которые встречаются как у детей, так и взрослых.

В большинстве своем сообщества логопедов и специалистов-медиков существуют самостоятельно, обособленно, не понимая необходимости и важности сотрудничества профильных специалистов при оказании помощи детям, имеющим проблемы с нарушением речи. Логопедия, как педагогическая наука, занимается изучением дефектов и устойчивых расстройств речи, преодолеваемых с помощью специалистов. Стоматологу важно знать и понимать, что аномальные прикрепления уздечек языка, верхней и нижней губы, способствуют нарушению произношения шипящих звуков и соноров, а патологический прикус (прогения, прогнатия, открытый прикус, глубокое резцовое перекрытие) приводят к механической дислалии. После операции фреулотомии или френулопластики обязательным является работа с логопедом по формированию новых кинестетических ощущений и созданию правильного артикуляционного уклада для произношения шипящих и соноров.

Одним из определяющих фактов развития зубочелюстной системы является действие мышц челюстно-лицевой области как во время жевания, глотания, дыхания и речи, так и при состоянии относительного физиологического покоя. Язык является самым сильным мышечным органом полости рта, который существенно влияет на формирование зубочелюстной системы. Инфантильный тип глотания и прокладывание языка между зубами приводит к формированию открытого прикуса и соответственно механической дислалии, проявлением которой служат межзубные сигматизмы. И в этом случае часто бывает так, что все технологии коррекционно-восстановительной работы реализованы, но необходимого логопедического эффекта добиться не удалось, и только ортодонтическое лечение способно кардинально изменить ситуацию. Однако нельзя не принимать во внимание и тот факт, что если не сформирована позиция языка в куполе неба, не устранен инфантильный тип глотания, язык при разговоре



занимает межзубное положение, то результат ортодонтического лечения будет нестойким. Это приведет к рецидиву патологии.

Поэтому благодаря знаниям в области логопедии стоматологи и ортодонты в сотрудничестве с логопедами могут на ранних этапах развития обнаружить факторы риска, способные в последующем времени привести к формированию серьезных деформаций прикуса и орофациальных дисфункций из-за которых возникает различная речевая патология.

Это именно те специалисты, которые способны устранить аномалии, являющиеся причинами механической дислалии, решить вопросы о необходимости подрезания укороченной подъязычной связки, сохранении разрушенных зубов, в том числе и корней, использовании аппаратов для лечения аномалий и деформаций челюстно-лицевой области, проведения комплекса оперативных вмешательств при расщелинах губы и нёба, которые являются основной причиной ринолалии [2].

Нами был проведен опрос 65 практикующих стоматологов и ортодонтот Тулы и Тульской области муниципальных и частных клиник. Цель опроса заключалась в том, чтобы понять, в какой мере данные специалисты владеют знаниями основ логопедии, имеют представление о логопедии как специалисте, понимают связи возникновения речевых недостатков со стоматологическими проблемами, необходимость взаимодействия стоматолога и логопеда для своевременного выявления и устранения причин и последствий речевых нарушений. Для этого была составлена анкета, которая включала ряд вопросов, отражающих цель исследования.

В результате, мы получили следующую картину. Около 75% опрошенных специалистов не имеют представления, о логопедии как науке, функциях логопеда как специалиста; не связывают недостатки в строении ЧЛЮ с имеющимися у ребенка нарушениями речевой функции, не видят необходимости взаимодействия врача и логопеда, считая это нецелесообразным.

15% стоматологов имеют общее представление о содержании работы логопеда, некоторых нарушениях речи, связанных непосредственно с анатомическими особенностями строения органов ротовой полости, понимают его значимость как специалиста в устранении речевых недостатков, но не считают необходимым взаимодействовать с ним, т.к. считают причиной нарушений речи задержку в развитии ребенка и отдают предпочтение в коррекции педагогу, т.е. логопеду.

Всего 10% респондентов имеют глубокое представление о логопедии, содержании деятельности логопеда как специалиста, четко понимают прямую связь возникновения речевой патологии у детей со стоматологическими проблемами, такими как нарушения прикуса, аномалийные прикрепления уздечек языка и губ, орофациальных дисфункций. Данная группа опрошенных осознают свою значимость в распознавании речевых недостатков и считают важным и необходимым условием устранения многих проблем в речевом развитии ребенка взаимодействие стоматолога, ортодонта и логопеда и следуют этому в своей практической деятельности.

Таким образом, можно предположить, что при подготовке стоматологов в вузе есть необходимость включения в содержание обучения изучения основ логопедии, что позволит будущим специалистам владеть нужными знаниями для применения в практической деятельности с целью оказания наиболее адекватной и эффективной помощи клиентам. А для уже практикующих специалистов, предложить дополнительное обучение по данной теме в виде программ повышения квалификации.

В заключении следует подчеркнуть, что совместная работа логопедов, детских стоматологов и ортодонтот позволяет выявлять, своевременно корректировать нарушения развития и формирования челюстно-лицевой области, тем самым предупреждая и эффективно устраняя различные речевые патологии у детей и подростков.

#### *Библиографический список*

1. Пузикова О.Ю., Минеева О.А. Проблемы взаимодействия с профильными медицинскими специалистами в традиционной логопедической практике// Материалы XXIV Международного юбилейного симпозиума «Инновационные технологии в стоматологии», посвященного 60-летию стоматологического факультета Омского государственного медицинского университета: сб.ст./ отв. Г.И.Скрипкина. – Омск: Издательский центр КАН, 2017. – С.398-402.

2. Основы комплексного лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: метод.пособие/ А.В. Карницкий, Г.И. Скрипкина, Н.В. Пивнева, В.А Шкрумеляк, О.П. Ефименко, Е.А.Проняев.- Омск, 2013.

Синицына А.В., Громова С.Н., Кушкова Н.Е., Петров С.Б.  
**ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ «ВЯТСКАЯ УЛЫБКА»  
ЗА 12 МЕСЯЦЕВ**

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров

*Аннотация:* кариес является одним из самых распространенных заболеваний полости рта. На сегодняшний день во всем мире кариесом страдают 60-90% детей школьного возраста, а число взрослых людей, имеющих кариес зубов, достигает почти 100%. Программы профилактики стоматологических заболеваний, в том числе кариеса зубов, являются основной формой борьбы с этим заболеванием и направлены на снижение и полное исчезновение всех осложненных форм кариеса.

*Ключевые слова:* профилактика стоматологических заболеваний, интенсивность и распространенность кариеса, индексы гигиены полости рта.

При анализе объективных показателей стоматологического здоровья до начала проведения программы были получены показатели, близкие к результатам эпидемиологического исследования. В Уржуме состояние твердых тканей и постоянных, и молочных зубов было достоверно хуже, чем в г. Кирове: КПУ в Уржуме 1,0 (0;2), в Кирове 0 (0;0),  $p=0,002$ ; кп в Уржуме 8,0 (5;9), в Кирове 4 (1;7),  $p=0,002$ , причем доля зубов с пломбами в областном центре была существенно выше, что отражается в виде более высокого показателя УСП. По показателю упрощенного индекса гигиены полости рта большинство осмотренных детей и в Уржуме, и в Кирове имели удовлетворительный уровень гигиены ближе к плохому в основном за счет наличия зубного налета, зубной камень практически не выявлялся: ОНI-S (Уржум) составил 3,0 (2,73; 3,00), ОНI-S (Киров) – 3,00 (2,67; 3,00). Эффективность гигиены полости рта оказалась на неудовлетворительном уровне: показатель РНР в Уржуме составил 5,0 (4,33; 5,0); в Кирове – 4,0 (3,0; 4,5).

Кластерный анализ показал, что в г.Уржум более всего представлены, школьники с высокой и средней распространенностью и активностью кариеса у младших школьников. Напротив, в Нововятском районе г. Кирова наблюдается статистически значимое преобладание низкой распространенности и активности кариозного процесса.

При корреляционном анализе обнаружена умеренная положительная связь между показателями поражения твердых тканей молочных зубов и состоянием гигиены полости рта: между показателями к, кп и ОНI-S ( $r=0,38$ ,  $p<0,05$ ); к, кп и РНР ( $r=0,31$ ,  $p<0,05$ ), которая сохраняется и через 12 месяцев. Для постоянных зубов аналогичная связь была выявлена между показателями К и РНР на уровне слабой ( $r=0,24$ ,  $p<0,05$ ), вероятно, в связи с низким уровнем показателя К в данном возрасте; через 12 месяцев она становится более выраженной ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ). Показатель КПИ имеет слабые положительные связи с уровнем поражения кариесом молочных и постоянных зубов, а так же с ОНI-S. Между уровнем поражения кариесом молочных (к, кп) и постоянных зубов (К, КПУ) так же

обнаружена умеренная положительная связь на уровне  $r=0,36-0,39$ ,  $p<0,05$ , что связано с общностью этиологии и патогенеза поражения твердых тканей зубов.

Показатель П в Уржуме не увеличился ни в основной, ни в контрольной группе – т.е. лечение постоянных зубов за год не проводилось. В Кирове лечение кариеса зубов так же проводится несвоевременно: исходные показатели УСП составили для постоянных зубов – 7,69%, для временных – 2,83%; через год ситуация значительно улучшилась, не смотря на проведение профилактических мероприятий, в структуре КПУ преобладал компонент К; УСП в конце программы составил 23,17% для постоянных зубов и 8,44% – для молочных. За год произошло достоверное увеличение показателя П ( $p=0,003$ ) и п ( $p=0,028$ ) в основной группе, что свидетельствует о мотивации к лечению.

Программа профилактики эффективно работает в плане улучшения гигиенического состояния полости рта у детей. Так, в г. Уржум в основной группе за время программы индекс гигиены ОНІ-S улучшился на 58%, в то время, как в группе контроля только на 9.

Аналогичная ситуация наблюдается в г. Киров: в основной группе ОНІ-S снизился на 75%,  $p<0,001$  и РНР на 76%, а в группе контроля гигиенические индексы незначимо улучшились. Показатели КПИ снижались пропорционально индексам, определяющим зубной налет.

Об эффективности просветительской работы говорит и то, что произошло повышение примерно в 1,5 раза количества детей, которые придерживаются рекомендованного режима чистки зубов – два раза в день, и существенное снижение доли тех, кто чистит зубы только «иногда» (в Уржуме – с 33,3% до 14,3%, в Кирове – с 19,8% до 5,8%). Параллельно снизилось число тех, кто не знает, какой зубной пастой он пользуется.

Тем не менее, количество детей, которые чистят зубы реже, чем два раза в день, в г. Кирове к концу программы составило 31,9 % (до программы – 54,5%), а в г. Уржуме – 51,4% (до программы – 66,6%).

Предполагаемые результаты по итогам реализации пилотного проекта Программы профилактики за 12 месяцев достигнуты частично.

Тем не менее, можно заключить, что реализация программы профилактики привела к большей приверженности детей и родителей к своевременному лечению кариеса зубов.

Программа профилактики показала свою высокую эффективность по улучшению гигиенических навыков детей и гигиенического состояния полости рта.

Повышение эффективности Программы профилактики при дальнейшей реализации возможно за счет внесения следующих корректив:

1. Уделить дополнительное внимание разъяснению важности своевременного лечения кариеса и временных, и постоянных зубов как обязательного компонента первичной и вторичной профилактики заболеваний полости рта.

2. Сделать акцент на важности соблюдения рекомендованного режима чистки зубов и характера питания для сохранения здоровья полости рта.

3. Усилить меры, направленные на соблюдение правил, способствующих сохранению здоровья полости рта, в течение всего года, в том числе ввести дополнительное занятие для родителей в рамках третьего этапа Программы профилактики.

*Библиографический список:*

1. Громова, С.Н. Стоматологическая заболеваемость детского населения школьного возраста в Кировской области [Текст] / С.Н. Громова, А.М. Хамадеева, А.В. Сеницына, Т.А. Гаврилова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2016. – №1(56). – С. 72-76.

2. Леонтьев, В.К. Стоматолог общей практики: прошлое и будущее, новые приказы и новые проблемы [Текст] / В.К. Леонтьев // Институт стоматологии. – 2008. - № 1. – С. 10-14.

3. Леонтьев, В.К. Стоматология в XXI веке. Попытка прогноза [Текст] / В.К. Леонтьев, В.М. Безруков // Стоматология. – 2000. - № 6. – С. 4- 5.

4. Хамадеева, А.М. Поведенческие факторы риска и стоматологическое здоровье детей школьного возраста в местностях с разной интенсивностью кариеса зубов [Текст] / А.В. Сеницына, Б.З. Турдыев, П.А. Леус, С.Н. Громова, Т.А. Гаврилова // Вятский медицинский вестник. – 2016. – №3. – С. 78-83.

Скрипкина Г.И., Бурнашова Т.И., Гарифуллина А.Ж.  
**ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К ШКОЛЬНОЙ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ В Г. ОМСКЕ**  
ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск

*Аннотация:* В данной работе мы провели анкетирование населения г. Омска с целью выявления уровня знаний о гигиене полости рта и профилактике стоматологических заболеваний, а также с целью оценки их отношения к школьной стоматологической службе: каким видят ее педагоги, родители и сами стоматологи в будущем, нужна ли школьная стоматология, по их мнению, или от нее стоит отказаться, как от устаревшего в современных условиях прошлого. Для выявления уровня знаний и определения влияния присутствующего в школе специалиста анкетирование проводилось в школах с наличием и отсутствием врача-стоматолога. На основании полученных данных мы провели оценку эффективности мотивационной профилактической работы школьной стоматологической службы в г. Омске, а также отношение к школьной стоматологии у различных групп в целом.

*Ключевые слова:* дети, кариес зубов, первичная профилактика, мотивация, школьная стоматология

Актуальность. Современные технологии и возможности стоматологии, несомненно, значительно выросли за последние сто лет, однако то же самое нельзя сказать и о снижении стоматологической заболеваемости среди детского населения [2, 11].

Высокие показатели распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний делают актуальной задачу не только диспансеризации, но и, что не менее важно, мотивации детского населения к здоровому образу жизни и рациональной гигиене полости рта. Прежде всего, пример в этом подают родители, педагоги и медицинские работники, которые, в свою очередь, также должны обладать глубокими знаниями в вопросах профилактики стоматологических заболеваний [2, 4, 6].

Начиная с 2017 г. развитие профилактической стоматологии на территории нашей страны регламентируется постановлением Правительства РФ №394 от 31.03.2017 о включении основного мероприятия 1.6 «Первичная профилактика стоматологических заболеваний среди населения Российской Федерации» в Государственную программу РФ «Развитие здравоохранения» на 2015 – 2020 годы.

Разработка региональной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний должна осуществляться после обследования детского населения и анкетирования детей, их родителей, педагогов, стоматологов с использованием индикаторов стоматологического здоровья рекомендованных ВОЗ и анонимных опросников [7].

Таким образом, нами поставлена цель: дать оценку уровня знаний о гигиене полости рта и профилактике стоматологических заболеваний, и школьной стоматологической службе, путем проведения анонимных опросов стоматологов, детей, их родителей и педагогов в различных школах г. Омска, с наличием и отсутствием врача-стоматолога.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели в 2016-2017 гг. нами было проведено анкетирование 1600 школьников ключевых возрастных групп (6 лет, 12 лет, 15 лет) в школах с наличием или отсутствием стоматолога, а также 104 родителей, педагогов, стоматологов.

Для регистрации результатов обследования нами были разработаны «анонимные опросники» для детей 7 лет, родителей, педагогов и стоматологов на основе анкет ВОЗ в модификации проф. Леуса П.А., 2013 г. В нашей модификации включен ряд вопросов, касающихся отношения к школьной стоматологической службе, вопросов профилактики [1].

Статистическая обработка результатов была проведена с помощью программного комплекса STATISTICA 8.0. Для обработки результатов исследования, полученных методом анкетирования, был использован  $\chi^2$ -критерий (хи-квадрат критерий). Достоверным считали результаты в том случае, если  $p \leq 0,05$  [8, 9, 10, 12, 13].

Результаты и обсуждение. Известно, что большое влияние на детей младшего школьного возраста оказывают родители, педагоги, которые являются непререкаемым авторитетом, именно они прививают навыки гигиенического воспитания. Этот процесс является одним из психологических механизмов социализации ребенка и носит название «имитация». Врач-стоматолог оказывает значительно меньшее влияние. Особое значение здесь имеют два фактора: 1) страх перед стоматологом, 2) «подражание авторитету» (родителям, педагогам). Но вот обладают ли сами «авторитеты» достаточными знаниями в данной области и имеют ли они возможность грамотно мотивировать детей?

На вопросы «Следите ли вы за состоянием полости рта своего ребенка?» и «Обращаете ли Вы внимание на вредные привычки Вашего ребенка? Предотвращаете ли Вы их? (сосание пальцев, карандаша; ротовое дыхание, касание ногтей и т.д.)» большинство опрошенных родителей (70,2 %) ответили, что следят постоянно. 54,8 % родителей проводят беседы о гигиене полости рта с ребенком постоянно и 38,5% делают это «время от времени». Многие сходятся во мнении, что проводить данные беседы должны именно они, родители, без участия врачей и педагогов (39,2 %) и лишь небольшая часть считает, что все же обучать должен профессионал, т.е. врач-стоматолог.

Практически все опрошенные родители утверждают, что сами научили чистить зубы детей 82,4 % с возраста 1 и 2-х лет (22,1% и 27,9% соответственно).

С целью определения уровня знаний родителей по вопросам причин кариозного процесса и вопросам профилактики, нами проведено анкетирование родителей.

Отвечая на вопрос «Каковы основные причины развития кариеса?», родители в основном выбирают три основные причины из предложенных:

«Бактерии, которые содержатся в налете» (40,1%), «Хрупкость зубов от природы» (18,5%), «Неправильная техника чистки зубов» (19,8 %), а вот ответ - «Частое употребление в пищу углеводов (сахарозы, глюкозы, фруктозы, лактозы и крахмала)» встречался крайне редко (4,3%). 5,6% родителей полагают, что причиной кариозного процесса являются вирусы.

На вопрос «Какие профилактические мероприятия Вам известны» 33,8% родителей выбрали вариант «Профессиональная гигиена полости рта», 23,1% - «Фторирование зубов», 26,2% – «Использование зубных нитей» и только 5,3% опрошенных – «Использование ополаскивателей».

Особое внимание следует обратить на главный вопрос «Нужна ли школьная стоматология?» и 99,0% родителей ответили, что «да, необходима» при условии, что специалист школьного стоматологического кабинета будет «врач-стоматолог-гигиенист» (82,7%).

Также, хочется отметить важный аспект, что 75,0% родителей отмечают, что главное преимущество школьной стоматологии перед частным или поликлиническим стоматологическим кабинетом состоит в постоянном контроле и диспансеризации школьников по различным стоматологическим заболеваниям, что помогает выявить и предотвратить их на ранних стадиях.

Заключение. В результате проведенного нами социологического исследования можно констатировать, что знания родителей не являются достаточными, а порой даже далеки от реальности (вирусная этиология кариеса). Упуская такой важный аспект в профилактике стоматологических заболеваний, как рациональность питания и «списывая» тяжелые формы кариозного процесса ребенка на наследственный фактор, родители принимают данный факт, как неизбежный, считая профилактику в данном случае невозможной и низко эффективной.

Бесспорным (или существенным) является тот факт, что все же профилактическое направление, как по нашему глубокому убеждению, так и по мнению родителей должна взять на себя школьная стоматологическая служба. Переориентировать работу школьной стоматологии в профилактическое направление возможно лишь при условии создания и внедрения региональной программы профилактики, в которой будут учитываться следующие аспекты: уровень заболеваемости в регионе, структура организации стоматологической помощи, финансирования региона, наличия кадров, необходимости их подготовки [6]. В свою очередь работа стоматолога-профилактика в системе школьной стоматологии должна оцениваться не по количеству санированных детей, а по показателю профилактических мероприятий и редукции кариозного процесса, как результата [3].

#### *Библиографический список:*

1. Леус П.А. Диагностическое значение гомеостаза слюны в клинике терапевтической стоматологии. – Минск: БГМУ, 2011. – 67 с.
2. Лукашевич И.К. Обоснование необходимости дифференцированного подхода в назначении средств профилактики кариеса у женщин во время



беременности // Уральский медицинский журнал. 2017. № 1 (145). С. 69-72.

3. Окушко В.Р. Аргументы и факты медицинской кариесологии // Новое в стоматологии. 2009. №158 (2). С. 1-7.

4. Скрипкина Г.И., Гарифуллина А.Ж., Тельнова Ж.Н. Особенности гигиенического обучения и воспитания детей дошкольного возраста // Стоматология. 2015. №94 (5). С. 67-70.

5. Скрипкина Г.И., Екимов Е.В. Роль диспансеризации в снижении заболеваемости кариесом зубов у детей (обзор литературы) // Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. Т. 14. №2 (53). С. 68-71.

6. Скрипкина Г.И., Питаева А.Н. Факторы риска в патогенезе развития кариеса зубов у детей дошкольного возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. 2013. Т. 12. №3 (46). С. 7-11.

7. Шевченко О.В. Практическая модель региональной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения РФ «Здоровые улыбки России» на 2017 – 2027 годы. – М.: ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ», 2017. – 83 с.

8. Banerjee A. Medical statistics made clear: an introduction to basic concepts. – London: Taylor & Francis, 2003. – 137 p.

9. Glaz J., Pozdnyakov V., Wallenstein S. Scan statistics: methods and applications (statistics for industry and technology) // Birkhäuser Boston. 2nd printing ed. 2009. May. 28. – 422 p.

10. Hill Th., Lewicki P. Statistics: methods and applications: a comprehensive reference for science, industry, and data mining. – Stat Soft, Inc., 2006. – 832 p.

11. Roulet J.-F., Zimmer S. Farbatlant der Zahnmedizin Band 16: Prophylaxe und Präventivzahnmedizin. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2003. – 346 s.

12. Stanton A. Glantz, Ph. D. Primer of biostatistics. 44-th ed. – McGRAW-HILL, Health Professions Division, 1994. – 459 p.

13. Мартынова С.С. Использование статистических методов в педагогическом исследовании: учебно-практическое пособие для студентов педагогических учебных заведений/ С.С, Мартынова. – Омск, ОмГПУ, 2005. - 125 с.

Скрипкина Г.И., Бурнашова Т.И., Гарифуллина А.Ж.  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В  
ШКОЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ В Г. ОМСКЕ**  
ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск

*Аннотация:* В данной работе мы провели эпидемиологическое обследование детского населения г. Омска с целью определения основных показателей стоматологического здоровья. Были сформированы три диспансерные группы наблюдения в школах с наличием и отсутствием врача-стоматолога. На основании полученных данных мы провели оценку эффективности профилактической работы школьной стоматологической службы в г. Омске.

*Ключевые слова:* дети, кариес зубов, первичная профилактика, школьная стоматология.

*Актуальность:* Снижение стоматологической заболеваемости среди детского населения до сих пор остается актуальной задачей, за последние сто лет возможности стоматологии значительно выросли, однако современные технологии не в состоянии справиться с ростом заболеваний зубов и полости рта [1].

Высокие показатели распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний полости рта делают актуальной задачу диспансеризации детского населения, которую наиболее рационально проводить на базе школьной стоматологического кабинета [2].

Начиная с 2017 г. развитие профилактической стоматологии на территории нашей страны регламентируется постановлением Правительства РФ №394 от 31.03.2017 о включении основного мероприятия 1.6 «Первичная профилактика стоматологических заболеваний среди населения Российской Федерации» в Государственную программу РФ «Развитие здравоохранения» на 2015 – 2020 годы.

Учитывая вышесказанное, эффективное включение мероприятия 1.6 в программу РФ возможно только через школьную стоматологическую службу после научно обоснованного планирования и разработки региональной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний. Разработка региональной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний должна осуществляться после эпидемиологического обследования с использованием рекомендованных ВОЗ индикаторов стоматологического здоровья [3].

*Цель:* провести анализ стоматологической заболеваемости детей в различных школах г. Омска (с наличием и отсутствием врача-стоматолога) и определить эффективность профилактической работы школьных стоматологических кабинетов.

*Материал и методы:* Для достижения поставленной цели в 2016-2017 гг. нами было проведено эпидемиологическое обследования 1600 школьников

ключевых возрастных групп (6 лет, 12 лет, 15 лет) в школах с наличием или отсутствием стоматолога.

Для регистрации результатов обследования нами были разработаны индивидуальные «Карты регистрации стоматологического статуса детей» на основе карт ВОЗ, 2013, модификации проф. Леуса П.А., 2013 г. В нашей модификации включены следующие индексы, рекомендованные ВОЗ:

Индекс гигиены, РМА (Parma), КПУ + кп, КПИ, УИК, ОНІ-S, СРІТN [4].

Статистическая обработка результатов была проведена с помощью программного комплекса STATISTICA 8.0. Для оценки нормальности распределения был использован тест Колмогорова-Смирнова. Статистическая значимость различий определялась с помощью критериев: Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни [5, 6].

*Результаты и их обсуждение:* Было установлено, что индекс гигиены имеет «худшие» показатели у детей 12 лет, в возрасте 6 и 15 лет индекс трактуется как «неудовлетворительный». Зависимость от возраста статистически значима. Наличие стоматолога не оказывает положительной динамики на индекс гигиены. «Плохой» показатель у детей 12 лет связан, вероятнее всего, с активной физиологической и психологической перестройкой организма подростка, формированием постоянного прикуса. Данный возраст является «ключевым» для мониторинга кариеса зубов и определения его динамики в разных странах. Объяснение «неудовлетворительного» индекса гигиены у детей дошкольного возраста, а также отсутствие влияния специалиста состоит в следующем: родители и педагоги являются для них главными авторитетами, которые прививают навыки гигиенического воспитания. Врач-стоматолог оказывает значительно меньшее влияние. В данном возрасте особенно значимы два фактора: 1) страх перед стоматологом, 2) «подражание авторитету» (родителям, педагогам). Но зачастую, сами «авторитеты» не обладают достаточными знаниями в данной области, а, следовательно, и не имеют возможности грамотно мотивировать детей.

Индекс ОНІ-S и СРІТN являются косвенными показателями состояния гигиены полости рта и также имеют самые неблагоприятные значения у детей 12 лет.

Индекс РМА также имеет худшие показатели у детей 12 лет в школах без стоматолога. Состояние тканей пародонта имеет прямую связь с гигиеной полости рта; также оказывает существенное влияние ряд «общих» факторов: наследственная предрасположенность, гормональный фон, наличие соматических заболеваний и др. Согласно полученным нами данным, наличие стоматолога положительно сказывается на состоянии тканей пародонта детей 12, 15 лет. Но ввиду того, что влияние могут оказывать различные причины, включая общесоматические факторы, делать какие-то оптимистичные выводы, только на основании представленных данных, затруднительно.

Уровень КПУ (следовательно, и УИК) выше у всех детей 6 лет. В индексе превалирующим является компонент «К», стоит отметить, что наличие/отсутствие специалиста статистически значимого влияния не оказывает. Показатель напрямую зависит от состояния гигиены полости рта. Согласно приказу № 639 –

271 от 11. 08. 88 г. на медицинских работников ДДУ возложена ответственность по обеспечению дошкольников всеми мероприятиями первичной стоматологической профилактики. Однако, нередко случаи, когда воспитатели и медицинские работники ДДУ не уделяют должного внимания разработке рациона здорового питания, где, вместо фруктов и овощей преобладают легкоусвояемые углеводы, также способствующие развитию кариозного процесса. Зачастую остаются без внимания стойкие вредные привычки у детей, а полезные (полоскание полости рта после приема пищи, рациональная гигиена и др.) прививаются недостаточно [7, 8].

*Заключение:* Таким образом, проведя сравнительный анализ стоматологического здоровья учащихся школ со стоматологом и без стоматолога, мы пришли к выводу, что современная школьная стоматологическая служба ориентирована, главным образом, на санационные мероприятия, в то время, как профилактическое направление развито недостаточно. Дети, а также педагоги и родители всех возрастов во всех школах не обладают достаточными знаниями о гигиене полости рта. На школьную стоматологическую службу возлагается серьёзная ответственность по проведению первичных стоматологических мероприятий, которые, в свою очередь окажут влияние на снижении стоматологической заболеваемости детей. Работа стоматолога-профилактика в системе школьной стоматологии должна оцениваться не по количеству санированных детей, а по показателю редукации кариеса в детских коллективах [9]. Перевести работу школьной стоматологии на профилактическое направление возможно лишь при условии создания и внедрения в регионах программ профилактики с учётом уровня заболеваемости в регионе, структуры организации стоматологической помощи, экономики, финансирования региона, наличия кадров, необходимости их подготовки [10]. По нашему мнению, главным звеном в этой работе должна стать школьная стоматологическая служба, ориентированная на первичную профилактику стоматологических заболеваний у детей.

*Библиографический список:*

1. Горбунова И.Л., Лукашевич И.К. Оптимизация процесса профилактики кариеса зубов у женщин в период беременности // Современные проблемы науки и образования. 2016. №2. С. 104.
2. Скрипкина Г.И., Пятаева А.Н. Факторы риска в патогенезе развития кариеса зубов у детей дошкольного возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. 2013. Т. 12. №3 (46). С. 7-11.
3. Шевченко О.В. Практическая модель региональной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения РФ «Здоровые улыбки России» на 2017 – 2027 годы. – М.: ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ», 2017. – 83 с.
4. Леус П.А. Диагностическое значение гомеостаза слюны в клинике терапевтической стоматологии. – Минск: БГМУ, 2011. – 67 с.
5. Приказ Минздрава СССР, Гособразования СССР от 11.08.88 N 639/271 «О мерах по улучшению профилактики стоматологических заболеваний в

организованных детских коллективах» (вместе с «Методическими указаниями «Комплексная программа профилактики кариеса зубов и болезней пародонта у детей»).

6. Скрипкина Г.И., Гарифуллина А.Ж., Тельнова Ж.Н. Особенности гигиенического обучения и воспитания детей дошкольного возраста // Стоматология. 2015. №94 (5). С. 67-70.

7. Окушко В.Р. Аргументы и факты медицинской кариесологии // Новое в стоматологии. 2009. №158 (2). С. 1-7.

8. Скрипкина Г.И., Екимов Е.В. Роль диспансеризации в снижении заболеваемости кариесом зубов у детей (обзор литературы) // Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. Т. 14. №2 (53). С. 68-71.

Сувырина М.Б., Ванин Н.С., Ванина А.А.  
**СИСТЕМА КОМПЬЮТЕРНОЙ ПОДАЧИ АНЕСТЕТИКА «СТА» КАК  
АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ**  
ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск

*Аннотация:* Целью исследования являлась сравнительная оценка результатов введения анестетика карпульным шприцом и системой компьютерной подачи «СТА». При введении анестетика карпульным шприцом было установлено, что в группе исследуемых, испытывающих ситуативную тревожность показатели частоты сердечных сокращений и артериального давления выше ( $p \leq 0,05$ ); в группе респондентов эмоционально стабильных выше уровень частоты сердечных сокращений ( $p \leq 0,05$ ). Изменений данных показателей при использовании системы СТА выявлено не было ( $p \geq 0,05$ ).

*Ключевые слова:* местное обезболивание, система «СТА», ситуативная тревожность, частота сердечных сокращений, артериальное давление.

Любое стоматологическое вмешательство может сопровождаться болью. Чаще всего врач и пациент сталкиваются с болевыми ощущениями во время оказания помощи по поводу неосложненного кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба, так как распространенность указанных форм в патологии значительно выше. Так, по данным исследований частота выявления кариеса колеблется в пределах от 90,21 до 99,18 %, а некариозных поражений от 10% до 23% [3, 9, 11].

Боль - это физическое и эмоциональное страдание, сопутствующее патологическому процессу, либо инвазивному внедрению в организм живого существа. При этом, особенность личности пациента, его психоэмоциональный и соматический статус влияет на окраску болевого симптома. Напряжение на приеме у стоматолога может явиться пусковым фактором ухудшения общего состояния пациента, вплоть до пароксизма, сопровождающегося изменением частоты сердечных сокращений и уровня артериального давления. Для снижения болевой чувствительности применяются различные методы анестезии. Основным способом обезболивания является введение анестетика при помощи карпульного шприца, который, к сожалению, не лишен недостатков: психологический дискомфорт пациентов при виде иглы, ятрогенная скорость подачи анестетика. Это привело к появлению принципиально измененной конструкции шприца - системы компьютерной подачи анестетика «СТА» [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10].

Целью исследования являлось проведение сравнительной оценки результатов введения анестетика карпульным шприцом и системой компьютерной подачи «СТА».

Научно-исследовательская работа была выполнена с информированного согласия пациентов и в соответствии с этическими нормами Хельсинской декларации (2000г).

Объектом изучения стали 45 респондентов, средний возраст которых составил  $31 \pm 1,17$  лет, находящихся на терапевтическом стоматологическом приеме, лечение проводилось с использованием карпульного шприца и системы «СТА». Гендерных различий в группе выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Для определения уровня страха у обследуемых использовался тест Ч. Д. Спилберга (1976) [4].

В 1 группу вошли лица, подверженные ситуативной тревожности (18 человек). Во 2 группу - пациенты, не испытывающих эмоционального напряжения (27 человек).

Генератором случайных чисел, провели рандомизацию по способу введения анестетика. Анестезирующим препаратом выступал 4% раствор артикаина с эпинефрином в соотношении 1:200 000.

Измерение показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС) проводилась по методике Р. М. Баевского (1960г). Артериальное давление (АД) фиксировалось автоматическим тонометром AND UA - 888 с адаптером. Измерения проводились перед анестезией и спустя 5 минут.

Математическая обработка осуществлялась при помощи непараметрических методов. Вычисление медианы, 25-й и 75-й процентилей – для характеристики групп и различий между ними в каждой выборке,  $\phi$ -критерий Фишера – для проверки равенства дисперсий двух выборок и U-критерий – для сравнения различий в парных группах.

В результате были получены следующие показатели. У представителей 1 группы наблюдалось повышение частоты сердечных сокращений (ЧСС), при выполнении местной анестезии карпульным шприцем с 75 ( $62 \div 75$ ) до 97 ( $85 \div 98$ ) ( $p \leq 0,05$ ). Существенных изменений данного показателя с 73 ( $65 \div 74$ ) до 80 ( $74 \div 82$ ) при проведении обезболивания с помощью системы СТА выявлено не было ( $p \geq 0,05$ ).

У респондентов 2 группы наблюдалось повышение ЧСС, при выполнении местной анестезии традиционным методом с 62 ( $60 \div 73$ ) до 84 ( $74 \div 95$ ) ( $p \leq 0,05$ ). Изменения данного показателя при использовании компьютерной системы подачи анестетика были незначительны с 55 ( $52 \div 68$ ) до 66 ( $65 \div 71$ ) ( $p \geq 0,05$ ).

Таким образом, достоверно значимых изменений частоты сердечных сокращений после введения анестетика системой СТА в обеих группах не происходило ( $p \geq 0,05$ ). В то время как учащение пульса при проведении анестезии карпульным шприцем, наблюдалось у большинства респондентов ( $p \leq 0,05$ ).

Повышение артериального давления (АД) с 132/90 перед процедурой и до 152/96 после проведения манипуляции, фиксировалось у респондентов 1 группы, при выполнении местной анестезии традиционным методом ( $p \leq 0,05$ ). Значительных изменений данного показателя с 135/86 до 140/90 при использовании компьютерной системы подачи анестетика выявлено не было ( $p \geq 0,05$ ).

У эмоционально стабильных респондентов, не было выявлено изменений АД, при проведении местной анестезии как с помощью карпульного шприца (114/74-124/80), так и системы СТА (118/75-126/78) ( $p \geq 0,05$ ).

Следовательно, изменений артериального давления, после введения анестетика альтернативным способом в обеих группах не происходило ( $p \geq 0,05$ ). В то время как повышение показателей АД при использовании карпульного шприца, наблюдалось у респондентов 1 группы ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, при проведении местной анестезии, с использованием карпульного шприца, изменение показателей частоты сердечных сокращений одинаково выше, в независимости от уровня ситуативной тревожности пациентов ( $p \leq 0,05$ ). Повышение АД было выявлено у пациентов испытывающих ситуативную тревожность ( $p \leq 0,01$ ).

При проведении местного обезболивания, с использованием системы компьютерной подачи анестезии, изменений показателей ЧСС и АД, в обеих группах выявлено не было ( $p \geq 0,05$ ).

Полученные данные показывают, что использование системы компьютерной подачи анестетика наиболее комфортно и безопасно для пациентов в сравнении с традиционной методикой.

Методика подачи анестетика системой «СТА», позволяет профилактировать риски возникновения сердечно-сосудистых осложнений, провоцируемые стрессом, во время стоматологического приема у пациентов, особенно находящихся в группе испытывающих выраженную эмоциональную тревожность.

*Библиографический список:*

1. Бунятян А.А., Бабалян Г.В., Мизиков В.М. Анестезиология: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1104 с.
2. Вязьмитина А.В. Практическое руководство по хирургической стоматологии / Ростов-на-Дону: Феникс, 2009. - 414с.
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. 47-50.
4. Карелин А. А. Большая энциклопедия психологических тестов. Москва: Эксмо, 2007. - 416с.
5. Касагранде Ю. Крочак М. Залог безболезненной стоматологии // Cathedra. - 2011г. № 36. - с. 46-50.
6. Касагранде Ю. Проведение анестезии с помощью новой компьютеризированной системы СТА.// Стоматология сегодня. - 2010г. - № 2. - с. 86-92.
7. Купновицкая И. Г., Кононенко Ю.Г., Нейко Н.В Неотложные состояния на амбулаторном приеме у стоматолога: учебное пособие / Винница: Нова Книга, 2010. - 272с.
8. Овсепян А.П., Зорян А.В. СТА - анестезия без боли и страха // Новое в стоматологии. - 2010г. - № 3. - с.76-82.



9. Оскольский Г.И., Ушницкий И.Д., Загородняя Е.Б., Юркевич А.В., Машина Н.М., Баишева В.И. Стоматологический статус населения дальневосточного региона // ЭндодонтияToday. - 2012. - № 3. - С. 10-14.

10. Рабинович С.А. Зорян О.Н., Матвеева Е.Г. Применение современных технологий обезболивания – залог качественной практики стоматолога // Институт стоматологии. - 2006г. - № 30. - с. - 56-59.

11. 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. - Т. 64. - № 4. - С. 96-98.

Сувырина М.Б., Савостьянова М.Г, Юркевич А.В.  
**ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА**  
ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск

*Аннотация:* В работе представлена оценка отдаленных результатов лечения пульпитов среди различных возрастных групп взрослого населения, проживающего в г. Свободном, Амурской области. В результате было отмечено, что отдаленные осложнения лечения пульпитов встречаются чаще у женщин в возрасте от 20 до 35 лет в первых молярах на нижней челюсти. Было отмечено, что возникновение отдаленных осложнений после лечения пульпитов зависит от метода obturation корневых каналов и чаще возникает при пломбировании каналов пастой.

*Ключевые слова:* пульпиты, отдаленные результаты после эндодонтического лечения пульпитов, терапевтическая стоматология.

Эпидемиологические исследования показывают, что распространенность и интенсивность некариозных поражений и кариеса зубов у населения не уменьшаются, а число рецидивов кариозного процесса, его осложнений и связанных с этим эндодонтических вмешательств постоянно возрастает. Распространенность осложненных форм кариеса, по данным литературы, составляет от 60,83% до 93, 18%, в связи с этим проблема повышения эффективности эндодонтического лечения остается актуальной и на сегодняшний день [4,5,7,8,9,10].

Эндодонтическое лечение – это инвазивная манипуляция, связанная с вмешательством во внутреннюю среду организма. Несмотря на несомненные успехи в терапевтической стоматологии, на сегодняшний день вопрос эндодонтического лечения окончательно нерешен [2].

Вероятность успеха по данным Международного общества врачей-эндодонтистов, при одноэтапном консервативном лечении зубов с деструктивными изменениями в периодонте составляет 30%. При многоэтапном вмешательстве - 60%. При повторном эндодонтическом лечении положительный результат достигается лишь в 20%. Применение новейших технологий и современных медикаментозных средств повышает эффективность лечебных манипуляций в корневом канале и снижает риск развития осложнений, но не обеспечивает 100% победы [3,6].

Анализ отдаленных результатов лечения актуален, так как позволяет врачу составить адекватный план повторного вмешательства [1].

Целью настоящего исследования стала оценка отдаленных результатов лечения пульпитов среди различных возрастных групп взрослого населения, проживающего в г. Свободном, Амурской области.

Задачами исследования являлось выявление распределения неблагоприятных отдаленных результатов после лечения пульпита в зависимости от возраста, гендерному признаку и от локализации пораженного зуба и

проведение сравнительного анализа осложнений в зависимости от метода пломбирования.

Для реализации поставленной цели был проведен анализ данных медицинских карт 1640 пациентов ГБУЗ АО Свободненской городской поликлиники г. Свободного, Амурской области за 3 года с 2014 по 2016 гг. Возрастная категория больных была от 18 лет до 75 лет. Средний возраст которых составил 43 года. По гендерному признаку: 751 мужчин и 889 женщин.

В ходе исследования были выделены 7 возрастных групп: 18-19 лет-159 человек; 20-24 лет-187; 25-34 года-243 человек; 35-44 лет -384 человек; 45-54 лет -246 человек; 55-64 лет- 254 человек; 65 лет и старше -167 человек. Результаты исследования подвергались статистической обработке с использованием программы Microsoft Excel. Определяли следующие показатели: Характер распределения переменных с помощью теста  $\chi^2$ , тест Манна-Уитни и тест Стьюдента.

В результате исследования было установлено, что отдаленные осложнения после лечения пульпита встречаются во всех возрастных группах. Данная патология выявлена у 573 человек из 1640, что составило  $34,94 \pm 1,18\%$  от общего числа пациентов. Достоверно чаще осложнения встречаются у женщин (критерий  $\chi^2$  составляет 7.419,  $p \leq 0.05$ ) в возрасте от 20 до 35 лет (t-критерий 2.01,  $p \leq 0.05$ ).

Ранжировка данных показала, что первое место по частоте отдаленных осложнений занимает первый моляр нижней челюсти. Чаще всего возникают отдаленные осложнения на 1 молярах на нижней челюсти ( $U_{\text{эмп}}=100$ ,  $U_{\text{кр}}=13$ ), таким образом гипотеза подтверждается с вероятностью 95%.

При obturation корневого канала пастой число осложнений превалирует ( $41,53 \pm 0,26\%$ ), а наименьший процент осложнений при obturation корневого канала методом латеральной конденсации ( $19,72 \pm 0,18$ ).

Таким образом, отдаленные осложнения лечения пульпитов встречаются чаще у женщин в возрасте от 20 до 35 лет в первых молярах на нижней челюсти. Было отмечено, что возникновение отдаленных осложнений после лечения пульпитов зависит от метода obturation корневых каналов и чаще возникает при пломбировании каналов пастой.

#### *Библиографический список:*

1. Батюков Н.М., Иванова Г.Г., Курганова И.М. Экспериментальная оценка качества пломбирования корневых каналов современными методами // Стоматология. - 2008. - №3. - С.34-36.
2. Боровский Е.В. Лечение осложнений кариеса зубов: проблемы и их решения // Стоматология. - 1999. - №1. - С.21-24.
3. Джеймс Л. Гутман, Том С. Думша, Пол Э. Ловдэл. Решение проблем в эндодонтии / Москва: МЕДпресс-информ. - 2008 - С.592.
4. 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.

5. 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.

6. Мамедова Л.А., Подойникова М.Н. Ошибки и осложнения в эндодонтии / Москва: Мед. Книга. - 2006. - С. 43.

7. Машейко А.В., Христенко А.С. Особенности стоматологического статуса женщин в различные trimestры беременности // Стоматология - наука и практика, перспективы развития. Материалы научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения Л.П. Иванова. - 2017. - С. 104-107.

8. 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.

9. 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.

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.

Тропина А.А.  
**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ  
ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА ПРИМЕРЕ ВОЕННОГО ГОРОДА ТЕЙКОВО  
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ФГБОУВО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, г. Иваново

*Аннотация:* Кариеc всегда был и остается одним из самых распространенных заболеваний твердых тканей зубов у детей. С каждым годом растет количество обращений детей с кариесом твердых тканей зубов и его осложнений. Оценка стоматологической заболеваемости детей и подростков в условиях воздействия комплекса неблагоприятных факторов остается предметом пристального внимания исследователей (Кузьмина Э.М., Леонтьев В.К., и др. 2001г.). При этом часто при ответе на вопрос: «Испытывают ли они проблемы с зубами или полостью рта за последний год»,  $35,7 \pm 8,66\%$  опрошенных сказали, что они не удовлетворены внешним видом своих зубов.  $11,9 \pm 5,29\%$  затруднились ответить, нравится ли им, как выглядят их зубы. Только  $9,5 \pm 4,75\%$  детей стараются не улыбаться и не смеяться из-за кариозного поражения центральных резцов [1].

*Ключевые слова:* дети из семей военнослужащих, интенсивность кариеса, распространенность кариеса.

Дети из семей военнослужащих являются той частью населения, которая подвержена периодической смене места проживания в различных регионах Российской Федерации, имеющих отличительные особенности климата, экологии, химического состава водоемных источников, характера питания. Дети данной категории подвержены частой физиологической и социальной адаптации. Из - за периодической смены жительства родителей дети данной категории имеют определенные сложности в оказании им стоматологической помощи.

Целью исследования явилось изучение состояния стоматологического статуса у детей из семей военнослужащих г. Тейково Ивановской области.

Материал и методы обследования.

Проведен ретроспективный анализ 744 стоматологических карт детей 6, 12 и 15 лет. Из всех обследованных детей 198 составили дети семей военнослужащих (контрольная группа), что составило 26,6 % от общего числа обследованных детей. Группу сравнения составили дети, родители которых заняты на гражданской службе. Учитывались показатели интенсивности кариеса зубов (КПУ, КПУ+кп, кп) и поверхностей и уровень стоматологической помощи (УСП) по методике (Леус П.А., 1987г.).

Результаты и обсуждение.

Распространенность кариеса зубов у детей г. Тейково составила 80%, что соответствует высокому уровню распространенности кариеса зубов по ВОЗ.

Распространенность кариеса у детей 6,12 и 15 лет представлена в таблице 1.

Таблица 1  
Распространенность кариеса зубов среди ключевых возрастных групп у детей г. Тейково

Возраст	Распространенность кариеса зубов у детей группы сравнения. (n = 546)	Распространенность кариеса зубов у детей контрольной группы (n = 198)
6 лет	95,5% (n=128)	96,4% (n=54)
12 лет	60,3% (n=128)	69,4%* (n=50)
15 лет	83% (n= 166)	97,1%* (n=68)

Примечание: n – число наблюдений; \* – достоверные изменения на уровне значимости  $p < 0,05$ .

Можно отметить достоверную разницу ( $p < 0,05$ ) в показателях распространенности кариеса у 12 и 15-летних детей военнослужащих по сравнению с детьми группы сравнения.

Из анализа карт установлено, что у 6-летних детей из семей военнослужащих прирост интенсивности кариеса за три года (2015г., 2016г., 2017г.) составил 2,04 против аналогичного показателя детей группы сравнения 2,07 ( $p > 0,05$ ). Средний показатель интенсивности кариеса у детей контрольной группы по индексу КПУ(з)+кп(з) равен  $3,16 \pm 0,02$ , а по индексу КПУ(п)+кп(п) –  $5,71 \pm 0,01$  против аналогичных показателей детей группы сравнения  $2,76 \pm 0,012$ , и  $5,07 \pm 0,013$  соответственно ( $p < 0,05$ ).

У 12-летних детей группы сравнения прирост интенсивности кариеса составил за три года 1,19, что в 1,88 раза выше чем у детей контрольной группы аналогичного возрастно-полового состава 0,63 ( $p < 0,05$ ). Средний показатель интенсивности кариеса зубов детей контрольной группы по индексу КПУ(з)+кп(з) равен  $1,51 \pm 0,012$  и по индексу КПУ(п)+кп(п) –  $2,04 \pm 0,011$ . Эти значения также превышают аналогичные показатели этой возрастной группы детей из семей военнослужащих, которые составляют  $1,78 \pm 0,010$  и  $2,91 \pm 0,009$  соответственно ( $p < 0,05$ ). В структуре последнего преобладал компонент «П» (1,3). Данные цифры можно объяснить высоким уровнем стоматологической грамотности родителей-военнослужащих.

У 15-летних подростков прирост за 3 года в группе сравнения составил 1,6, а у детей из семей военнослужащих – 1,37. Средний показатель интенсивности кариозного процесса у детей из семей военнослужащих по индексу КПУ(з) составил  $2,31 \pm 0,010$ , а по индексу КПУ(п) –  $2,87 \pm 0,011$ . В структуре последнего преобладал компонент «К» (1,9). У детей группы сравнения средний показатель КПУ(з) равен  $1,97 \pm 0,012$ , а КПУ(п) –  $2,41 \pm 0,008$ , ( $p < 0,05$ ).

Процент удаленных постоянных зубов по поводу осложненного кариеса у детей из семей военнослужащих растет от 1,2% – у детей 12 лет до 4,8% – у 15 –

летних, что достоверно выше, чем у детей группы сравнения, соответственно – 1,0% – у 12 – летних и 4,5% - у 15-летних ( $p < 0,05$ ).

Уровень стоматологической помощи у детей из семей военнослужащих составляет 46,5% – то соответствует недостаточному уровню стоматологической помощи. У детей группы сравнения УСП равен 62,7% (удовлетворительный уровень).

Таким образом, интенсивность кариеса у детей семей военнослужащих в возрасте 6 и 15 лет выше изучаемого показателя детей группы сравнения. Эти данные, а также недостаточный уровень стоматологической помощи этой группе пациентов подчеркивает актуальность разработки профилактических программ для детей семей военнослужащих.

*Библиографический список:*

1. Громова С.Н. Стоматологический статус школьников 12 и 15 лет г. Уржума Кировской области по критериям ВОЗ (2013)/Громова С.Н., Сеницына А.В., Лелекова Ю.С.//Стоматология детского возраста и профилактика. 2017. Т. 16. - № 4. - С. 42-45.
2. Кузьмина Э.М. Программа изучения интенсивности стоматологических заболеваний среди населения России / Э.М. Кузьмина, Т.А. Смирнова // Российский стоматологический журнал 2001. – № 3. – С. 34-35.
3. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М.: МГМСУ, 2009. – 225 с.
4. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П. Детская терапевтическая стоматология: национальное руководство под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой/ изд. "ГЭОТАР-Медиа", Москва, 2010 – 896 с.

Трунин Д.А., Попов Н.В., Новикова Е.В., Ипполитов А.А., Борисова М.А.

## **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕКОНСТРУКТИВНЫЙ ИМПЛАНТАТ-ШАБЛОН**

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара.

*Аннотация:* В настоящее время дентальная имплантация занимает приоритетное направление в современной стоматологии. Недостаточные высота и объем альвеолярного отростка челюсти исключают возможность выполнения качественного протезирования с опорой на дентальные имплантаты. Цель исследования выбрана разработка индивидуального реконструктивного имплантат-шаблона для полного индивидуального восстановления утраченного объема костной структуры челюсти с обеспечением контролируемой дентальной имплантации. В результате исследования разработан индивидуальный реконструктивный имплантат-шаблон, который позволит решить проблемы индивидуального восстановления объема костной ткани в области дентального имплантата, отсутствия гарантии правильного проведения остеотомии костного ложа дентального имплантата без дополнительного изготовления хирургического шаблона.

*Ключевые слова:* цифровое прототипирование, индивидуальный реконструктивный имплантат, дентальная имплантация, компьютерная томография, аллогенный костный материал.

*Актуальность.*

В настоящее время дентальная имплантация занимает приоритетное направление в современной стоматологии.[1,2] Уверенными шагами она становится ведущим методом восстановления жевательной эффективности зубочелюстной системы по причине утраты зуба.[3,4]

Основополагающим фактором благоприятного исхода лечения является детальная точность проведения дентальной имплантации, а именно остеотомии костного ложа для установки дентального имплантата, а также достаточный объем костной ткани вокруг него.[5,6] Вследствие атрофии костной ткани альвеолярного(ой) отростка(части) челюсти затруднено или практически невозможно восстановление целостности зубного ряда с использованием дентальных имплантатов.[7,8] Недостаточные высота и объем альвеолярного отростка челюсти исключают возможность выполнения качественного протезирования с опорой на дентальные имплантаты.[9]

*Цель исследования.*

Цель исследования - разработка индивидуального реконструктивного имплантат-шаблона для полного индивидуального восстановления утраченного объема костной структуры челюсти с обеспечением контролируемой дентальной имплантации.

Конструкция индивидуального реконструктивного имплантат-шаблона.



Индивидуальный реконструктивный имплантат-шаблон представляет собой индивидуально смоделированный и предварительно отфрезерованный реконструктивный имплантат. Изготовлен он из лиофилизированного аллогенного костного материала и имеет четыре поверхности, одна из которых полностью конгруэнтна участку атрофированной костной структуры альвеолярного отростка челюсти, три другие стороны смоделированы с учетом индивидуальных анатомических особенностей на основании формата STL, переведенного из компьютерной томографии для полного восстановления утраченной его костной структуры. Помимо полного восстановления утраченной костной структуры альвеолярного(ой) отростка(части) челюстей, имплантат-шаблон также содержит отверстие, которое является направляющей для проведения остеотомии костного ложа при установке дентального имплантата.

Технология изготовления индивидуального реконструктивного имплантат-шаблона.

Предварительно до проведения оперативного вмешательства пациенту проводилась конусно-лучевая компьютерная томография костного дефекта, данные которой переводятся в формат .STL и импортируются в программный комплекс 3dsMax2012.

Для дальнейшего анализа и планирования оперативного вмешательства моделлер получает техническое задание от врача-стоматолога-хирурга с оценкой границ костного дефекта и определением размеров и траектории остеотомии костного ложа дентального имплантата.

На основании технического задания, учитывая весь объем дефекта костной ткани, производится первичное цифровое прототипирование индивидуального реконструктивного имплантат-шаблона.

После оценки врачом-стоматологом-хирургом цифровой 3D-модели реконструктивного имплантата, производится корректировка 3D-модели по высоте, ширине, объему и форме в соответствии с персонифицированной анатомией конкретного пациента и траекторией остеотомии костного ложа дентального имплантата.

После окончательной коррекции цифровой 3D-модели индивидуального реконструктивного имплантат-шаблона, производят фрезеровку из аллогенного материала.

Затем индивидуальный реконструктивный имплантат-шаблон упаковывается и стерилизуется радиационным методом.

Метод применения индивидуального реконструктивного имплантат-шаблона.

Под местной анестезией производят разрез слизистой оболочки, отслаивание и откидывание слизисто-надкостничного лоскута. Укладывают индивидуальный реконструктивный имплантат-шаблон в зону оперативного вмешательства.

Остеотомию костного ложа производят по предварительно смоделированной и отфрезерованной направляющей реконструктивного

имплантат-шаблона с учётом индивидуальных анатомо-топографических особенностей при помощи боров, сверл, метчиков.

Фиксацию индивидуально-отфрезерованного костного имплантата осуществляют за счёт анатомической ретенции и дентального имплантата. Устанавливают винты заглушки, формирователи десны на дентальные имплантаты.

Заключение.

В результате исследования разработан индивидуальный реконструктивный имплантат-шаблон, который позволит решить проблемы индивидуального восстановления объёма костной ткани в области дентального имплантата, отсутствия гарантии правильного проведения остеотомии костного ложа дентального имплантата без дополнительного изготовления хирургического шаблона.

Разработанный индивидуальный реконструктивный имплантат-шаблон может применяться в стоматологической практике в отделениях челюстно-лицевой хирургии и поликлинических стоматологических учреждениях.

Таким образом, индивидуальный реконструктивный имплантат-шаблон является методом выбора при комплексном лечении больных с травматическими, деструктивно-дистрофическими дефектами костной ткани челюстей.

*Библиографический список:*

1. Курицын А.В., Куцевляк В.И. Стоматологическая реабилитация пациентов с применением дентальных имплантатов в сложных анатомических условиях. Хирургические аспекты. Вестник ВГМУ. 2015. том 14. № 3. С. 90-97.
2. VelgheS., EghbaliA. Эстетика в области передних зубов верхней челюсти. Дентальная имплантология и хирургия. 2016. №3(24). С.20-24.
3. GerardoS., CarloB. Низкопрофильные крепления при ортопедической реабилитации протезами на имплантатах. 2017. №2(27). С.62-65.
4. Разработка и доклинические исследования ортотопических костных имплантатов на основе гибридной конструкции из поли-3-оксибутирата и альгината натрия/ А.А Мураев [и др.] //СТМ.№5. 2016. С. 42-50.
5. Шермер Ш. Нарращивание ткани и устранение дефектов при помощи нового синтетического беспримесного бета-трикальциума-фосфата. Дентальная имплантология и хирургия. 2016. №4(25). С.44-49.
6. Долгаев А.А. Особенности применения аллогенных блоков при лечении потери зубов у пожилых пациентов в условиях атрофии альвеолярного гребня. Стоматолог-практик №1. 2016. №2(263). С.22-26.
7. Болонкин В.П., Меленберг Т.В., Болонкин И.В. Реабилитация больных при значительной атрофии костной ткани альвеолярного отростка. Уральский медицинский журнал. 2009. №5. С.12-17.
8. А.А. Радкевич, В.Г. Галонский. Ортопедическое лечение больных с адентией, атрофией альвеолярного отростков и тел челюстей с использованием имплантатов из никелида титана. Сибирский медицинский журнал. 2007. № 3. С. 94-96.

9. Никольский В.Ю. Непосредственная дентальная имплантация в дистальном отделе нижней челюсти (клинико-экспериментальное исследование).: автореф. на соиск. ученой степ. канд. мед. наук: 14.00.21 – стоматология., 2002. 19 с.

Тураев А.Б., Муратова С.К., Джавадова Л.М  
**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ПАРОДОНТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕСТНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО  
ПРЕПАРАТА «ПАРОДИУМ»**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд

Несмотря на обширный арсенал современных средств и методов комплексного лечения больных с воспалительным процессом в пародонтальных тканях, они не всегда обеспечивают стойкую ремиссию заболевания.

Цель исследования: Повышение эффективности методов лечения воспалительных заболеваний пародонта у лиц среднего возраста путём включения в комплекс терапевтических мероприятий местно-действующих препаратов.

Материал и методы: Обследовано 45 пациентов в возрасте 35 до 45 лет в период 2016-2017гг на базе Самаркандской городской стоматологической поликлиники. Все исследуемые были разделены на 2 группы: 1-контрольная получавшие традиционную терапию, 2- основная которым проводились комплексное лечение с препаратом «Пародиум гель». Методы исследования пациентов проводились по общепринятой методике включавших субъективные: жалобы, анамнез; объективные: внешний осмотр, пальпация, индексная оценка состояния гигиены полости рта по методу Stellardam (1969) до и после лечения. Индекс определялся по формуле: сумма показателей каждого зуба деленная на 6 (норма 0,4-0,5)

Результаты: Исследования показали эффективность применения в комплексном терапии препарата «Пародиум гель». После получения лечения в соответствующих группах, определение индекса гигиены по Stellardam также подтверждает не благополучное состояние в полости рта и напрямую зависящее от метода лечения заболевания. Так в основной группе он составил 0,7, что близко к норме, а в контрольной группе 2,1, что в 4 раза превышает норму. Применение препарата «Пародиум гель» в комплексе с общепринятой терапией повышает клиническую эффективность лечения, сокращая сроки исчезновения основных симптомов болезни в 3-4 раза по сравнению с контрольной группой пациентов.

Выводы: Учитывая высокую частоту заболеваний пародонта среди лиц среднего возраста, тяжесть течения, интоксикацию и сенсibilизацию организма, недостаточную эффективность применяемых для терапии медикаментозных средств и композиций лекарственных препаратов, вполне обоснованным является применение комплексного лечения с препаратом «Пародиум гель».

Фишер И.И.

## ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ГБУЗ «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника»,  
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кафедра челюстно-лицевой  
хирургии и стоматологии

*Аннотация:* Исследование качества жизни – принципиально новый метод в психологии и медицине, позволяющий изучать многоплановую картину субъективного переживания больного вызванного болезнью. Однако в современных исследованиях недостаточно отражена взаимосвязь психологических особенностей пациентов, получивших травму челюстно-лицевой области, с параметрами качества жизни. Данный вопрос с нашей точки зрения требует более подробного изучения. В такой ситуации требуется активизировать внутренние ресурсы, чтобы приспособиться к этой новизне не только в физическом, но и в психологическом плане. Сможет, или не сможет адаптироваться человек в этой ситуации, во многом зависит не от функционирования отдельных органов или систем, а от личности в целом. Здесь мы говорим о принципе целостного подхода к человеку: к его лечению и психологической реабилитации.

*Ключевые слова:* качество жизни, переломы нижней челюсти, критерии оценки эффективности лечения.

Травмы, дефекты создают особую ситуацию развития личности, так как у человека изменяются условия существования, а отсюда — качество и стиль жизни (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007). В настоящее время для повышения качества жизни необходимо создание общей программы лечения и реабилитации больных с переломами нижней челюсти, которая предусматривала бы, прежде всего, повышение качества лечения.

Общепринятое определение качества жизни отсутствует. Ряд исследователей характеризуют качество жизни как «способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни (Кои Я.И., Либиц Р.А., 1993).

Большинство авторов выделяют субъективные и объективные критерии качества жизни. К объективным критериям принято относить физическую активность и трудовую реабилитацию. Субъективные показатели качества жизни отражают эмоциональный статус, удовлетворенность жизнью и самочувствие больных. В тоже время дифференциация объективных и субъективных критериев является сложным и спорным вопросом (Jeffrey E., Terrell M.D., 2003).

Выделяют медицинскую (зависящую от здоровья) составляющую качество жизни. Под ней понимают влияние самого заболевания (ограничения функциональных способностей, наступивших в результате болезни), а также лечения на повседневную жизнедеятельность больного (Lund V.J., 2002; Jeffrey E., Terrell O., 2003).

Оценка качества жизни пациента может производиться двумя основными способами: другим человеком, чаще всего - лечащим врачом (объективный подход); либо путем самооценки (субъективный подход). Мотивом к разработке субъективных подходов явились результаты исследований, показавшие недостаточное понимание врачом адаптивных или реабилитационных потребностей пациента, в результате чего взгляды врача могут не соответствовать установкам больного. Наиболее целесообразным представляется сочетание объективного подхода, отражающего социально приемлемые нормы жизни, и субъективного, который позволяет оценить собственные нормы и предпочтения пациента (Lund V.J., 2002).

Методы оценки качества жизни больных просты, наглядны и экономичны. Наиболее распространенными способами изучения качества жизни являются опросники. Опросники состоят из нескольких шкал, которые охватывают различные сферы деятельности человека: социальную, психологическую, эмоциональную, физическую, духовную, экономическую. В настоящее время разработано много опросников общих и специальных, которые получили широкое распространение, в основном, за рубежом.

Нами были разработаны критерии оценки качества проводимой реабилитации больных с переломами нижней челюсти.

Качественный и количественный анализ по методике Самооценки Дембо-Рубинштейн показал следующие особенности.

Для критериев оценки нами были выделены несколько показателей: здоровье, внешний вид, важность внешнего вида для работы/учебы и довольство собой.

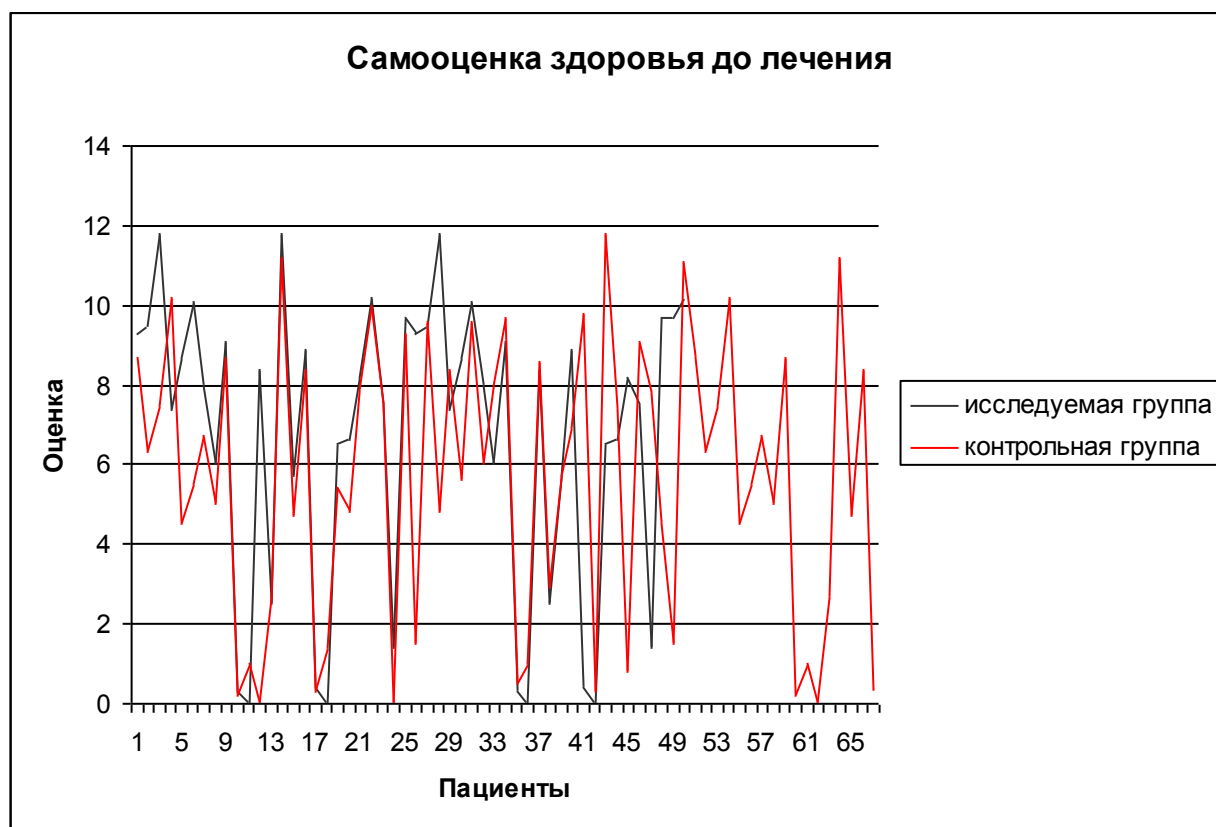


Рисунок 1. Графическое изображение самооценки здоровья до лечения

На рисунке 1 представлены показатели самооценки здоровья больных исследуемой и контрольной групп. Согласно качественному анализу различий не было выявлено, т.к. все больные беспокоились за свое здоровье.

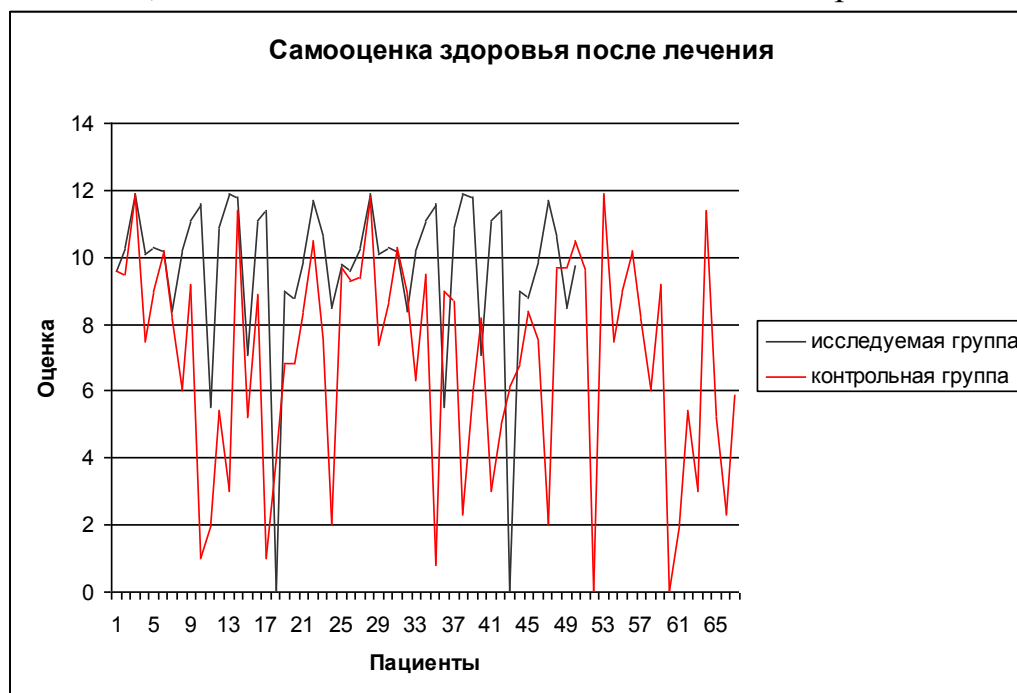


Рисунок 2. Графическое изображение самооценки здоровья после лечения

На рисунке 2 представлены показатели самооценки здоровья в исследуемой и контрольной группе. При качественном анализе можно отметить, что сниженные показатели оценки здоровья и исследуемой и контрольных группах наблюдались при возникновении осложнений. В исследуемой группе 2 человека имели осложнения (на графике показаны синим цветом «провалы»). В контрольной группе число «провалов» было равно 8, что соответствует числу осложнений в контрольной группе.

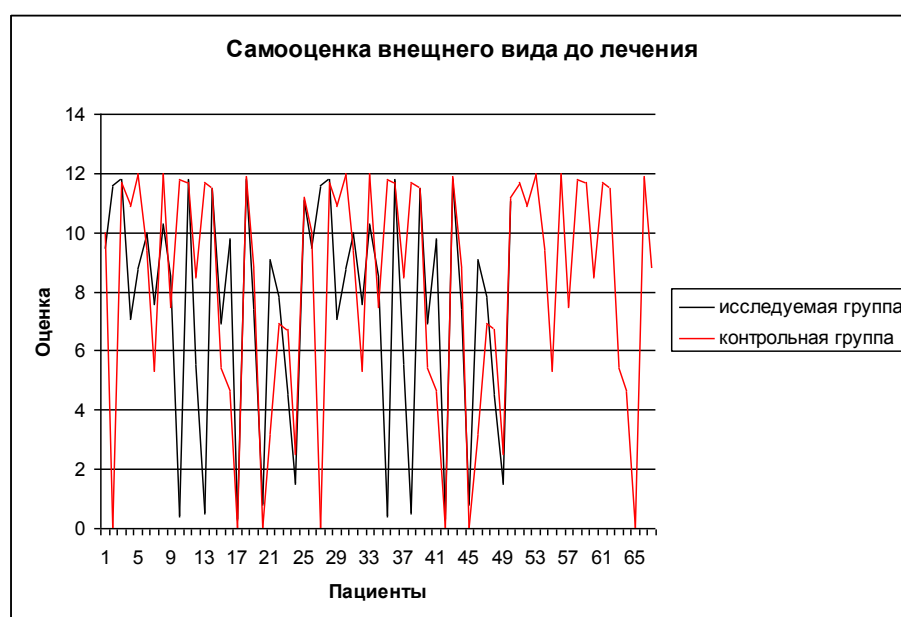


Рисунок 3. Графическое изображение самооценки внешнего вида

На рисунке 3 представлена самооценка внешнего вида больных до лечения в исследуемой и контрольной группах. При качественном анализе можно сделать вывод о том, что внешность для всех пациентов с переломами нижней челюсти на момент поступления в стационар была своего рода «индикатором» травмы. Так, при незначительных отеках, при отсутствии смещения отломков, отсутствию гематом на лице больные отмечали, что их внешность не изменилась. При изменении внешности при внешних признаках травмы больные оценивали внешний вид как неудовлетворительный.

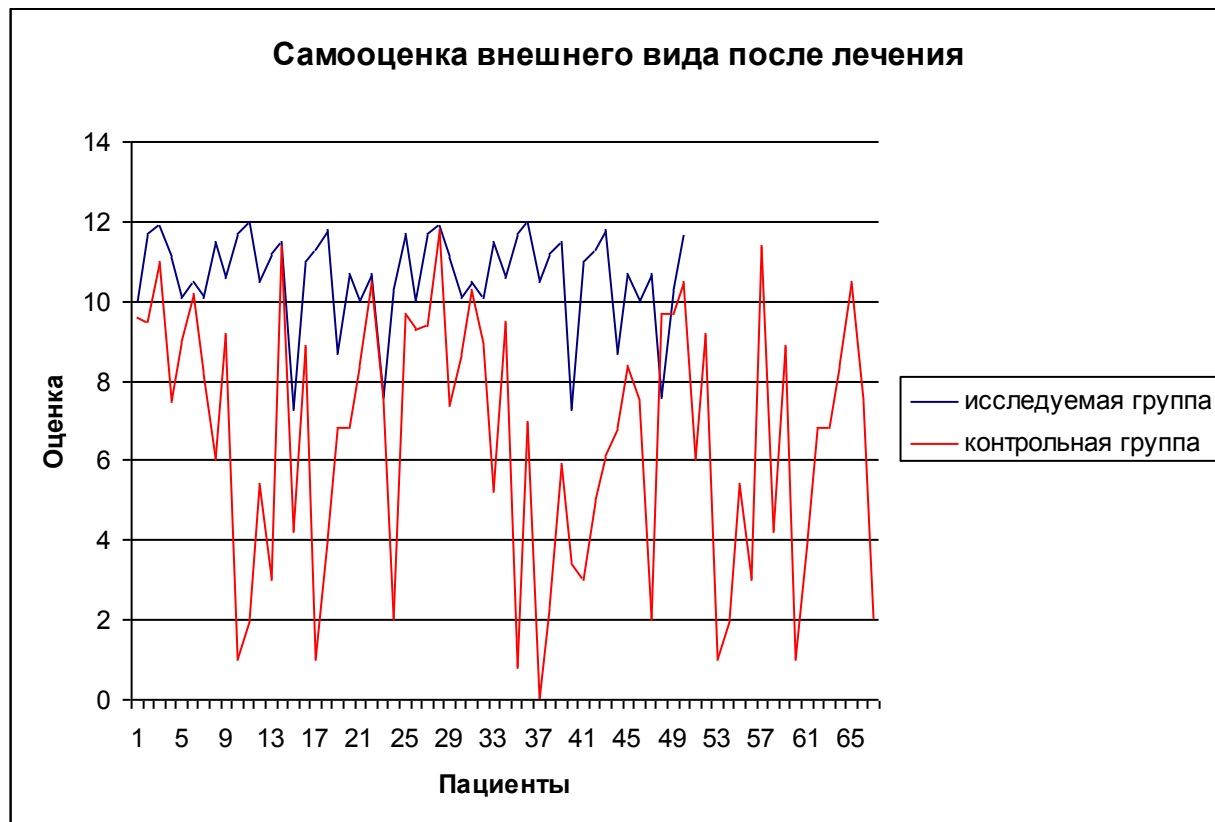


Рисунок 4. Графическое изображение самооценки внешнего вида после лечения в исследуемой и контрольной группах

На рисунке 4 представлена самооценка внешнего вида после лечения. При качественном анализе было выявлено в исследуемой группе вне зависимости от проведенного лечения (хирургического, консервативного) больные отмечали улучшение внешнего вида, что было связано с эффективностью проведения операции (отсутствия видимых шрамов на лице), эффективностью работы психолога (на принятие себя и факта произошедшей травмы). В контрольной группе отмечались «провалы» по внешнему виду у больных с осложнениями и с завышенными ожиданиями после проведенного хирургического лечения (связано с наличием шрама на лице), а так же непринятие факта оперативного вмешательства.

Так же нами была проанализирована самооценка внешнего вида больных исследуемой и контрольной групп до лечения. При качественном анализе можно выявить следующие особенности: на момент поступления в стационар, большая часть больных не понимала, как лечение в дальнейшем может повлиять на внешний вид, поэтому отмечались как «провалы» так и «пики». В исследуемой



группе при работе психолога было выявлено, что были озабочены своим внешним видом мужчины от 18 до 30 лет, как правило, с неустроенной личной жизнью, женщины всех возрастов, а так же мужчины и женщины, чьи профессии находятся в категории «человек-человек».

В контрольной группе «провалы» и «пики», скорее всего, связаны с теми же особенностями.

При качественном анализе самооценки внешнего вида для работы и учебы после лечения были выявлены следующие особенности. У больных исследуемой группы отмечались «провалы» чаще, чем у пациентов из контрольной группы. Это было связано с работой психолога на принятие внешнего вида и определение его важности в жизни больного. Работа врача с ожиданиями пациентов по поводу хирургического вмешательства в пользу снижения важности вида (использование тонких нитей при ушивании раны, использование косметических швов, возможность применения хирургического вмешательства со стороны полости рта и т.д.) В контрольной группе важность внешнего вида оценивалась в средних значениях и, как правило, не соответствовала ожиданиям больного после проведенного лечения.

Нами был проведен количественный анализ самооценки больных исследуемой и контрольной групп.

При количественном анализе были выявлены особенности: уровень здоровья у больных исследуемой группы на этапе поступления в стационар был  $6,68 \pm 0,52$  балла, а уровень здоровья у пациентов контрольной группы  $5,82 \pm 0,5$  балла соответственно. Таким образом, можно сделать вывод о том, что при поступлении в стационар видимых различий в оценке здоровья исследуемой и контрольной групп не отмечалось. Так же видимых отличий при самооценке внешнего вида, внешнего вида для работы/учебы и довольства собой выявлено не было.

При количественном анализе показателей самооценки после лечения можно сделать вывод, что имеются статистические различия в исследуемой и контрольной группах по показателям здоровья  $9,67 \pm 0,36$  балла в исследуемой группе и  $7,2 \pm 0,43$  в контрольной соответственно. Таким образом, мы видим, что повышение уровня здоровья в исследуемой группе объективно и субъективно выше на 25,54%.

При анализе самооценки внешнего вида достоверно увеличиваются значения в исследуемой группе относительно группы контроля. Показатель  $10,62 \pm 0,17$  балла и  $6,83 \pm 0,46$  соответственно, что выше в исследуемой группе на 35,69%.

При анализе внешнего вида для работы/учебы и довольства собой достоверных различий не было.

Цель социально-психологической реабилитации пациентов заключается в формировании адекватной внутренней картины болезни, а на ее основе восстановлении психического здоровья и эффективного социального поведения, реализации реабилитационного потенциала и повышении качества жизнедеятельности.

Оценка эффективности психологической реабилитации пациентов с переломами нижней челюсти сводится к рассмотрению критериев на уровне результатов индивидуальной реабилитации пациента с учетом его дефекта и индивидуальных ресурсных возможностей. Такой индивидуально ориентированный подход направлен на выявление изменений в психологическом статусе каждого пациента после применения ряда методик реабилитации, подобранных с учетом его личных психологических трудностей.

Эффективность психологической реабилитации зависит от возраста, преморбидных психологических особенностей, социального окружения, мотивации пациентов. Чем более активен сам пациент, чем выше у него мотивация к психологическому и физиологическому восстановлению, тем выше эффективность психологической реабилитации.

*Библиографический список:*

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «Олма Медиа Групп, 2007. 320 с.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. Учебное пособие для ВУЗов / под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ГЭОТАР-МЕД. 2004.
3. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России Вестник Межнародного Центра исследования качества жизни, 2003. С.3-21.
4. The WHOQOL Group // World Health Forum. 1996. V. 17. № 4. P. 354.
5. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid. Hth. Forum. 1996. V.1. P.29.
6. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. 1993. № 5. С. 66–72.
7. Либис Р.А. Оценка эффективности лечения больных хронической сердечной недостаточностью с учетом динамики показателей качества жизни: Дис. ... к.м.н. Оренбург, 1994.
8. Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц Я.И. Оценка качества жизни у больных с аритмиями // Кардиология. 1998. № 3. С. 49–51.
9. Lund V.J., 2002; Jeffrey E., Terrell .O. Functional status and well-being of children repre-senting three cultural groups: initial self-reports using CHQ-CF87 // Psychol Health 2003. 12 (6). P. 839-854.
10. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. // Med Care. 2003. 19(8). P.787-805.

Шадиев С.С., Гаффаров У.Б.

## **ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд

Цель исследования: оценить эффективность применения эфирного масла аниса при лечении флегмон челюстно-лицевой области у детей по микробиологическим показателям гнойной раны.

Материалы и методы. К исследованию было привлечено 42 детей в возрасте от 7 до 16 лет с флегмонами ЧЛЮ. Сразу после операции вскрытия флегмоны рану промывали раствором фурациллина и вводили в рану марлевые турунды, пропитанные 1% раствором эфирного масла аниса на масле абрикоса. Перевязки проводились ежедневно 2 раза в сутки. Материал для бактериологического исследования забирали из глубины раны, после тщательной обработки краев раны и на перевязках в процессе лечения на 3, 5 и 7 сутки.

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов основной группы практически исчезали грибы, кишечная палочка, фузобактерии и актиномицеты. Уровень же обсемененности бактериями стрепто-стафилококковой группы снизился на 2-3 порядка по сравнению с контрольной группой. Обсемененность раны микроорганизмами представителями патогенной и условно-патогенной флоры в результате комбинированного лечения резко сокращалась, что особенно показательно было в отношении аэробной флоры, выразившееся уменьшением количества бактерий более, чем на 3 порядка. Следует подчеркнуть, что все пациенты хорошо переносили местное лечение эфирным маслом аниса, частые аппликации которых не вызывали каких либо осложнений, побочных действий и неприятных ощущений. При этом выраженность воспалительных явлений уменьшалась уже через 2-3 дня от начала лечения, уменьшались боль и ощущения дискомфорта со стороны раневой поверхности.

Выводы: При применении эфирного масла аниса сокращается продолжительность периода отека и инфильтрации в ране в среднем на  $2,5 \pm 0,5$  суток, очищение раны от гнойно-некротических тканей на  $2,5 \pm 0,5$  суток, отмечается ускорение эпителизации раны - на  $3,5 \pm 0,5$  суток, что в итоге сокращает длительность стационарного лечения на  $3 \pm 1$  суток.

Шаковец Н.В., Романова О.С.

## **СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПУЛЬПИТОМ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск*

*Аннотация:* цель исследования - оценить стоматологический статус детей с хроническим пульпитом временных зубов. Установлено, что большинство детей имели очень высокую активность кариеса зубов и гигиену полости рта в пределах 1,1 - 2,0 балла. Наиболее часто хронический пульпит временных зубов протекал бессимптомно, при этом кариозные полости локализовались преимущественно на апроксимальных поверхностях моляров, чаще нижней челюсти.

*Ключевые слова:* хронический пульпит, пульпотомия, стоматологический статус, активность кариеса.

Несмотря на постоянное совершенствование методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний, сохраняется высокий уровень интенсивности кариеса зубов у детей и подростков [9]. Рост заболеваемости кариесом обуславливает увеличение его осложнённых форм, таких как пульпит и апикальный периодонтит, достигающих 30% в структуре индекса интенсивности кариеса временных зубов [4]. Обращаемость детей к врачу-стоматологу по поводу пульпита составляет от 12 до 40% [1,7].

Лечение осложненного кариеса зубов у детей – сложная и ответственная задача для врача-стоматолога. Так, процент осложнений лечения пульпита временных зубов остается высоким и колеблется от 30% до 65% [2,6,8]. Для оказания качественной лечебно-профилактической помощи детям с осложненными формами кариеса важно учитывать особенности их стоматологического статуса.

Цель исследования: выявить особенности стоматологического статуса детей с хроническим пульпитом временных зубов.

Материал и методы. Исследование проводилось на кафедре стоматологии детского возраста учреждения образования «БГМУ». Оценка стоматологического статуса проведена у 171 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет с диагнозом «хронический пульпит», поставленном на основании данных основных и дополнительных методов обследования.

С целью количественной и качественной оценки кариеса зубов определяли показатели «интенсивность кариеса зубов и поверхностей» (кпуз, кпуз+КПУЗ, КПУЗ, кпп, кпп+КПП, КПП) и «уровень интенсивности кариеса зубов» (УИК), используя рекомендации ВОЗ [10]. Также нами был рассчитан уровень стоматологической помощи (УСП) [3]. Для оценки гигиенического состояния полости рта детей использовали индекс налёта PLI (Sylness, H.Loe, 1964). В зависимости от особенностей поведения детей во время обследования и лечения был определен рейтинг согласно классификации Frankl [5].

Полученные данные статистически обработаны с использованием программы Statistica 10.0 (Statsoftinc). Для описания количественных признаков в статье приведены среднее значение  $\pm$  стандартная ошибка среднего. При описании качественных признаков приведены среднее значение (M) и 95% доверительный интервал (95%ДИ) по Фишеру.

Результаты. В первое посещение более половины родителей (53,0%) предъявляли жалобы на наличие у ребёнка кариозной полости в причинном зубе. Кратковременная боль после приёма пищи беспокоила 12 детей (7,0%). У 69 детей (40,0%) жалобы отсутствовали, что является подтверждением бессимптомного и первично-хронического течения пульпита во временных зубах.

В ходе внешнего осмотра детей не выявлено увеличения поднижнечелюстных лимфоузлов, конфигурация лица изменена не была. При проведении внутриворотного обследования установлено, что хронический пульпит чаще был диагностирован в первых временных молярах на нижней челюсти (95 зубов - 55,6%). Кариозные полости преимущественно локализовались на апроксимальных поверхностях - в 145 зубах (85,0%) и лишь в 26 зубах (15,0%) - на окклюзионной поверхности временных моляров.

Наиболее часто в кариозный процесс в исследуемых зубах были вовлечены две смежные поверхности (апроксимальная и окклюзионная). Такая локализация отмечалась в 136 зубах (79,5 $\pm$ 4,30%) детей. В первых временных молярах наиболее часто были поражены дистальные (80,3 $\pm$ 3,41%), а во вторых - медиальные апроксимальные поверхности (75,4 $\pm$ 4,21%).

Средние значения показателя интенсивности кариеса зубов у детей в возрасте от 3 до 7 лет по индексу кпуз и КПУЗ составили 7,8 (7,29-8,31) и 1,2 (0,63-1,77) соответственно, по индексу кпуп и КПУП - 15,90 и 2,10 соответственно. При оценке поражаемости кариесом поверхностей зубов установлено, что среднее значение этого показателя для временных зубов составило 15,90 (13,93- 17,86), для постоянных зубов - 2,10 (0,72 - 3,48).

При оценке активности кариеса зубов у детей по индексу УИК было установлено, что среднее значение M (SD) составило 1,87 (0,66), что может быть оценено как очень высокая активность кариеса зубов. Очевидно, что почти 80,0% детей, у которых диагностирован хронический пульпит временных моляров, имели очень высокую активность кариеса.

Для оценки уровня стоматологической помощи нами изучена структура индексов интенсивности кариеса. Анализ структуры индекса интенсивности кариеса временных зубов показал преобладание в нем кариозных зубов от 80,2% до 96,3%. С увеличением возраста детей процент преждевременно удалённых временных зубов увеличивался, достигнув максимума 5,5% в шестилетнем возрасте. Во всех возрастных группах в структуре индекса кпуз элемент «к» составил в среднем 87,9%, на долю компонента «п» пришлось 9,5% и 2,5% - доля компонента «у».

Уровень стоматологической помощи, определенный в процессе обследования детей, по индексу УСП в возрасте 3, 4 и 6 лет оценен как плохой, в возрасте 5 и 7 лет - как недостаточный. Среднее значение индекса УСП у всех

обследованных детей составило  $12,2 \pm 0,31\%$ , что оценивается как недостаточный уровень оказания стоматологической помощи.

Одним из этиологических факторов возникновения и развития кариеса является наличие на зубах микробного налёта. Поэтому в ходе исследования нами оценивалось гигиеническое состояние полости рта детей на основании определения толщины зубного налёта. Наиболее часто гигиена полости рта детей оценивалась как удовлетворительная, среднее значение  $M (SD)$  индекса гигиены  $PLI$  составило 1,93 (0,03) балла.

Большое значение для определения тактики врача и выбора метода лечения при приёме детей имеет их психологическое состояние, уровень тревожности и особенности поведения. В результате исследования установлено, что среднее значение рейтинга поведения по классификации Frankl у детей в первое посещение соответствовало 2,68 (0,61) баллам. В первое посещение определено негативное поведение (рейтинг 1) демонстрировал только 1 ребёнок (0,6%). Негативное поведение (рейтинг 2) был определён у 65 детей (38,0%). Более чем у половины детей (93 ребёнка (54,4%)) определено позитивное поведение (рейтинг 3). Определено позитивное поведение (рейтинг 4) имели 12 детей (7,0%).

Выводы. Установлено, что большинство детей, у которых диагностирован пульпит, имели очень высокую активность кариеса зубов и недостаточный уровень гигиены полости рта. Уровень стоматологической помощи не превышал 12,2%, при этом 38,6% детей имели негативное поведение на приёме у врача-стоматолога. Полученные данные указывают на необходимость диспансеризации детей с высокой и очень высокой активностью кариозного процесса с целью своевременного выявления и лечения кариеса зубов и профилактики его осложнений

#### *Библиографический список:*

1. Боровский, Е. В. Распространённость осложнений кариеса и эффективность эндодонтического лечения / Е. В. Боровский, М. Ю. Протасов // Клинич. стоматология. – 1998. – № 3. – С. 4–7.
2. Гажва, С. И. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении хронического пульпита временных зубов / С. И. Гажва, Е. С. Пожиток, Г. В. Агафонова // Стоматология. – 2010. – № 2. – С. 7–8.
3. Леус, П. А. Стоматологическое здоровье населения Республики Беларусь в свете глобальных целей ВОЗ и в сравнении с другими странами Европ / П. А. Леус // Современ. стоматология. – 1997. – № 2. – С. 3–12.
4. Лошакова, Л. Ю. Медико-социальные аспекты заболеваемости кариесом детей крупного промышленного центра Западной Сибири : дис. ... канд. мед.наук : 14.00.33 / Л. Ю. Лошакова. – Кемерово, 2001. – 168 л.
5. Основы управления поведением детей и подростков на стоматологическом приёме : учеб.-метод. пособие / Белорус. гос. мед. ун-т ; сост.: Т. В. Попруженко, Т. Н. Терехова. – Минск : БГМУ, 2006. – 72 с.
6. Ретроспективный анализ результатов лечения пульпитов временных зубов / Г. В. Бинцаровская [и др.] // Стоматол. журн. – 2009. – № 3. – С. 241–244.

7. Романова О.С. Экспериментально-клиническое обоснование выбора препаратов для лечения пульпита зубов у детей методом витальной пульпотомии: автореф.дис....канд.мед.наук. – Минск: БГМУ, 2016. – 23с.
8. Севастьянова, И. И. Витальные методы лечения пульпита временных зубов : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.21 / И. И. Севастьянова ; Кубан. гос. мед. акад. – Краснодар, 1999. – 19 с.
9. Эпидемиология стоматологических заболеваний среди детского населения Республики Беларусь / Т. Н. Терехова [и др.] // Современ. стоматология. – 2009. – № 3-4. – С. 28–30.
10. Oral health surveys: Basic methods / World Health Organization. – Geneva : WHO, 1997. – 93 p.

Шукурова Н.Т., Муратова С.К., Шукурова Ф.Ф.  
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ХОЛИСАЛ» ГЕЛЬ ПРИ  
МЕСТНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛЕНИИ  
ПАРОДОНТА**

Самаркандский Государственный Медицинский институт, г. Самарканд

Актуальность исследования. Заболевания пародонта являются одним из наиболее распространенных стоматологических заболеваний, характеризуются хроническим течением, существенно снижают качество жизни пациентов и являются не только медицинской, но и социальной проблемой. Воспалительные процессы в тканях пародонта приводят к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсбилизации, развитию аллергических состояний и других расстройств. При этом отмечается устойчивая тенденция к росту тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта у лиц среднего возраста.

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата «Холисал» геля для коррекции нарушений в тканях пародонта у людей с хроническим генерализованным пародонтитом.

Материал и методы. Нами было проведено исследование 40 пациентов. Все исследуемые были разделены на две группы. Первая группа обследуемых состояла из 10 пациентов, возраст которых варьировал от 43 до 60 лет. Обследуемые имели патологию пародонта в виде хронического генерализованного пародонтита, который составил 95%. У лиц данной группы определялась микрофлора тканей пародонта до лечения. По завершению лечения вновь был произведен забор материала из пародонтального кармана. Вторая контрольная группа состояла из 30 молодых людей в возрасте от 19 до 23 лет. Всем лицам второй группы была произведена профессиональная чистка зубов, местно применение препарата «Холисал» гель в домашних условиях.

Результаты. Посевы исследуемого материала после этих манипуляций показали отсутствие роста или наличие единичных микробов в поле зрения. Клиническая эффективность проведенного лечения оценивалась на основании клинических наблюдений за нормализацией тканей пародонта. Исходя из наших исследований, после проведенного лечения снижение воспалительного процесса в тканях пародонта произошло в 60% случаях. В 20% потребовалось дополнительное последующее лечение и у 20% лиц заметных изменений не было, поэтому им было предложено хирургическое лечение в виде лоскутных операций, гингивотомии, гингивэктомии.

Выводы. Таким образом, назначение препарата «Холисал» гель как в монотерапии, так и его сочетании с индивидуальной профессиональной чисткой оказывает выраженное влияние на показатели содержания микробной флоры. Судя по результатам использования его у больных с хроническим генерализованным пародонтитом характеризовалась его хорошей переносимостью и является эффективным средством для профилактики воспалений пародонта.