Министерство образования и науки РФ

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Северо-Западный государственный медицинский
Университет имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Санкт-Петербург

2012

Министерство образования и науки РФ

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Северо-Западный государственный медицинский Университет
имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
ВСЕРОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
В РАМКАХ ФЕСТИВАЛЯ НАУКИ

15 – 19 октября 2012 г.

Санкт Петербург

2012

УДК - 616.31-07-08(081)
ББК - 56.6

Комплексный подход к профилактике и лечению основных стоматологических заболеваний: сборник материалов всероссийской молодежной конференции в рамках фестиваля науки. 15-19 октября 2012 / Под редакцией д.м.н. проф. Силина А.В. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2012.- 116 с.

В настоящем издании приведены материалы всероссийской молодежной конференции «Комплексный подход к профилактике и лечению основных стоматологических заболеваний» проводимой в рамках Федеральной целевой программы «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2010 – 2013 г. (государственный контракт №14.741.12.0365).

Материалы представляют интерес для специалистов стоматологического профиля, врачей, научных сотрудников, студентов.

Материалы сборника прошли проверку программой «Антиплагиат»

Оргкомитет:

Председатель: Силин Алексей Викторович проректор по науке и международному сотрудничеству Северо-Западного государственного медицинского Университета им. И.И.Мечникова, д.м.н. профессор, заведующий кафедрой общей стоматологии.

Члены оргкомитета:

Козлов Владимир Александрович – член-корр. РАМН, д.м.н. профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии Северо-Западного государственного медицинского Университета им. И.И.Мечникова

Цимбалистов Александр Викторович - д.м.н. профессор заведующий кафедрой ортопедической стоматологии Северо-Западного государственного медицинского Университета им. И.И.Мечникова, декан стоматологического факультета

Мороз Борис Терентьевич - д.м.н. профессор кафедры заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Северо-Западного государственного медицинского Университета им. И.И.Мечникова

Сатыго Елена Александровна – к.м.н. заведующая университеским научно-исследовательским центром стоматологии, и.о. заведующего кафедрой детской стоматологии Северо-Западного государственного медицинского Университета им. И.И.Мечникова

Попов Сергей Александрович – заведующий кафедрой ортодонтии Северо-Западного государственного медицинского Университета им. И.И.Мечникова

Новикова Елена Анатольевна – научный сотрудник университеского научно-исследовательского центра стоматологии

Мациевский Николай Александрович – документовед отдела организации и развития НИР Северо-Западного государственного медицинского Университета им. И.И.Мечникова

Мариенко Наталья Леонидовна – младший научный сотрудник университеского научно-исследовательского центра стоматологии

Семенова Наталья Алексеевна - младший научный сотрудник университеского научно-исследовательского центра стоматологии

© СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Уважаемые коллеги!

Вы держите в руках сборник тезисов докладов всероссийской молодежной конференции «Комплексный подход к профилактике и лечению основных стоматологических заболеваний» в рамках фестиваля науки, который проводится в СЗГМУ им. И.И.Мечникова.

Это мероприятие призвано стать эффективным для освоения молодыми исследователями, врачами стоматологами и преподавателями лучших научных и методических отечественных и мировых достижений в области стоматологии и создания благоприятной атмосферы для обмена знаниями и опытом. Широкий спектр докладов программы, охватывающий тематики разнообразной стоматологической патологии, позволит сформировать у молодых специалистов полноценное представление о современном этапе развития специальности, ее технологической оснащенности, подходах и методах лечения основных стоматологических заболеваний.

Организаторы благодарны всем участникам конференции, которые выступили с докладами и опубликовали тезисы. Уверены, что труд по подготовке этих работ мобилизовал, позволил подвести промежуточные итоги проводимых исследований. Такая творческая работа всегда очень полезна молодым ученым и специалистам, она вырабатывает стиль, развивает способности, позволяет самореализоваться.

Председатель оргкомитета конференции
Проректор по науке и международному сотрудничеству СЗГМУ им. И.И.Мечникова
А.В.Силин

СОДЕРЖАНИЕ

Андреева Е.В.,Кунина Н.Т. ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБНЫХ ПАСТ С ДЕСЕНСИТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ	9
Афанасьева Н.В.,Тимошенко А.С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ	11
Батраков А.В. К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ СИНЕГО СВЕТОДИОДНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛАМИ ЛИЦА	12
Бормотина Ю.В., Бессонова М.А. АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ УЧЕНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ ШКОЛЫ №16, Г. КИРОВ	14
Быкова А.С., Мищенко М.Н., Медведева Я.В., Караваева Т.М., Терешков П.П., Пинелис И.С. ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ КАТИОННЫХ ПРОТИВОМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	17
Булычева Е.А., Чикунов С.О., Ю. В. Алпатьева ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКСИОГРАФА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПОЛОСТИ РТА	19
Бычкова М.Н., Мендоса Е.Ю., Щербакова А.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ КОМБИНИРОВАННОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ДЕВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 38% ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА, АКТИВИРУЕМОЙ ДИОДНЫМ ЛАЗЕРОМ, В СОЧЕТАНИИ С РЕСТАВРАЦИЕЙ СОВРЕМЕННЫМИ КОМПОЗИТНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ	21
Галочкина А.Б., Бруй Е.Д., Закарян А.В. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕКСИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИНГИВИТА	24
Гилева О.С., Муравьева М.А., Свистков А.Л. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ СТРУКТУРЫ И СВОЙСТВ ИНТАКТНОЙ И ДЕМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭМАЛИ	26
Гилева О.С., Муравьева М.А., Пленкина Ю.А. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ПО ТЕХНОЛОГИИ ICON	28
Голубева Л.Н. ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО РАСТВОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ	30
Домбровская Ю.А. ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНЫМ ВОЗРАСТНЫМ АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ НА ФОНЕ АНДРОГЕНЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	31
Дутова А.О., Брянская М.Н., Шаповалов А.Г. КАЧЕСТВО И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ КОМПОЗИТНЫМИ ВКЛАДКАМИ	33
Дятленко К.А., Гомзина Е.О. АНАЛИЗ ОШИБОК ВЫЯВЛЕННЫХ НА ЭТАПАХ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПОД ЦЕЛЬНОЛИТЫН НЕСЪЕМНЫЕ КОНСТРУКЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ	35
Евдокимова Н.А., Попов С.А. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ НОСОВЫМ ДЫХАНИЕМ	36
Елизарова В.М., Горелов А.В., Юрченко Н. В. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	37
Имбряков К.В. ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЛИЦА	39
Каврайская А.Ю., Прохорова О.В., Дрыгина Л.Б.. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОСТЕОПАТИЙ С СОСТОЯНИЕМ ПОЛОСТИ РТА У МУЖЧИН	41

Калмыкова Э.А. ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ НАГРУЗКУ У БОЛЬНЫХ СО СНИЖЕННЫМ ПРИКУСОМ 43
Картон Е.А., Бровко Ж.В. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ 45
Комолов Р.В. РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ПРИМЕНЕНИЯ МОДУЛИРОВАННОГО СВЕТА В ПРОГРАММЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВТОРИЧНОГО КАРИЕСА 46
Коротких Н.Г., Митин Н.Е. ВОЗМОЖНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 48
Коско А.В. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕФОРМОВАННЫХ СТАНДАРТНЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ КОРОНОК НА ДЕТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ 48
Красичкова О.А. ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГРАНУЛИРУЮЩИХ ПЕРИОДОНТИТОВ ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКА 50
Кунин А.А., Ипполитов Ю.А., Моисеева Н.С. ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТЕРАПИИ В ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ 52
Кунина Н.Т., Андреева Е.В. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕН РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ 53
Ломиашвили Л.М., Елендо М.Б., Васильева Н.А.ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПЕРСОНАЛЬНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ 55
Макарова Н.А. МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ ГИПЕРСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА 57
Манин О.И., Манин А.И.ПОДБОР СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СПЛАВОВ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ИМПЛАНТАТАХ РАЗЛИЧНЫХ ФИРМ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ 58
Мансур Ю.П., Огрина Н.А., Филимонова Е.В., Яновская М.Л. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА, ОСЛОЖНЕННЫХ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ 59
Маслова Т.В., Гришин В.В. СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЭМАЛИ ЗУБА 61
Михайлов В.В., ВасильевА.В., РекельК.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ОПТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 62
Михайлова В.В. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ 64
Мозговая С.В., Сергеева Е.С., Соловьёва С.В. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АНГУЛЯРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 66
Мустакимова Р.Ф., Кадырова Н.Н., Салеева Г.Т., Салеев Р.А. ЭМГ ПОКАЗАТЕЛИ НЕЙРОМЫШЕЧНОГО БАЛАНСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНОВИДНЫМИ ДЕФЕКТАМИ 67
Нацвлишвили Т.Т. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ ПАРОДОНТИТА 68
Овсянников К.А. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ СТАБИЛОМЕТРИИ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА 69
Ожигов Е. М. ПОСТУРОЛОГИЯ В СТОМАТОЛОГИИ: ТЕНДЕНЦИИ И 71

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОГО БАЛАНСА ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ СМЕЩЕНИИ ЦЕНТРА МАССЫ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА
Островская Л.Ю., Могила А.П., Грачева Д.В., Грачев П.П., Кобзева Ю.А. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ 72
Петрова Н.П. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРИКУСА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 73
Петрова Н.П. ПРИМЕНЕНИЕ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АППАРАТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЯХ 74
ПетросянА.П.ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОТОКОЛОРИМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРИЕСА ВО ВРЕМЕННЫХ 75
Пикилиди Т.В., Шевченко М.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ БЕНЗИДАМИНА ГИДРОХЛОРИДА 0,15 % 76
Попов В.Л., Егорова О.А. КАЗУИСТИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАНЕНИЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ 78
Попов С.А., Жданов П.П., Алешкова Ю.В. ВОЗМОЖНОСТИ ДВУХЭТАПНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСТООКЛЮЗИИ У ПОДРОСТКОВ 79
Прокопова М.А., Золотницкий И.В., Хрынин С.А. МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У МУЗЫКАНТОВ-ТРУБАЧЕЙ 81
Ребриев Е.Ю. ИЗУЧЕНИЕ МОРФОХИМИИ ЭМАЛИ ПРИ ОТВЕРЖДЕНИИ ФОТОПОЛИМЕРОВ РАЗНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ СВЕТА 82
Ребриев Е.Ю. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ISO ПЛОМБ ПРИ ОТВЕРЖДЕНИИ ФОТОПОЛИМЕРОВ МОДУЛИРОВАННЫМ ДИОДНЫМ СВЕТОМ 84
Резниченко А.В., Мороз Б.Т. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ ГОРОДА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА С РАЗЛИЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ 85
Робакидзе Н.С., Тытюк С.Ю. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА 87
Родионова А.С. ВЫЯВЛЕНИЕ СТРЕПТОКОККА МУТАНС В ЗУБНОМ НАЛЕТЕ И ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 89
Родионова Е.Г. ПАРАМЕТРЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ НАНОИМПРЕГНАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА 90
Родионова Е.Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГАЛЬВАНОФОРЕЗА ГИДРОКСИДА МЕДИ – КАЛЬЦИЯ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА 92
Родионова Е.Г. ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ НАНОИМПРЕГНАЦИИ 94
Рубежова Н.В., Абрамова Н.Е., Дрожжина В.А., Туманова С.А., Рубежов А.Л. СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЕ ЦЕМЕНТЫ – ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПРОШЛОГО И БУДУЩЕГО 96
Реутская К.В., Сатыго Е.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОЭТАПНОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ 97
Рябинин А.В. ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ, 98

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ КАРИЕСА В ПОЛОСТИ РТА
Самохина В.И., Чеснокова М.Г., Мацкиева О.В.ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЙЗАЖА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ И ЕГО ОБОСТРЕНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 99
Семенова Н. А, Мариенко Н. Л., Яковлева Н. ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 101
Силин А. В.,Пяткова И. В.ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ С УЧЕТОМ ИХ АНАТОМИИ 102
Симоненко А.А. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ И ВИСО ЧНЫХ МЫШЦ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 103
Смирнова А.В. ПРИМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ПЛАСТМАССОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ 105
Тихонов А.В., Попов С.А. СНИЖЕНИЕ ТРУДОЕМКОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ СИСТЕМОЙ ПАССИВНОГО САМОЛИГИРОВАНИЯ DAMON 107
Худорошков Ю.Г., Фелькер В.В., Игумнов А.И., Савченко Р.К. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСЛОКАЦИЯМИ СУСТАВНОГО ДИСКА ВНЧС 109
Хрынин С.А., Золотницкий И.В., Чикина Н.А., Прокопова М.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МУЗЫКАНТОВ, ИГРАЮЩИХ НА ДУХОВЫХ ИНСТРУМЕНТАХ, И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕННОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА ОНІР – 14 111
Цимбалистов А.В., Бачуринская И.Е. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ГАЛИТОЗА 112
Щербакова Т.Е. ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ – ВАЖНОЕ ЗВЕНО КОНТРОЛЯ 114

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБНЫХ ПАСТ С ДЕСЕНСИТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ

Андреева Е.В., Кунина Н.Т.
Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко, кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Было проведено обследование 48 человек в возрасте от 25 до 45 лет с генерализованным катаральным гингивитом и генерализованным пародонтитом лёгкой формы с жалобами на гиперестезию зубов, применяющих разные зубные пасты с десенсетивными свойствами. Результаты исследований показали, что все средства гигиены необходимо подбирать индивидуализировано, учитывая все медицинские показания и свойства гигиенических средств.

Abstract.We examined 40 patients aged 19 to 45 years without severe dental and somatic pathology, who underwent professional tooth whitening. Research results have shown that the drug "Hypostez-fluoro" is recommended for quick relief of hyperesthesia and normalization of metabolic processes in the enamel of the teeth after bleaching and occupational health.

Актуальность. В настоящее время гиперестезия зубов широко распространена. Около половины взрослого населения обращаются за стоматологической помощью с жалобами на повышенную чувствительность зубов. На стоматологическом рынке представлено большое количество десенситивных паст, но их клинический эффект изучен недостаточно.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности паст с десенситивными свойствами.

Материалы и методы. Исследование клинической эффективности паст с десенситивными свойствами было проведено на контингенте людей из 48 человек в возрасте от 25 до 45 лет с генерализованным катаральным гингивитом и генерализованным пародонтитом лёгкой формы с жалобами на гиперестезию зубов. Все пациенты были равноценно распределены на три группы, в зависимости от рекомендованной зубной пасты. Группа 1 – 17 человек – с целью уменьшения повышенной чувствительности зубов использовала зубную пасту «Sensodyne Мгновенный эффект» (ГляксоСмитКляйнКосьюмерХелксер, Великобритания). Группа 2 –15 человек – использовали зубную пасту «SensodyneF» (ГляксоСмитКляйнКосьюмерХелксер, Великобритания); группа 3 – 16 человек – зубную пасту «Sensodyne Total Care» (ГляксоСмитКляйнКосьюмерХелксер, Великобритания). Пациенты чистили зубы с использованием назначенной пасты 2 раза в день, утром и вечером после еды, зубной щеткой средней жесткости (Oral – B CrossActionVitalizer). В ходе клинических исследований использовался осмотр и зондирование, при котором обращали особое внимание на нарушение структуры твёрдых тканей зубов и изменения в тканях пародонта. Для оценки температурной чувствительности твёрдых тканей зубов применяли обработку водной и воздушной струёй, подаваемую в различных направлениях: по касательной к вестибулярной поверхности зуба (косая или боковая струя); перпендикулярно к вестибулярной поверхности зуба (прямая струя). Для больных с гиперестезией зубов был рассчитан индекс интенсивности гиперестезии зубов (ИИГЗ). О гигиеническом состоянии полости рта судили по индексу G.Green, I. Vermillion – OHI–S. Состояния тканей пародонта определяли с помощью папиллярно – маргинально – альвеолярного индекса (PMA), при котором давали оценку внешнего вида десны

у каждого зуба визуально по интенсивности гиперемии и после применения раствора Шиллера –Писарева по интенсивности окраски. Оценку степени выраженности гиперестезии твёрдых тканей зубов проводили до и после лечения в различные сроки (2 дня, 1, 2, 3, 4 недели), что позволило охарактеризовать интенсивность чувствительности зубов до начала исследования и проанализировать эффективность применения рекомендуемых средств гигиены.

Результаты исследований. В результате исследований была изучена и оценена клиническая эффективность зубных паст с десенситивными свойствами, в состав которых входят разные активные компоненты, снижающие повышенную чувствительность зубов. В составе «SensodyneF»: хлорид калия/нитрат калия, фторид натрия, цитрат цинка. В составе «SensodyneTotalCare»: витамин Е, витамин В5, хлорид калия/нитрат калия, фторид натрия, цитрат цинка. В составе «Sensodyne Мгновенный эффект»: ацетат стронция 8%, фторид натрия. Основная функция зубных паст – очищающая, поэтому мы изучили уровень гигиены полости рта у пациентов. Во всех группах исследования улучшилось гигиеническое состояние полости рта. Несомненно, систематический контроль стоматолога повышает мотивацию пациента к регулярному качественному уходу за полостью рта, но для полноценной гигиены зубов необходимо соответствие качественных характеристик зубных паст и очищающих компонентов. Результаты исследований позволяют сделать вывод о хорошей очищающей способности всех, применяемых гигиенических средств. Во всех группах данные индекса гигиены входят в критерий «низкий», что соответствует «хорошему» гигиеническому состоянию полости рта. Через месяц наблюдений в группе с использованием зубной пасты «SensodyneTotalCare» гигиеническое состояние полости рта пациентов улучшилось в 4,6±0,03 раза; в группе с использованием зубной пасты «SensodyneF» в 4,2±0,01 раза; в группе с использованием «Sensodyne Мгновенный эффект» значения индекса снизились в 5,2±0,02 раза. На диаграмме четко прослеживается, что все пасты обладают хорошим очищающим эффектом, но зубная паста «Sensodyne Мгновенный эффект» показала наилучшие результаты ($p \leq 0,05$). Так как основная цель применения всех используемых паст - ликвидация повышенной чувствительности зубов, то на всех этапах применения средств гигиены мы регистрировали степень интенсивности гиперестезии зубов в группах исследования. Из результатов диаграммы следует, что все рекомендованные средства гигиены высокоэффективны в отношении ликвидации повышенной чувствительности зубов и обладают десенситивными возможностями. Через неделю в группе пациентов, использующих зубную пасту «SensodyneTotalCare» интенсивность гиперестезии зубов снизилась в 1,8 ±0,01 раза; в группе с использованием зубной пасты «SensodyneF» - в 5,8±0,02 раза. В группе пациентов, использующих «Sensodyne Мгновенный эффект» уже на второй день интенсивность гиперестезии снизилась в 2,2±0,01 раза, а через неделю – ликвидирована полностью ($p \leq 0,05$). Таким образом, все рекомендованные пасты обладают хорошим десенситивным эффектом, но зубная паста «Sensodyne Мгновенный эффект» показала наилучшие результаты. При изучении динамики изменений, происходящих в тканях пародонта, мы давали оценку внешнего вида десны у каждого зуба визуально по интенсивности гиперемии и по интенсивности окраски после применения раствора Шиллера – Писарева. Через месяц исследований в группе с использованием зубной пасты «Sensodyne Total Care» индекс РМА снизился до 5 %±0,02, что в 9,8±0,01 раза лучше, чем до применения рекомендованной пасты; в группе с использованием зубной пасты Sensodyne F значения индекса снизились в 4,3±0,03 раза и достигли

10%±0,03; в группе с использованием «Sensodyne Мгновенный эффект» воспаление снизилось в 4,7±0,02 раза и значения достигли 10 %±0,01 через месяц ($p \leq 0,05$). Таким образом, все рекомендованные средства гигиены обладают противовоспалительной эффективностью в отношении тканей пародонта, однако наилучший противовоспалительный эффект зарегистрирован при применении зубной пасты «SensodyneTotalCare». По данным наших исследований все десенситивные зубные пасты«Sensodyne» (ГляксоСмитКляйн Косьюмер Хелксер, Великобритания) обладают эффектом ликвидации повышенной чувствительности и соответствуют заявленным параметрам. Однако, врачам-стоматологам необходимо учитывать целенаправленные свойства средств гигиены и стоматологический статус пациентов. Соответственно, пациентам с преобладанием воспалительной реакции пародонта следует назначать «SensodyneTotalCare», которая обладает хорошим противовоспалительным действием. При превалировании болевого синдрома необходимо рекомендовать пасты с наибольшим противосенситивным эффектом - «Sensodyne Мгновенный эффект». Исходя из этого, все средства гигиены необходимо подбирать индивидуализировано, учитывая все медицинские показания и свойства гигиенических средств.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Афанасьева Н.В., Тимошенко А.С.
Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ.
Научные руководители: асс., к.м.н. Есикова Т.С.; доц. Химич И.В.

Резюме. Проведено комплексное лечение больных с перфорациями верхнечелюстной пазухи. Клинический и рентгенологический мониторинг показал, что включение в комплексную терапию современных остеопластических материалов способствовало повышению эффективности лечения перфораций верхнечелюстной пазухи и снижению общего числа осложнений.

Abstract. A complex treatment of patients with perforations of the maxillary sinus was carried. Clinical and X-ray monitoring showed using modern osteoplastic materials improved the efficiency of the treatment of perforations of the maxillary sinus and the reduction of complications.

Актуальность. Среди ранних осложнений при удалении верхних премоляров и моляров наиболее часто встречается перфорация верхнечелюстной пазухи. Предпосылками для развития перфорации верхнечелюстной пазухи являются взаимоотношения корней зубов с нижней стороны пазухи, наличие деструктивного процесса в периапикальных тканях зубов и погрешности в методике их удаления.

Если перфорация верхнечелюстной пазухи остается недиагностированной и своевременно не применяются меры для разобщения полости рта и пазухи, развивается синуит. Среди больных одонтогенным синуитом количество подобных наблюдений по данным Г.В. Кручинского и В.И. Филиппенко (1991), Т.С. Есиковой (1996), В.В. Лузиной (2002) и др. составляет от 48 до 62%. [2,3,5]

Существующие способы лечения перфорации дна верхнечелюстной пазухи без признаков синуита (пластические методы закрытия перфорационного отверстия, применение йодоформного тампона) часто приводят к ряду

осложнений: нагноению раны, расхождению швов, образованию свищевого хода и развитию хронического воспаления верхнечелюстной пазухи.[1,4]

Цель исследования. Определить наиболее эффективные методы лечения перфорации верхнечелюстной пазухи.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 26 больных в возрасте от 20 до 50 лет с перфорациями верхнечелюстной пазухи. Для лечения перфорации дна верхнечелюстной пазухи использовали колапол КП-3 и колапол – М. Проводили антисептическую обработку и щадящий кюретаж лунки вводили в нее соответствующую пластину колапола КП – 3 и колапола – М, после чего сближали края лунки швами из полимидной нити. В послеоперационном периоде назначали противовоспалительную терапию, сосудосуживающие капли (санорин, нафтизин, галазолин и др.) или спрей полидекса с фенилефрином в нос.

Результаты исследования и обсуждение: у 12 больных для лечения перфорации дна верхнечелюстной пазухи применяли колапол КП – 3. Перфорации имели размеры до 0,5 см в диаметре. У 3-х больных этой группы перфорация была диагностирована в день удаления зуба, 4 больных обратились в поликлинику на 2 день, 5 больных – на 4 день с момента удаления зуба. Данный материал, не обладая, антигенными свойствами, легко прорастал грануляциями со дна и боковых стенок лунки зуба, что вело к заживлению перфорации верхнечелюстной пазухи. У всех больных этой группы заживление лунки зуба прошло без осложнений.

У 14 больных для лечения перфорации применяли колапол – М. Размеры перфораций также как и в первой группе больных не превышали 0, 5 см в диаметре. У 3-х больных перфорация была диагностирована в день удаления зуба, 5 больных обратились в поликлинику на 2-3 день и 6 больных – на 5-7 день с момента удаления зуба.

У всех пациентов обеих групп через 6 месяцев в области удаленного зуба рентгенологически отмечалась крупнопетлистая костная ткань.

Анализ клинических наблюдений показал, что колапол КП – 3 и колапол – М обладают биосовместимостью с тканями человека и не вызывают реакции отторжения. Колапол – М, насыщенный антибиотиком (метронидазолом), обладает длительным антибактериальным действием. Оба препарата могут применяться при лечении перфорации верхнечелюстной пазухи в различные сроки с момента удаления зуба (от 1 до 7 дней). Однако, оптимальные результаты при лечении поздних перфорациях отмечаются при использовании колапола – М.

Заключение. Таким образом, положительные результаты применения колапола КП – 3 и колапола – М для лечения перфораций позволяют рекомендовать оба этих препарата для широкого клинического применения при малых и средних размерах перфорации, не превышающих 0,5 см в диаметре.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ СИНЕГО СВЕТОДИОДНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛАМИ ЛИЦА

А.В.Батраков
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность. В настоящей работе экспериментально и клинически обосновано применение синего светодиодного излучения длиной волны 470нм (ССИ-470) в комплексном лечении больных фурункулами лица в стадии абсцедирования. Источником излучения явилась светодиодная матрица

физиотерапевтического аппарата «Спектр ЛЦ-02», изготовленного УНП «Лазерный центр» ИТМО (Санкт-Петербург, Россия).

Материал и методы. Экспериментальные микробиологические исследования проводились в системе in vitro и включали в себя изучение прямого воздействия ССИ-470 на рост культуры Staphylococcus aureus, основного возбудителя заболевания, с различными разведениями и параметрами облучения. Экспериментальные иммунологические исследования также проводились в системе in vitro и включали в себя изучение влияния ССИ-470 на человеческие нейтрофильные гранулоциты в зависимости от времени и мощности (дозы) облучения. Кислородзависимую бактерицидную активность нейтрофилов изучали в НСТ-тесте. Клинические исследования проводилось на базе отделения гнойной челюстно-лицевой хирургии городской больницы №15. Они включали в себя изучение влияния ССИ-470 на динамику клинических проявлений заболевания (n=100): купирование болевого синдрома, прекращение гнойной экссудации, очищение раны от некротических масс, появление островков грануляционной ткани и видимой краевой эпителизации раны. Также проводились клинико-микробиологические (n=25), клинико-иммунологические (n=22) и патоморфологические (n=64) исследования. Объектом клинического исследования явились 100 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 45 лет с диагнозом «фурункул лица в стадии абсцедирования». Стандартное лечение получили 50 (50%) больных. Оно включало в себя оперативное пособие с последующим местным лечением послеоперационной гнойной раны, антибактериальную и противовоспалительную терапию, симптоматическое лечение. 50 (50%) больных на фоне традиционной терапии дополнительно получали физиотерапию в виде местного воздействия на рану ССИ-470 со следующими параметрами: длина волны - 470±10нм, уровень мощности излучения (УМИ) – 100%, время воздействия (ВВ) на рану – 10 минут, режим работы – непрерывный, количество процедур – 5.

Результаты исследования и их обсуждение: в результате экспериментальных микробиологических исследований установлено, что количество КОЕ/мл клинического штамма золотистого стафилококка после воздействия на него ССИ-470нм с различными параметрами (расстояние от излучателя до питательной среды в чашках Петри – 9,0 и 0,5 см; УМИ – 50% и 100%; ВВ – 10, 15 и 30 минут) статистически достоверно не изменялось ($p>0,05$). Таким образом, торможения роста культуры клинического штамма Staphylococcus aureus в системе in vitro под действием ССИ- 470 не наблюдалось. На этом основании можно сделать вывод, что ССИ-470, используемое в одном из описанных выше режимов, не обладает прямым бактериостатическим или бактерицидным эффектом на клетки Staphylococcus aureus.

В результате экспериментальных иммунологических исследований установлено, что в контрольных образцах (нейтрофилы, не подвергшиеся облучению) количество активированных нейтрофилов составило 9,2±1,83%. Статистически достоверная активация нейтрофильных лейкоцитов под действием изучаемого физического фактора начинается с 10-ти минутной экспозиции клеток при УМИ 100%, что составляет дозу облучения 3Дж/см^2 (22,7±3,3%, $p<0,05$ по сравнению с контролем соответственно). Увеличение времени воздействия с 10-ти до 15-ти минут при том же уровне мощности излучения, что составляет дозу облучения 4,5Дж/см^2, не приводило к дополнительной активации нейтрофилов и, как следствие, к повышенной выработке ими кислородзависимых бактерицидных радикалов (18,56±4,14%,

$p<0,05$ по сравнению с контролем и $p>0,05$ по сравнению с дозой облучения в 3Дж/см^2 соответственно). Таким образом, эксперимент показал, что 10-минутная экспозиция клеток крови человека при УМИ-100%, что составляет дозу облучения 3Дж/см^2, достоверно повышает бактерицидные свойства нейтрофилов за счет непосредственной активации респираторного взрыва и выработки кислородзависимых бактерицидных радикалов.

По результатам клинических исследований нами установлено, что в процессе комплексного лечения больных фурункулами лица купирование болевого синдрома в основной группе происходило статистически достоверно быстрее на 1 сутки, чем в контрольной ($p<0,001$). Прекращение гнойной экссудации, очищение раны от некротических масс, появление островков грануляционной ткани и краевой эпителизации в среднем происходило на 1-1,5 суток быстрее, чем в контрольной группе. Таким образом, включение СДИ-470нм в комплексную терапию больных фурункулами ведет к укорочению фаз и периодов острого воспаления, что, в свою очередь, приводит к уменьшению сроков реабилитации больного.

Результаты количественного клинико-микробиологического исследования показали, что на 3-и сутки от начала лечения снижение микробного обсеменения тканей ран больных в основной группе по сравнению с группой контроля происходила в 2 раза быстрее ($p<0,05$). Из вышесказанного следует, что СДИ-470нм, применяемое у больных основной группы, способствует быстрой и эффективной элиминации возбудителя инфекции и нормализации течения раневого процесса по сравнению с группой, где использовалась только медикаментозная терапия.

На основании патоморфологического исследования биоптатов больных фурункулами лица установлено, что ССИ-470 ускоряет переход воспалительного процесса из фазы экссудации в фазу пролиферации. Это проявляется усиленной лимфогистиоцитарной инфильтрацией под эпителиальным пластом, ускоренным разрастанием грануляционной ткани и эпителия над раневой поверхностью.

Результаты клинико-иммунологических исследований показали, что включение ССИ-470 в комплексное лечение больных фурункулами лица активирует у них факторы как врожденного (нейтрофилы), так и адаптивного (Т- и В-лимфоциты) иммунитета. Под воздействием данного вида излучения происходит достоверное снижение содержания белков «острой фазы воспаления» (С-реактивного белка, орозомукоида, С3 и С4 компонентов комплемента), про- и противовоспалительных цитокинов, а также активируется система комплементов по альтернативному пути.

Заключение. В результате проведенных исследований установлено, что включение в комплекс лечебных мероприятий СДИ-470нм как средства, воздействующего суммарно на весь организм, обеспечивает положительный эффект лечения больных фурункулами лица и улучшает его результаты по сравнению с традиционными методами.

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ УЧЕНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ ШКОЛЫ №16, Г. КИРОВ

Бормотина Ю.В., Бессонова М.А.
Кировская государственная медицинская академия, кафедра стоматологии
Зав. кафедрой: д.м.н. Никольский В.Ю.,
научный руководитель: к.м.н. Громова С.Н.

Актуальность. Успехи, достигнутые в большинстве развитых стран по снижению заболеваемости кариесом и болезням пародонта, объясняются внедрением программ профилактики, в которых уделяется внимание мониторингу стоматологического статуса. Существует проект Федеральной Государственной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России. Для его реализации на местном уровне предварительно необходимо провести анализ ситуации и сформулировать задачи. На сегодняшний день наблюдается низкий уровень санитарных знаний населения по уходу за полостью рта. Недостаточное финансирование государственных поликлиник приводит к нарушению принципов плановой санации школьников. Уровень стоматологической заболеваемости населения невозможно выявить достоверно по обращаемости, юридические аспекты не позволяют провести планового осмотра ребенка стоматологом без согласия родителей.

Цель исследования. Провести анализ ситуации стоматологического здоровья и эпидемиологическое обследования учеников параллели 1 и 4 классов школы№16 г.Кирова, сформулировать задачи программы профилактики стоматологических заболеваний.

Задачи исследования.

1. Провести эпидемиологическое обследование учеников параллели 1 и 4 классов школы №16, г. Кирова.
2. Определить уровень заболеваемости кариесом и заболеваниями пародонта, гигиенический статус школьников.
3. Составить программу гигиенического обучения школьников.
4. Провести сравнительный анализ анкет по определению уровня гигиенических знаний у учеников 4 класса школы №16 г. Кирова, до и после проведения уроков гигиены.
5. Сформулировать цели и задачи программы профилактики для начальных классов школы №16, г. Кирова.

Материалы и методы. Характеристика обследованных: ученики 1-х(57 чел.) и 4-х классов (58 чел.) школы №16, г. Кирова.

Методы исследования:

1. Клинический стоматологический осмотр.
2. Определение интенсивности кариозного процесса (индекс КПУ).
3. Определение гигиенического статуса в полости рта (индекс PHP),
4. Оценка интенсивности воспаления десны (индекс PMA),
5. Анкетирование с использованием анкеты, разработанной кафедрой стоматологии детского возраста и профилактики Тверской ГМА,
6. Методы математической статистики.

Используемые средства:

1. Стоматологический инструментарий и оборудование кабинета кафедры стоматологии Кировской ГМА,
2. Раствор Шиллера – Писарева.
3. 1% раствор метиленового синего и жидкость PlaqueSearch, Curaden.

Результаты. По согласованию с администрацией школы и получения письменного согласия родителей, на кафедре стоматологии было обследовано57 детей из 81 учащихся 1-х классов и 58 ребенка из 78 учащихся 4-х классов. Среди

них было45 мальчиков (55,5%) и 36 девочек(44,5%) в возрасте 7 лет и 29 мальчиков (50 %) и 29 девочек (50 %) в возрасте от 10 до 11 лет.

Выявлено, что распространенность кариеса у учеников 1-х классов составляет 81,7% , что относится к высокому уровню по ВОЗ. Интенсивность кариеса составила 4,98, что также относится к высокому уровню. Распространенность кариеса у учеников 4-х классов составляет 87,93% , что так же относится к высокому уровню по ВОЗ. Интенсивность кариеса постоянных зубов составила 3,73, что значительно выше, чем средние показатели по РФ, 2008г (2,51) на 48,6%.

В г. Кирове интенсивность кариеса по результатам 2011 г. у 10-летних детей составляет – 2.6 по постоянным зубам, 12-летних – 3.3. Распространенность кариозного процесса соответственно 87.3% и 89.54% соответственно. Данные показатели объясняются низким содержанием фторидов в питьевой воде г. Кирова. По данным лаборатории ФГУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Кировской области", содержание фтора в водопроводной воде г. Кирова составляет 0,105 мг/л(нижняя граница норматива – 0,8 мг/л).

При этом компонент К по постоянным зубам,у учеников 1-х классов составил 3(80,7%), а П – 1,76 (19,3%).К у учеников 4-х классов составил 2,66 (73,8%), а П – 1,07 (26,2%). Осложнённые формы кариесау учеников 1-х классов (периодонтит) в постоянных зубах имеют 2 учащихся – 3,5.У учеников 4-х классов периодонтит имеют 3 учащихся – 5,17% , одному необходимо удалить постоянные зубы с обеих сторон на нижней челюсти. Только 7 первоклассников (12,28 %) – здоровы и только 5 четвероклассников (8,62 %) – здоровы.

Полученные результаты свидетельствуют о недостаточном уровне стоматологической помощи (УСП, П.А. Леус), индекс УСП равен 28,68%.

Средний показатель РМА у школьников 1-х классов составил - 9,86%. Распространенность заболевания пародонта среди осмотренных школьников 4-х классов составила– 94,91%, а средний показатель РМА - 17,24%, что соответствует высокой распространенности и легкой степени воспалительного процесса десны. В группе обследованных детей среднее значение индекса гигиены полости рта PHP у школьников 1-х классов 2,48,а у школьников 4-х классов составил 2,41, что говорит о неудовлетворительном уровне гигиены. Можно предположить, что у детей и их родителей низкий уровень гигиенических знаний и мотивации к проведению гигиенических процедур.

Среди обследованных первоклассников в санации нуждаются 45 детей – 78,95 %, а среди четвероклассников в санации нуждаются 45 детей – 77,58 %. Среди обследованных детей в 1-х классах у 6 (10,53%) выявлены аномалии прикуса и нуждаются в консультации ортодонта, а в 4-х классах 9 (15,51%).

Анкетирование школьников 4-х классов проводилось дважды до и после проведения циклауроков гигиены. С детьми проводилась контролируемая чистка зубов, и проведена беседа с классными руководителями и родителями в этих классах.

Опрошено 58 (74,36 %) из 78 детей. До проведения обучения 32 ребенка (55%) ежедневно чистили зубы, после проведения гигиенического обучения 56 детей (97%). 2 раза в день чистили зубы 41 ребенок (71%) , после 57 детей (98%), до и после обучения 98% детей использовали фтор содержащую зубную пасту. Почти в 2 раза увеличилось число учеников с 29 (50%) до 48 (83%), удливших время чистки зубов до 3-х минут, многие отмечают, что у них появились таймеры для чистки. При чистке зубов 98% четвероклассников стали использовать

правильные виды движений (выметающие, круговые) и исключили горизонтальные движения.

Изменились знания о сроках смены зубной щетки. Увеличилось на 19% количество детей, которые считаю необходимой покупку новой зубной щетки каждые три месяца. До обучения 20 детей 37% меняли щетку раз в год или не меняли вообще.

Все опрошенные уверены, что заболевания зубов влияют на общее состояние организма. Если на начальном этапе занятий только 15 (26%) человек считали, что употребляют избыточное количество сладостей, то к концу их стало 44 (82%).

Уроки гигиены вызвали у учеников положительную мотивацию по формированию и поддержанию стоматологического здоровья, помогли побороть страх лечения. Все осмотренные заявили о желании лечиться у студентов - стоматологов под руководством преподавателей кафедры стоматологии.

Заключение. 1. Необходимо организовать и поэтапно внедрять программу профилактики стоматологических заболеваний в школах г. Кирова. 2. Анализ распространенности и интенсивности кариеса свидетельствует о необходимости начала профилактических мероприятий ещё в дошкольных учреждениях. 3. Продолжать поддерживать принципы плановой санации в школах и дошкольных учреждениях, разработанные Т.Ф.Виноградовой. 4. Регулярные занятия со школьниками приводят к увеличению теоретических знаний, но не всегда подкрепляются практическими навыками. Поэтому только регулярность занятий может привести к выработке стойких гигиенических навыков у школьников.

ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ КАТИОННЫХ ПРОТИВОМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Быкова А.С., Мищенко М.Н., Медведева Я.В., Караваева Т.М., Терешков П.П., Пинелис И.С.

Читинская государственная медицинская академия

Резюме. У больных пародонтитом различной степени тяжести методом ИФА изучали содержание кателицидина LL-37 и α-дефензинов 1-3. При средней степени тяжести в крови наблюдалось повышение уровня противомикробных пептидов, а при тяжелой - снижение. В смешанной слюне увеличение α-дефензинов 1-3 было пропорционально тяжести воспалительного процесса, а концентрация каталицидина LL-37 низкая при легкой степени, с усилением тяжести несколько возрастала, но оставалась ниже контрольных значений.

Abstract. The level of LL-37 katelicidine and 1-3 α-defensins in the patients with various severities of parodontitis has been performed with ELISA. The increased level of antimicrobial peptides was detected in the blood of the patients with a middle stage parodontitis whereas in the severe case this parameter proved to be decreased. However the increased 1-3 defensine level in mixed saliva appeared to be proportionally dependent on the severity of the inflammatory process while LL-37 katalecidine content in case of a mild inflammation tended to be increased being at same time lower as compared to the control level.

Актуальность. Среди основных стоматологических заболеваний хронический генерализованный пародонтит занимает 2-е место по частоте. Увеличение числа больных, отрицательное влияние на качество жизни, тяжесть течения, длительная реабилитация делают исследования, позволяющие углубить представления о патогенезе и разработать новые методы прогнозирования

пародонтита, весьма актуальными. В современных концепциях патогенеза данного заболевания большое значение придается нарушениям защитных механизмов, прежде всего изменениям в иммунной системе [3], которая представляет многоуровневый механизм, включающий, в том числе и катионные антимикробные пептиды. К таким пептидам относятся дефензины, кателицидины и др. белки, являющиеся мультифункциональными молекулами, способными непосредственно уничтожать микроорганизмы, участвовать во врожденных и адаптивных иммунных реакциях, выполнять функцию сигнальных молекул, вовлекаемых в тканевую репарацию, воспаление и др. важные процессы в организме [1, 2].

Цель исследования. Изучение содержания антимикробных пептидов (дефензинов, кателицидинов) при пародонтите различной степени тяжести.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов с пародонтитом в возрасте от 25 до 40 лет. Обследуемые распределены на три группы: 1-ая (6 человек) - легкая степень, 2-ая (11 больных) - средняя, 3-я (9 пациентов) - тяжелая степень тяжести заболевания. У больных исследовали уровень гигиены полости рта по индексу Green–Vermillion (1964), оценивали наличие воспаления в десне при помощи пробы Шиллера-Писарева, тяжесть воспаления – по индексу PMA в модификации Parma (1960). При постановке диагноза использовали классификацию болезней пародонта по МКБ-10. Содержание кателицидина LL-37 и α-дефензинов 1-3 изучали методом твердофазного ИФА в сыворотке крови и в смешанной слюне больных. Контролем служили показатели 12 здоровых человек.

Все исследования у здоровых и больных людей выполнены с их информированного согласия и соответствовали этическим принципам, предъявляемым Хельсинской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1964, 2000 ред.), этических стандартов Комитета по экспериментам, стандартам проведения клинических исследований GCP (ГОСТ Р 52379-2005).

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Statistica 6.1., сравнение независимых выборок осуществляли по U-критерию Манна-Уитни.

Полученные результаты: в сыворотке крови у лиц 2-й группы уровень α-дефензинов 1-3 превышал контроль на 60,3% ($p=0.029$), у больных 3-ей – их содержание было ниже нормы на 77,9% ($p=0.02$). Кроме того, в 3-ей группе содержание кателицидина LL-37 было сниженным на 26,9% ($p=0.042$). Низкий уровень противомикробных пептидов в крови при тяжелой степени пародонтита согласуется с данными о том, что заболевание протекает на фоне имуннодефицита [3].

В смешанной слюне больных рост концентрации α-дефензинов 1-3 был прямо пропорциональный тяжести заболевания. В частности, у пациентов 2-ой группы она превышала контроль на 159,0% ($p=0.002$), а в 3-ей - на 305,6% ($p<0.001$). Повышение содержания дефензинов может быть связано с тем, что их источником являются не только клетки иммунной системы, но и эпителиоциты слизистой полости рта [1]. Значения каталицидина LL-37 при легкой степени снижались на 70% ($p=0.002$) от контроля, а при средней и тяжелой степени составляли от него 73,5% и 75,0%, что также может свидетельствовать о депрессии факторов иммунной защиты на локальном уровне.

Заключение. При средней степени тяжести пародонтита в крови наблюдается повышение концентрации противомикробных пептидов, а при тяжелой - снижение. В смешанной слюне увеличение α-дефензинов 1-3

пропорционально тяжести воспалительного процесса; концентрация каталицидина LL-37 низкая при легкой степени заболевания, с усилением тяжести возрастает, но остается ниже контрольных значений. Следовательно определение катионных антимикробных пептидов может служить прогностическим признаком, а также позволит оценивать тяжесть заболевания и результаты лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКСИОГРАФА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПОЛОСТИ РТА

Булычевае Е.А., Чикунов С.О., Ю. В. Алпатьева
Санкт-Петербургский государственный университет им. акад. И. П. Павлова

Резюме. Для достижения положительных результатов при протезировании полости рта необходимо использовать современные методы диагностики, чем является аксиограф. Прибор записи движений нижней челюсти аксиограф, который включает в себя все возможности записывающей системы, является точным быстрым и простым в применении. С его помощью получают данные о: суставном пути, типе жевания, особенностях движения челюсти вперед, взаимосвязи между положением головок нижней челюсти и окклюзионными контактами зубов.

Abstract. In order to attain positive results in dental prosthetics we have to use such modern methods of diagnostics as the axiograph. The axiograph is a mandibular movement recording system that combines all recording systems into one that is accurate, quick, and easy to use. It can be used to obtain such information as condyle movement pathways, chewing patterns, range of movement data, anterior guidance pathways, condyle positions related to tooth contacts.

Актуальность. Аксиография – это внеротовой графический метод регистрации траекторий различных перемещений нижней челюсти (НЧ) в трех взаимно перпендикулярных плоскостях.

Первичная основная цель аксиографии заключается в локализации истинной точки шарнирной оси с помощью осевых игольчатых указателей, которая является отправной (исходной) для вертикальных, сагиттальных и трансверзальных движений НЧ проводится установка шкал артикулятора для его индивидуальной настройки, а также качественная оценка кривых (форма, расположение, качество, симметричность траекторий движений НЧ и положение шарнирных осей), позволяющая дополнительно оценить функцию ВНЧС.

Обследовано 186 пациентов, которые были распределены на 2 группы: 1-я – контрольная, в составе которой включены практически здоровые люди (53 человека, из них 18 мужчин и 35 женщин в возрасте 20-30 лет), 2-я – основная (133 больных, из них 39 мужчин и 94 женщины в возрасте 20-39 лет). При этом у 96% пациентов основной группы были обнаружены различные парафункции жевательных мышц, о наличии которых многие пациенты до обследования не подозревали. Исключение составили больные с бруксизмом, о котором они узнали от окружающих или обнаруживали данную привычку сами.

При исследовании больных с дисфункцией ВНЧС мы использовали клинические (опрос, осмотр, пальпация, аускультация) и параклинические (компьютерная томография, электромиография, спектроаудиометрия) методы. Кроме них были применены методы психологической диагностики: опросники Айзенка, Спилберга – Ханина, Доскина.

При осмотре полости рта выявлено, что у пациентов основной группы (ортогнатический) прикус наблюдается у 84(63%), глубокое резцовое перекрытие – у 49(37%).

Число лиц с интактными зубными рядами составило 86(65%) человек, а отсутствием одного или двух зубов – 47(35%) пациентов.

У всех обследуемых контрольной группы имел место ортогнатический прикус при интактных зубных рядах.

Личностными особенностями у больных основной группы явились: высокий уровень нейротизма и тенденции к нему (у 87%); высокий уровень личностной тревожности (у 75%); плохое самочувствие, настроение и низкая активность (у 69%), что не обнаружено у лиц контрольной группы.

Графическое изучение движений НЧ у больных с дифункцией ВНЧС, осложненных парафункцией жевательных мышц, проводили с помощью механической аксиографии.

В результате анализа 53 аксиограмм у больных контрольной группы было выявлено, что определение истинной точки шарнирной оси не вызывает никаких сложностей. Истинная и произвольная шарнирные оси практически всегда совпадают, либо различаются не более чем на 1 мм. Формы всех траекторий движений НЧ вогнутые. Расположение кривых на протяжении первых 5-6 мм от истинной точки шарнирной оси сливались в одну линию. Все полученные кривые как справа, так и слева симметричные. Точки расположения шарнирных осей в центральном соотношении и привычной окклюзии отличаются не более чем на 0,5 мм.

В отличие от контрольной группы, у лиц основной группы (133 человека) определение истинной шарнирной оси вызывает определенные трудности. Кроме того, ни в одном случае не наблюдалось ее совпадения с точкой произвольной оси. Также отмечалось появление зубцов и зигзагообразных отклонений на кривых при различных перемещениях НЧ. При этом отсутствовала симметричность их расположения как с правой, так и с левой стороны. Было отмечено расхождение кривых, регистрируемых при выдвижении НЧ вперед и боковом смещении на протяжении первых 5-6 мм от истинной точки шарнирной оси. Причиной расхождения вышеуказанных траекторий явилось смещение суставного диска на нерабочей стороне.

В контрольной группе при измерении длины траекторий, записанных при выдвижении НЧ вперед, получены значения от 10 до 12 мм; траектории открывания рта - от 11 до 13 мм, а траектории явилось смещения- от 13 до 16 мм. У лиц основной группы мы наблюдали уменьшение, либо удлинение траектории движений НЧ. Уменьшение длины свидетельствует об ограничении подвижности суставов. Увеличение длины траекторий возникает в результате слабости или растяжения связочного аппарата, малой высоты или пологого ската суставного бугорка, небольшой глубины суставной ямки.

Для индивидуальной настройки артикулятора нами рассчитывались следующие параметры:

- угол наклона суставного пути справа и слева (с выбором вставки, определяющей различную степень кривизны суставного пути);

-угол Беннетта справа и слева (с выбором вставки с различной степенью кривизны данного угла).

Анализ результатов исследований, проведенных с помощью механической аксиографии, показал, что у лиц контрольной группы угол наклона суставного пути равен справа $45,5\pm2,7^{o}$ и $44,4\pm2,2^{o}$ слева; угол

Беннетта – 9,8±1,1 °, справа и 8,6±0,8 ° слева. В отличие от обследуемых контрольной группы, у лиц основной группы с дисфункцией ВНЧС, осложненной парафункцией жевательных мышц, до лечения наблюдается увеличение углов как сагиттального суставного пути (60,1±1,4 ° справа и 55,2±1,9 °слева), так и углов Беннетта (14,2±1,4 ° справа и 13,4±1,1 ° слева).

Это увеличение статистически достоверно только для углов сагиттальных суставных путей ($t=5,22$; $p<0,001$ справа и $t=3,25$; $p<0,01$ слева), что нельзя отметить для углов Беннетта ($t=1,89$;$p>0,05$ справа и $t=2,64$; $p<0,05$ слева). Однако, после проведения комплексного лечения результаты величин углов сагиттального суставных путей имели достоверное снижение ($t=6,48$; $p<0,001$ справа и $t=4,13$; $p<0,001$ слева) по сравнению с исходными величинами, чего нельзя отметить для углов Беннетта ($t=1,95$; $p>0,05$ справа и $t=1,96$; $p>0,05$ слева).

Заключение. Использование механической аксиографии при нарушениях функции ВНЧС позволило нам достаточно объективно проанализировать результаты проведенного комплексного лечения, оценивая как качественные, так и количественные характеристики траекторий движений НЧ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ КОМБИНИРОВАННОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ДЕВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 38% ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА, АКТИВИРУЕМОЙ ДИОДНЫМ ЛАЗЕРОМ, В СОЧЕТАНИИ С РЕСТАВРАЦИЕЙ СОВРЕМЕННЫМИ КОМПОЗИТНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

Бычкова М.Н., Мендоса Е.Ю., Щербакова А.В.
Московский государственный медико-стоматологический Университет им. А.И.Евдокимова, кафедра общей и эстетической стоматологии

Резюме. Восстановление цвета девитальных зубов, не прибегая к ортопедическим методикам, является непростой задачей. На кафедре общей и эстетической стоматологии МГМСУ для коррекции цвета девитальных зубов широко практикуется методика комбинированного отбеливания с использованием препарата 38% перекиси водорода, активируемого диодным лазером (1-2 процедуры), с последующим восстановлением дефектов и эстетики композитными материалами. Опыт применения комбинированного отбеливания девитальных зубов при помощи концентрированных препаратов перекиси водорода и диодного лазера с дальнейшим пломбированием зубов материалом светового отверждения, имеющим эффект диффузного рассеивания, показал, что сочетание этих методик позволяет улучшить цвет зубов без изготовления ортопедических виниров. Данный метод лечения является не только эффективным, но и щадящим. Этот метод применяется в условиях стоматологической клиники и может быть рекомендован для широкого применения.

Abstract. Color restoration non-vital teeth, without the prosthetic techniques is a challenge. The Department of General and Aesthetic Dentistry MSMSU for color correction is widely practiced non-vital teeth whitening technique combined with the use of the drug 38% hydrogen peroxide, activated by a diode laser (1-2 procedures), with subsequent restoration of defects and aesthetic composite materials. The experience of the combined non-vital teeth whitening with concentrated preparations of hydrogen peroxide and a diode laser with further fillings light-curing material that has the effect of diffuse dispersion showed that the combination of these techniques can improve the the color of teeth without orthopedic veneers. This treatment is not only

effective, but also gentle. This method is used in a dental clinic and can be recommended for widespread use.

Материалы и методы. Восстановление цвета девитальных зубов, не прибегая к ортопедическим методикам, является непростой задачей. В ряде работ описывается эффективность и безопасность различных препаратов, применяемых для отбеливания зубов, подвергшихся эндодонтическому лечению (Ф.Ю. Ильин, 2005; Н.И. Крихели, 2008). На данный момент важную роль в лечении дисколоритов играет внедрение в стоматологическую практику лазерных систем.

На кафедре общей и эстетической стоматологии МГМСУ для коррекции цвета девитальных зубов нами широко практикуется методика комбинированного отбеливания с использованием препарата 38% перекиси водорода, активируемого диодным лазером (1-2 процедуры), с последующим восстановлением дефектов и эстетики композитными материалами.

Комбинированное отбеливание – сочетание наружного нанесения препарата на вестибулярную поверхность зуба и внутреннего отбеливания, при котором препарат вносится в полость депульпированного зуба (Н.И. Крихели, 2008).

Этапы комбинированного отбеливания зубов:

1. Клиническое и рентгенологическое обследование.

2. Профессиональная гигиена полости рта за 2 недели до лечения.

Мотивация. Обучение индивидуальной гигиене и подбор средств.

3. Индивидуальная чистка зубов перед процедурой отбеливания.

4. Определение цвета зубов до отбеливания по шкале Vita .

5. Изоляция депульпированного зуба от слюны с помощью коффердама (или жидкого коффердама).

6. Препарирование доступа к корневому каналу с оральной поверхности девитального измененного в цвете зуба.

7. Герметизация устья канала светоотверждаемым стеклоиономерным цементом, толщина слоя 1.0 мм

8. Аппликация геля 38% перекиси водорода, толщина слоя 0,5 мм, на 10 минут на вестибулярную поверхность, и в подготовленную полость зуба.

9. Лазерная активация отбеливающего препарата по схеме: 15 секунд 4 раза с интервалом в 1 минуту.

Для активации геля использовали специальный наконечник к диодному лазеру. После чего препарат смывали водой и наносили новую порцию геля и повторяли данный этап еще раз.

10. Удаление геля и смывание остатков препарата водой в течение не менее 60 секунд.

11. Реминерализирующая терапия.

12. Рекомендации по особенностям диеты и уходу за полостью рта.

Цвет зубов определяли как до, так и после проведения процедуры отбеливания по модифицированной шкале Vita, что позволяло объективно оценить ее эффективность. Для достижения эффекта отбеливания проводилось 1-2 процедуры с интервалом в три дня. По окончании отбеливания остатки геля удалялись при помощи ватного тампона и смывались водой. Полость на небной поверхности зуба пломбировалась временным материалом (СИЦ). Вся процедура отбеливания вместе с подготовкой обычно занимала около 1 часа.

Технические параметры используемого лазера: длина волны 815 нм, постоянный режим работы, выходная мощность 10 Вт.

Рекомендации для пациентов:

- После процедуры 2 часа не есть и не пить;

- «Белая диета» в течение 2 недель - не использовать продукты, которые могут окрасить зубы: кофе, чай, красное вино, кетчуп, свеклу, морковь, черную смородину, чернику и т.д.;
- Отказаться от курения как минимум на 2 недели;
- Применять для полоскания полости рта 10% раствор глюконата кальция (по 5 мл или 10 мл) без разведения в течение 3-5 минут после чистки зубов (1 месяц).
- Использовать зубные пасты, содержащие кальций, фосфаты или гидроксиаппатит;
- Ограничить употребление красящих продуктов в последующем;
- Профилактический осмотр раз в полгода.

Повторный осмотр назначали через 3 дня. Проводили оценку изменения цвета, при необходимости процедуру отбеливания повторяли. Окончательный контроль цвета проводили спустя 3 недели после 1-й процедуры.

Далее определялись с дизайном и цветом предполагаемой реставрации, которая проводилась не ранее, чем на 21 день по окончании отбеливающих процедур. При выборе материала предпочтение отдавали универсальному композиту светового отверждения, тотально наполненному сферическим наполнителем с размером частиц 0,2 микрон (на 82% по массе), отличающемуся низкими показателями полимеризационной усадки (1.3% Об), обладающему великолепными прочностными и оптическими характеристиками. Материал представляет собой реставрационную систему из 13 эмалевых оттенков (по шкале Vita), имеет дополнительные эмалевые оттенки режущего края, шейки зуба и эмали отбеленных зубов, 4 опалесцентных оттенка, один из которых предназначен для восстановления отбеленных зубов, и универсальный опак. Данная реставрационная система была выбрана в первую очередь исходя из того, что оттенки материала обладают достаточно уникальным оптическим параметром – выраженным эффектом диффузного рассеивания проходящего через материал света, который обусловливает выраженный «хамелеон-эффект» оттенков при реставрации. Материал, при работе в полости, суммирует цвет подлежащих твердых тканей зуба, как бы добавляя его к собственному оттенку. Это практически всегда позволяет легко маскировать оптические переходы между восстанавливаемыми и собственными тканями зуба. Если же в отдаленные сроки после отбеливания при отсутствии поддерживающих процедур цвет тканей зуба немного изменится (потемнение в пределах 2-3 оттенков модифицированной шкалы Vita), реставрация останется эстетически состоятельной за счет описанного выше эффекта цветосложения. Также, работа с данным материалом облегчается тем, что визуальную оценку оптимальности выбранного оттенка можно выполнить при внесении порции в полость до полимеризации, так как после отсвечивания композит выглядит идентично неотвержденному. При лечении зубов с выраженными дисколоритами, если дисколорит не может быть устранен отбеливающей процедурой (например, изменения цвета, связанные с проведением резорцин-формалинового метода), тогда на этапе выполнения адаптивного слоя используются низкомодульные композиты опаковых или отбеленных оттенков в качестве маскировочных агентов.

Окончательное препарирование кариозной полости проводилось в соответствии с ее классом под контролем кариес маркера. По краям полости, в пределах половины толщины эмали, были сформированы скосы мелкоабразивным (желтая маркировка) алмазным бором (водное охлаждение обязательно!). Последующая обработка скоса проводилась тонким полировочным

диском. После изоляции применялась самопротравливающая адгезивная система 7-го поколения в соответствии с инструкцией производителя. В качестве адаптивного слоя использовался низкомодульный наногибридный композитный материал повышенной прочности (того же производителя), наполненный на 72% по массе сферическими частицами 0,4 микрон и 0,007 микрон, обладающий объемной усадкой 2,4 %, с выведением на зону скоса эмали, как рекомендовано производителем. Затем послойно в полость вносились и отверждались порции материала. В зону сквозного дефекта небно был внесен опак слоем в 1 мм для блокирования «темноты полости рта». Основной объем реставрации, включая контактные поверхности, выполнялся опалесцентным оттенком (визуально дающим эффект дентина, уже перекрытого эмалью), порциями в пределах 2мм. Эмалевый оттенок наносился только вестибулярно, в пределах режущей трети, соответственно выраженности зон повышенной прозрачности, моделируя поверхность в соответствии с анатомической принадлежностью восстанавливаемого зуба. Далее осуществляли контурирование, микромоделирование и полирование реставрации.

Заключение. Проведенные исследования показали, что комбинированное отбеливание девитальных зубов 38% перекисью водорода, активируемой диодным лазером, способствовало улучшению их цвета. Исходный цвет девитальных зубов пациентов по модифицированной шкале Vita был равен в среднем 12,9$\pm$1,03. После проведения комбинированного отбеливания с использованием данной методики зубы достоверно ($p<0,001$) отбелились на 6,2 оттенка до цвета 6,22$\pm$0,43. Эффективность отбеливания при этом составила 68,6% (А.В.Щербакова, 2010).

Наш опыт применения комбинированного отбеливания девитальных зубов при помощи концентрированных препаратов перекиси водорода и диодного лазера с дальнейшим пломбированием зубов материалом светового отверждения, имеющим эффект диффузного рассеивания, показал, что сочетание этих методик позволяет улучшить цвет зубов без изготовления ортопедических виниров. Данный метод лечения является не только эффективным, но и щадящим. Этот метод применяется в условиях стоматологической клиники и может быть рекомендован для широкого применения.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕКСИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИНГИВИТА (слепое контролируемое исследование)

Галочкина А.Б., Бруй Е.Д., Закарян А.В.
Тверской государственной медицинской академии

Резюме. В слепом контролируемом исследовании у 42 добровольцев-студентов был смоделирован экспериментальный гингивит. Ополаскиватель «Мексидол» в условиях отсутствия привычной механической гигиены в течение 7 дней в среднем на 35,8% уменьшал значение индекса гингивита, на 34,1% – индекса гигиены, а также на 30,8% – среднее значение амплитуд тестовых кривых pH Стефана и на 33,6% – карбамидных кривых pH ротовой жидкости, что говорит о снижении метаболической активности ротовой биопленки.

Abstract. In blind controllable research at 42 volunteers of students was simulated experimental gingivitis. Conditioner «Mexidol» in conditions of absence of habitual mechanical hygiene within 7 days on the average on 35,8 % reduced value of an index gingivitis, by 34,1 % – an index of hygiene, and also on 30,8 % – average value of

amplitudes of test Stephan's curves pH and on 33,6 % – carbamide curve pH an oral liquid that speaks about decrease of metabolic activity of an oral biofilm.

Актуальность. Оригинальный отечественный лекарственный препарат мексидол является мощным ингибитором процессов перекисного окисления липидов, нейтрализует свободные радикалы, активирует супероксиддисмутазу и глутадионпероксидазу. У стоматологических больных, по данным ряда авторов, препарат повышает резистентность тканей пародонта к воздействию гипоксии, ишемии, воспаления, интоксикации, нормализует метаболизм тканей пародонта, усиливает в них аэробный гликолиз, улучшает усвоение кислорода.

Когда по разным причинам обычная механическая гигиена полости рта затруднена или невозможна (травмы, послеоперационный период, психические и неврологические заболевания), из-за скопления зубного налета развивается воспалительная реакция десны (гингивит). Известные стоматологические антисептики способны быстро подавить образование зубного налета. Однако при этом они нарушают экологический баланс в полости рта и напрямую не влияют на патогенез воспалительной реакции. Мексидол мог бы явиться средством профилактики и лечения гингивита на его ранних стадиях. Однако независимых контролируемых исследований мексидола в этом направлении мы не обнаружили.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности ополаскивателя «Мексидол» при экспериментальном гингивите.

Материалы и методы. Исследование провели с участием 42 практически здоровых студентов-добровольцев академии в возрасте от 19 до 22 лет (16 юношей и 26 девушек). Все они были произвольно объединены в три группы: «А» – основная (22 добровольца), «В» – первая группа сравнения (10 добровольцев) и «С» – вторая группа сравнения (10 добровольцев). Исследование состояло из 2 этапов длительностью по 7 суток каждый.

На первом этапе исследуемые не чистили зубы и не проводили во рту никаких гигиенических мероприятий. К концу этого периода у них развивался экспериментальный катаральный гингивит. На втором этапе студенты группы «А» дважды в день использовали ротовые ванночки с ополаскивателем «Мексидол» в течение 3 минут без применения каких-либо гигиенических процедур. В это же время студенты из группы «В» возобновили привычные для них гигиенические процедуры в полости рта, а студенты группы «С» по-прежнему продолжали от них воздерживаться. Исследователи до конца 2-недельного периода не знали, к какой группе относится тот или иной доброволец (слепой метод). Таким образом, мы осуществили контроль действия ополаскивателя относительно привычных гигиенических процедур (группа «В») и их отсутствия (группа «С»), что важно для наиболее объективной оценки действия препарата в полости рта.

Обследование студентов проводили трижды: в начале исследования, а также в конце первого и второго этапов. При этом определяли индексы гигиены и гингивита, а также получали тестовые кривые pH ротовой жидкости после полоскания рта 15 мл 47% раствора сахарозы (кривая Стефана) и 8% раствора карбамида (карбамидная кривая, Румянцев В.А., 1999). Измерения pH сплевываемой ротовой жидкости проводили с интервалом в 5 мин. с помощью pH-метра «Jenco» (США) и стандартных стеклянных электродов в микрокювете объемом до 10 мкл. Тестовые кривые pH ротовой жидкости позволяют в условиях полости рта опосредованно оценивать метаболическую активность ацидогенной (кривая Стефана) и уреазопозитивной аммиак-продуцирующей (карбамидная кривая) микрофлоры.

Результаты исследования: анализ полученных результатов показал, что ополаскиватель «Мексидол», используемый без привычной механической гигиены полости рта при экспериментальном гингивите способен в течение 7 дней в среднем на 35,8% уменьшать значение индекса гингивита и, следовательно, выраженность воспалительной реакции в десне. При этом на 30,8% уменьшается среднее значение амплитуд тестовых кривых pH Стефана и на 33,6% - карбамидных кривых pH ротовой жидкости ($p<0,05$), что говорит о снижении метаболической активности ротовой биопленки. Количественную редукцию микрофлоры в полости рта подтверждает уменьшение в среднем на 34,1% гигиенического индекса.

Заключение. Сравнение полученных показателей с привычной механической гигиеной – чисткой зубов (группа «В») показало, что ополаскиватель обладает умеренной противомикробной и противовоспалительной активностью, вполне достаточной для проведения профилактики и лечения начальных стадий гингивита у тех пациентов, у которых по разным причинам затруднена или отсутствует привычная механическая гигиена полости рта. Такая профилактика наиболее оптимальна, поскольку не приводит к развитию дисбиоза в полости рта и способствует дальнейшему прогрессированию воспалительного процесса в тканях пародонта.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ СТРУКТУРЫ И СВОЙСТВ ИНТАКТНОЙ И ДЕМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭМАЛИ

Гилева О.С., Муравьева М.А., Свистков А.Л.

Резюме. В тезисах описываются экспериментальные исследования (invitro) микромеханических свойств интактной и деминерализованной эмали зуба методом сканирующей зондовой микроскопии (Nano-DST) и методом микроиндентирования (NanoTest-600).

Abstract. The aim of this study was to evaluate the structure and micromechanical properties of sound enamel and caries area of the human teeth by atomic force microscopy (Nano-DST) and nanoindentation (NanoTest-600).

Актуальность. Распространенность кариеса зубов у населения РФ не имеет четкой тенденции к снижению, сохраняется высокой частота его осложненных форм, что во многом связано с недостаточной профилактикой и ограниченным спектром методов атравматичного минимально инвазивного лечения кариеса на его ранних стадиях. В последние годы начинает набирать обороты экспериментальная стоматология, обосновываются прорывные направления в диагностике, лечении и профилактике кариеса, на основе междисциплинарных исследований структурно-функциональных характеристик интактной и пораженной эмали. Наиболее востребованным экспериментальным методом изучения морфоструктуры твердых тканей зуба (эмали, дентина) invitro является электронная микроскопия, основным принципом которой, является сканирование поверхности исследуемого образца посредством воздействия пучка энергии движущихся электронов (30-200 кэВ). Недостатком сканирующей электронной микроскопии является то, что метод не позволяет напрямую анализировать поверхность зуба, поскольку для непроводящих материалов требуется токопроводящее покрытие - золото или углерод в условиях вакуума (Пантелеев В., Егорова О., Клыкова Е.,2005; HoltingB., 2005). На сегодняшний день наиболее перспективным методом микроскопии, позволяющим получать

трехмерное изображение в атомном и нанометровом масштабе, является атомно-силовая (АСМ) или сканирующая зондовая микроскопия. АСМ позволяет исследовать структуру самых разных твердых материалов (эмаль, дентин зуба, кристаллы апатита в костных тканях), причем измерения можно проводить не только в вакууме, но и на воздухе и даже в капле жидкости (Морозов И.А., Свистков А.Л.,2011). Однако сканирующая зондовая микроскопия преимущественно используется для анализа рельефа поверхности зуба на наноуровне, для исследования ее суперфициальных структурных изменений. Для получения информации о механических свойствах эмали усилия зонда оказываются недостаточными для проникновения в ее глубокие слои. В связи с этимметод микроиндентировния является более перспективным для исследования свойств малых областей с размером несколько сотен нанометров.

Цель исследования. Исследование микромеханических свойств и топологических характеристик интактной и деминерализованной эмали зуба.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проведены на базе лаборатории микромеханики структурно-неоднородных сред института механики сплошных сред УроРАН. Материалом для исследования послужили «эмалевые окна» (интактных и с участками деминерализации) 10 образцов зубов (клыки) человека, удаленных по показаниям в ходе проведения комплексной санации полости рта на кафедре пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ПГМА им. ак. Е.А.ВагнераМинздравсоцразвития РФ. Исследования проведены на атомно-силовом микроскопе Nano-DST(подготовка и исследование биопрепарата в соответствии с рацпредложением №2449 от 13.10.2008); микромеханические свойства эмали изучены методом микроиндентирования на приборе NanoTest-600.

Заключение. Методом сканирующей зондовой микроскопии количественно проанализированы механические свойства и топологические характеристики поверхности интактных и деминерализованных участков зубов, построены топологические карты рельефа поверхности «здоровой» эмали и области, пораженной кариозным процессом. Для изучения рельефа поверхности использовался оригинальный картографический метод (Гилева О.С. и соавт.,2010). При исследовании поверхности участка интактной эмали отмечается однородность рельефа, с равномерным чередованием его «возвышенностей» и «низменностей». Среднее значение возвышенностей в исследуемой области равно 101 нм, среднеквадратичное – 129 нм. Среднее значение глубин равно 95 нм, среднеквадратичное -117нм. Анализ поверхности участка деминерализованной эмали указывал на неоднородность рельефа поверхности, границы визуализированных структур становились более извилистыми, происходило исчезновение «возвышенностей» с одновременным расширением и углублением низменностей (среднее значение равно- 548 нм, среднеквадратичное- 671нм), что свидетельствовало о разрушении поверхностного слоя эмали и объективизировало глубину ее деминерализации. На топологических картах рельефа деминерализованной поверхности эмалиобнаружено достоверно более значимое, чем в ее интактных зонах увеличение шероховатости и общее увеличение площади, приходящейся на впадины и низменности. Сравнение результатов индентированияинтактной эмали и участка деминерализации показало, что в кариозноизмененную область зонд проникает на существенно большую величину, при этом процесс разрушения эмали продолжается после остановки силового воздействия микрозонда следовательно глубина и время его проникновения в пораженную область существенно выше, чем в интактные

участки зуба. Междисциплинарные подходы к исследованию микроархитектоники и микромеханических свойств твердых тканей зуба позволяют количественно, на наноуровне проанализировать процессы инициации кариеса зубов, установить морфологические и механические признаки необратимой потери оригинальной структуры твердых тканей, создать теоритические предпосылки к проведению различных минимально инвазивных лечебно-профилактических воздействий (ремотерапия, применение герметиков, лайнеров, силанов, инфильтранта и др.).

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ПО ТЕХНОЛОГИИ ICON

Гилева О.С., Муравьева М.А., Пленкина Ю.А.

Резюме. В тезисах описывается новая технология лечения начального кариеса зубов методом кариесинфильтрации. Авторами проводится оценка эффективности лечения очаговой деминерализации эмали по методике Icon на критериальной основе в ближайшие (6мес.) и отдаленные (1,2 года) сроки наблюдения.

Abstract. This paper describes a novel approach to treat labial enamel white sports lesions microinvasively. The technique is based on the infiltration of enamel caries lesions with low-viscosity light-curing resins called infilrants.

Актуальность. Своевременное лечение кариеса в стадии пятна является актуальной проблемой современной профилактической и консервативной стоматологии. Кариес на ранних стадиях протекает бессимптомно, тогда как развившиеся формы заболевания, требуют иссечения значительного объема твердых тканей, что неблагоприятно влияет на макроархитектонику и биомеханику зуба в процессе функционирования зубо-челюстой системы. Кариозный процесс, в твердых тканях зуба развивается стадийно, постепенно поражая эмаль, дентин и пульпу, что, в основном, и определяет диапазон лечебно-профилактических мероприятий: малоинвазивных (ремотерапия, глубокое фторирование, воздушно-абразивное и ультразвуковое препарирование [Лазарева Е.В,2002, Чуев В.В.,2008]), оперативно-восстановительных, требующих иссечения значительного объема твердых тканей зуба. Принципиально новой миниинвазивной технологией лечения очаговой деминерализации эмали или кариеса в стадии белого пятна стала технология кариесинфильтрации полимерным материалом Icon (DMG),принцип действия которой основан на инфильтрации зоны деминерализованной эмали специальной смолой (инфильтрантом), проводимой после предварительного протравливания поверхностного, относительно высокоминерализованного, «псевдоинтактного» слоя эмали. В основе инфильтрации лежит способность легко-текучего полимера проникать в межкристаллические зоны эмали (поры) в участке поражения на всю ее глубину и, тем самым, укреплять, армировать деминерализованные ткани и структуру зуба, а также препятствовать дальнейшему прогрессированию заболевания. Клинические испытания, проведенные зарубежными исследователями (H.Meyer-Luckel, Stbastian, 2008, Phark J.H., Jang K., 2011) свидетельствуют о достоверном приостановлении активности кариозного процесса после успешной кариесинфильтрации.

Цель исследования. Оценить возможности технологии Icon-инфильтрации для лечения очаговой деминерализации эмали на этапах реабилитации после ортодонтического лечения.

Материалы и методы. Клинические исследования проводились на базе кафедры пропедевтики и физиотерапии ПГМА и стоматологической клиники «Стоматология Смайл» в период с 2009 по настоящее время. Лечение очаговой деминерализации эмали (ОДЭ) методомкариесинфильтрации проведено у 92 пациентов, с проявлениями вестибулярного кариеса-58 пациентов (124 зуба) и апроксимального кариеса- 34 пациента (38 зубов). Комплексная оценка результатов лечения ОДЭ с помощью технологии Icon проведена в динамике у 28 пациентов (17 мужчин и 11 женщин в возрасте от 15-32 лет), завершивших ортодонтическое лечение с использованием эджуайс-техники. Оценку эффективности лечения ОДЭ методом кариесинфильтрации проводили на критериальной основе, констатируя отличный, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный результаты в ближайшие (6 мес.) и отдаленные (1,2 года) сроки наблюдения. Обследование пациентов и последующее лечение методом кариесинфильтрации проводили поэтапно (подготовительный этап, этап кариесинфильтрации, этап оценки эффективности лечения). Комплексная оценка структурно-функционального и эстетического эффекта кариесинфильтрации ОДЭ в зоне улыбки проведена врачом стоматологом на основе объективных методов (планеметрия, компьютерный анализ[SoproLife, Acteon], люминесцентная диагностика [ОЛД-41;ViziLite,Zila-VIZILITE&REG], фотодокументирование [CannonEOS-500]) и по результатам субъективных заключений пациента, оценивающего преимущественно эстетический эффект кариесинфильтрации.

Заключение. Через 6 месяцев после проведенной кариесинфильтрации отличный результат лечения ОДЭ наблюдался в 42,9% случаев, причем чаще у женщин 25%, чем у мужчин- 17,9%. Хороший результат был выявлен в 32,1%, у мужчин-14,2%, у женщин-17,9%. Удовлетворенность от проведенного лечения продемострировали 14,3%, в большей степени женщины- 10,7%, чем мужчины-3,6%. Вместе с тем неуспех лечения выявлялся в 10,7% случаев, преимущественно у мужчин-7,1%, что может быть связано с неудовлетворительной гигиеной полости рта, в этих случаях было проведено оперативно-восстановительное лечение участков деминерализации. Через 12 месяцев после проведенного лечения отличный результат лечения ОДЭ наблюдался в 53,6% случаев (у женщин-32,1%, у мужчин- 21,5%). Хороший результат отмечали в большей степени у женщин-14,3%, чем у мужчин-10,7%. Удовлетворенность от лечения получили 10,7%, из них 3,6%- мужчины, 7,1%-женщины. Количество неудовлетворенных от лечения пациентов осталось неизменным. Через 24 месяца количество пациентов, получивших отличный результат, увеличилось до 64,3% (28,6%-мужчины, 35,7%- женщины). Хороший результат наблюдался в равной степени, как у мужчин-7,1%, так и у женщин-7,1%. Удовлетворены от лечения – 14,3%, в большей степени мужчины- 10,7%, чем женщины- 3,6%. Количество неудовлетворенных от лечения пациентов уменьшилось и составило- 7,2%, в равной степени у мужчин и у женщин. В целом результаты проведенных динамических исследований продемонстрировали успешность кариесинфильтрации, как в ближайшие, так и отдаленные сроки наблюдения. Успешность лечения должна быть оценена комплексно на основании современных заключений специалиста и пациента и дополнена объективными данными компьютерного, люминесцентного и планеметрического анализа.

ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО РАСТВОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Голубева Л.Н.
Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, зав. кафедрой д.м.н., проф. Каливраджиян Э.С.

Резюме. Статья посвящена профилактике осложнений, вызванных съемными пластиночными протезами при их неудовлетворительном гигиеническом состоянии. Для решения проблемы предлагается новый дезинфицирующий раствор, инициированный ионами серебра, а также содержащий в своем составе сукцинат хитозана и цетримид.

Abstract. Article is devoted to prophylaxis of the complications caused by demountable plate artificial limbs at their unsatisfactory hygienic condition. For a solution the new disinfectant solution initiated by ions of silver, and also a succinate containing in the structure chitosan and cetrimide is offered.

Актуальность. Наличие в полости рта съемных протезов с акриловыми базисами, на поверхности которых существуют микроскопические поры, недостаточный гигиенический уход за ними, способствуют проникновению ротовой жидкости в пластмассу базиса и образованию на его поверхности налета, содержащего углеводы, белки, клетки слущенного эпителия, лейкоциты и др. В результате этого в полости рта и на протезе, создаются благоприятные условия для появления микробного дисбаланса и жизнедеятельности грибов. Токсины, выделяемые микробами и грибами, вызывают хроническое воспаление слизистой оболочки, служат этиологическим фактором в развитии системных заболеваний. Например, безвредные в полости рта стрептококки часто выступают в роли возбудителей инфекционного эндокардита, артрита. Съемными протезами пользуются в основном лица пожилого и старческого возраста, со сниженной иммунобиологической реактивностью слизистой оболочки. Пользование протезами усугубляет это состояние и вызывает воспаление слизистой оболочки рта и другие осложнения. Для уничтожения микроорганизмов, проникающих в базис протеза, недостаточно простых гигиенических мероприятий, здесь требуется применение дезинфицирующих растворов. Общеизвестно, что существующие дезинфицирующие средства отвечают не всем предъявляемым к ним требованиям.

Цель исследования. Разработка нового состава для дезинфекции съемных протезов, обладающего широким спектром антимикробной и фунгицидной активности, которая проявляется в небольших концентрациях и при этом остающегося доступным по стоимости больным из малоимущих социальных слоев.

В результате исследований была разработана новая рецептура и изучен раствор для очистки и дезинфекциисъемных протезов, инициированный ионами серебра, содержащий в своём составе цетримид и сукцинат хитозана, изучены его антимикробные, токсикологические свойства, предложена технология изготовления раствора для очистки и дезинфекции съемных протезов. Ниже приведены результаты экспериментально-клинических исследований заявленного чистящего и дезинфицирующего раствора.

Материалы и методы. Для клинического изучения эффективности дезинфекции и очистки протезов исследовали 60 протезов у 34 человек. Индекс чистоты протезов при первом посещении составлял 3,0-5,5 (по Улитовскому-

Леонтьеву, 2008г.), т.е. удовлетворительный, плохой или очень плохой уровень чистоты съемных протезов. Лабораторные исследования включали: изучение антимикробных свойств растворов для дезинфекции съемных протезов со сроком наблюдения больных 60 дней. Также проведено изучение коррозионных свойств раствора на металлические включенияи влияние его на изменение цвета пластмассы.

Токсикометрическую оценку состава проводили в остром, подостром и хроническом опытах на лабораторных животных (белые крысы, белые мыши). В опыт были взяты по 25 голов белых мышей с массой тела 18-20 г и белых крыс с массой тела 180-200 г., которые формировали в группы по принципу парных аналогов.

Полученные результаты: При исследовании заявленного состава отмечалась положительная динамика снижения бактериальной обсемененности поверхности съёмных протезов, наблюдалосьизменение качества очищения съемных протезов от 20,0% в первые 7 дней наблюдения (очень низкая эффективность очищения съемных протезов), до 90,0-100,0% (высокая эффективность очищения съемных зубных протезов) через 45 дней наблюдения, а индексчистоты протезов на 45-й день наблюдения составлял 1,0 – 2,5 по Улитовскому-Леонтьеву (высокий и хороший уровень чистоты протезов).

Проведенные токсикологические исследования показали, что исследуемый состав является малотоксичным химическим веществом - 4 класса токсичности, не обладает аллергенными, эмбриотоксическими, тератогенными, кожно-резорбтивными свойствами.

Заключение. На основании лабораторных и клинических наблюдений можно сделать вывод, что предложенное гигиеническое средство для дезинфекции и очистки съемных протезов, обладает стопроцентной антимикробной, фунгицидной активностью, при непродолжительной экспозиции – 30 мин, хорошо удаляет мягкий зубной налет, не изменяет цвет пластмассы и не приводит к коррозии металлических включений съемных протезов.

ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНЫМ ВОЗРАСТНЫМ АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ НА ФОНЕ АНДРОГЕНЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Домбровская Ю.А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Лечение хронического генерализованного пародонтита у мужчин старших возрастных групп с частичным возрастным андрогенным дефицитом на фоне используемой андрогензаместительной терапии даёт более выраженный клинический эффект.

Abstract. Treatment of chronic generalized periodontitis in men of older age groups with partial androgen deficiency in the background used androgen therapy offers a more pronounced clinical effect.

Актуальность. Лечение хронического генерализованного пародонтита является актуальной проблемой современной стоматологии. Применение заместительной гормональной терапии является патогенетическим обоснованным методом лечения климактерических расстройств, способствующих торможению процессов резорбции в костной ткани и уменьшению выраженности патологических изменений в тканях пародонта.

Цель исследования. Выявить роль андрогензаместительной терапии при лечении хронического генерализованного пародонтита у мужчин старших возрастных групп.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 25 пациентов мужского пола старше 40 лет с хроническим генерализованным пародонтитом разной степени тяжести и частичным возрастным андрогенным дефицитом, которые были разделены на основную (10 человек) и контрольную (15 человек) группы. В обеих группах было произведено лечение хронического генерализованного пародонтита по стандартной методике, в основной группе пациенты получали андрогензаместительную терапию, назначенную врачом урологом в индивидуальной дозировке препарата тестостерона в виде геля. Препарат тестостерона назначался однократно, утром. Проведены - опрос, осмотр, сбор анамнеза, определение основных показателей пародонтального статуса: индекс Muehlemann (1971) в модификации Cowell I.(1975), индекс РМА в модификации Parma 1960, индекс зубной бляшки (PI) Silness J., Loe H, определения подвижности зубов в модификации Fleszar T.J. et al., (1980)). Рентгенологические методы исследования (ортопантомограмма, визиография).

Полученные результаты: у всех пациентов старших возрастных групп выявлена полиморбидность и частичный возрастной андрогенный дефицит, патогенетическим лечением которого, является повышение содержания андрогенов в сыворотке крови [Домбровская Ю.А. с соавт 2008]. В полости рта пациентов были диагностированы – кариозное и некариозные поражения зубов, патологическую стираемость зубов, гиперестезию твердых тканей зубов, хронический генерализованный пародонтит разной степени тяжести в 100%. Санация полости рта требовалась в 100% случаев; частичная вторичная адентия наблюдалась у 100% пациентов. Над - и поддесневые зубные отложения были обнаружены у 100% больных, что совпадает с ранее полученными данными [Лисуренко А.В. 2002]. У лиц старших возрастных групп наиболее часто встречающимися признаками поражения тканей пародонта было наличие глубоких (4 и более мм) пародонтальных карманов на фоне массивных зубных отложений, в то время как в более старших возрастных группах к ним присоединялась II-III степень подвижности зубов. Рентгенологически при генерализованном пародонтите определялась деструкция кортикальной пластинки, снижение высоты межальвеолярных перегородок разной степени, очаги пятнистого остеопороза.

В исследовании [Домбровской Ю.А. с соавт. 2007 г.] и [Печерской О.В.. с соавт. 2007 г.] была выявлена экспрессия андрогеновых рецепторов в пульпе зубов и слизистой полости рта у пациентов с частичным возрастным андрогенным дефицитом по сравнению с пациентами с нормальным уровнем тестостерона. Наличие рецепторов к стероидным гормонам и инсулину в слизистой оболочке полости рта и пульпе дает возможность лекарственного воздействиям на них, с целью стабилизации процесса у больных с сочетанной патологией [Домбровская Ю.А. 2011 г.]. Дефицит тестостерона влияет на сосудистую стенку, вызывая атрофию и фиброзные изменения слизистой оболочки и тканей пародонта и пульпы зубов, что является определяющим в развитии воспалительных и дисциркуляторных изменений. У 100% пациентов обеих групп кровоточивость при зондировании возникала сразу после проведения кончиком зонда по стенке патологического зубодесневого кармана, в основной группе произошло улучшение значения индекса Мюллемана в 1,2 раза выше по сравнению с контрольной. Интенсивность и распространенность воспалительного процесса в

тканях пародонта, определенного с помощью индекса РМА, были значительно выражены, в результате лечения произошло улучшение индекса в основной группе по сравнению с контрольной в 1,2 раза. После проведенного лечения произошло снижение степени подвижности зубов, ни одного случая самопроизвольного выпадения зубов не наблюдалось.

Заключение. Назначение заместительной терапии препаратом тестостерона мужчинам старших возрастных групп с частичным возрастным андрогенным дефицитом и хроническим генерализованным пародонтитом является патогенетическим в лечении вышеуказанных заболеваний и способствует уменьшению прогрессирования ряда осложнений, обусловленных развитием инсулинрезистентности.

КАЧЕСТВО И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ КОМПОЗИТНЫМИ ВКЛАДКАМИ.

Дутова А.О., Брянская М.Н., Шаповалов А.Г.
ЧГМА

Резюме. В работе затрагивается проблема качественной и эффективной реставрации зубов. Производится оценка метода реставрации зубов композитными вкладками путем изучения межокклюзионных взаимоотношений и состояния жевательной мускулатуры с использованием электромиографии. Ключевые слова: композитные вкладки, электромиография, окклюзионные контакты.

Abstract. In the work touches upon the problem of qualitative and effective restoration of teeth. An assessment is made of the method of restoration of teeth composite inlays by studying interocclusal relations and the status of the with the masticatory musculature with the use of electromyography. Keywords: composition inlays, restoration, electromyography, interocclusal relations.

Актуальность. В современной стоматологии актуальна проблема качественного и эффективного восстановления анатомической и функциональной целостности зуба. Оптимально смоделированные окклюзионные контакты позволяют усилить реставрацию, противостоять нагрузкам, предупредить осложнения, достичь нейромышечного баланса. Возникает необходимость решения вопроса достижения «гармонии» эстетики и функции реставрированных зубов в условиях индивидуального клинического случая.

Цель исследования. Повысить качество восстановления окклюзионной поверхности реставрированных зубов.

Материалы и методы. Проведена реставрация 20 моляров прямой и непрямой методиками светоотверждаемым композитом Gradia пациентам 30-35 лет со схожей клинической ситуацией. Непрямую реставрацию проводили в 2 этапа. Клинический этап включал подготовку полости под композитную вкладку, снятие оттисков. На лабораторном этапе отливали модели и устанавливали в артикуляторе с помощью лицевой дуги. В полость под вкладку послойно вносили композиционный материал, используя различные оттенки. Моделируя жевательную поверхность, выверяли окклюзионные контакты, воспроизводя движения нижней челюсти. Готовую композитную вкладку полимеризовали по 40 сек с каждой поверхности и под воздействием температуры 100 ºС 5 минут, затем полировали, а внутреннюю поверхность обрабатывали в пескоструйной установке. Во второе посещение припасовывали и фиксировали вкладку на цемент двойного отверждения (Relux), проверяли окклюзионное соотношение и

проводили окончательную полировку. Для оценки качества восстановления окклюзионных контактов анализировали окклюдограммы до реставрации и после с определением количественного индекса по методике Н.Н. Аболмасова и соавт. (2002) по формуле:

$$\textit{Индекс ОКГ} = \frac{\sum \text{баллов} \times 100\%}{3 \times 14}.$$

Для определения изменения функционального состояния жевательных и височных мышц до и после реставрации использовали метод интерференционной электромиографии. Исследовали жевательные и височные мышцы на обеих сторонах. Для осуществления количественного анализа показателей активности исследуемых мышц использовали индекс ассиметрии одноименных мышц, предложенный Ferrario и др. (1993). Для каждой мышцы определяли среднее значение амплитуды колебаний, выраженное в мкВ. Искомый индекс рассчитывался по следующим формулам:ASMM = (MMR - MML) / (MMR + MML) %;ASTA = (TAR - TAL) / (TAR + TAL) %; где: MMR, MML, TAR, TAL – средние амплитуды колебаний исследуемых мышц. Показатель асимметрии может находиться в интервале от –100% до +100%, при этом отрицательный знак обозначает доминирование активности мышцы левой стороны, положительный – правой. По данным Ferrario и др. (1993), значения этого индекса у взрослых здоровых людей составляют 9.39±7.43%.

Результаты исследования: значения индексов окклюдограмм до лечения у пациентов варьировали в пределах 78-82% и достоверно не отличались ($p>0,05$). При оптимальной физиологической величине индекса ОКГ равной 100%, меньшие значения исходных показателей индекса свидетельствовали о неравномерном распределении жевательной нагрузки. Реставрация окклюзионных поверхностей прямым методом незначительно изменила значения индекса ОКГ в пределах 5%. Непрямой метод позволил достичь более высоких показателей индекса ОКГ, увеличив до 90%. Возможной причиной послужило следующее: при анализе структур жевательной поверхности выделяют морфологию первичную (младенческую) и вторичную (абразивный рисунок), которая формируется в результате непрерывного контакта зубных рядов при совершении различных функциональных движений. При прямом методе реставрации происходит копирование первичной морфологии. Поэтому процесс коррекции окклюзионных контактов становится сложным. Если реставрируются сразу несколько зубов неизбежно чрезмерное пришлифовывание реставраций, что в конечном результате приводит к неполноценному восстановлению окклюзионного соотношения. При изготовлении вкладки моделирование будущей реставрации осуществляется с помощью артикулятора, который позволяет с высокой точностью скопировать вторичную морфологию и приблизиться к индивидуальному окклюзионному соотношению. Значения индексов асимметрии до лечения у пациентов варьировали в пределах 25–30 % и достоверно не отличались ($P>95\%$). При оптимальной физиологической величине индекса ассиметрии равной 9.39±7.43%, большие значения исходных показателей индекса свидетельствовали о нейромышечном дисбалансе. Реставрация окклюзионных поверхностей прямым методом незначительно изменила значения индекса асимметрии в пределах 10–15% ($P<95\%$). Непрямой метод позволил достичь оптимальной физиологической величины индекса ассиметрии, уменьшив показатели на 20–25% .

Заключение. 1) Непрямой метод реставрации имеет преимущества, которые проявляются в сокращении продолжительности приема пациента, а также

времени для устранения преждевременных контактов. 2) Непрямой метод реставрации позволяет более точно восстановить межокклюзионное взаимоотношение. 3) Правильные окклюзионные контакты позволяют достичь нейромышечного баланса и устранить патологическое напряжение в мышцах.

АНАЛИЗ ОШИБОК ВЫЯВЛЕННЫХ НА ЭТАПАХ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПОД ЦЕЛЬНОЛИТЫЕ НЕСЪЕМНЫЕ КОНСТРУКЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

К.А.Дятленко, Е.О.Гомзина.
Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
Научный руководитель – доцент Т.В. Колесова

Резюме. Владение техникой препарирования зубов, ошибки на этапах изготовления цельнолитых конструкций зависят от опыта стоматолога и его мануальных навыков.

Abstract. The problem of improvement of manual skills to address the permanent training of students and dentists, starting with work on phantoms, continuing to study them at the clinical profile of disciplines, improving the quality of preparation in clinical internship. The improvement of manual skills must be realized by regular training of students and dentists by working on phantoms.

Цель исследования. Совершенствование мануальных навыков одонтопрепарирования у студентов и врачей-интернов стоматологического факультета.

Материалы и методы. Проведена одонтометрия 187 культей зубов, препарированных под цельнолитые коронки. 1 группа – 47 культей на фантомных моделях студентов 2 курса: 25 - культей моляров и 22 - премоляров. 2 группа – 74 культи на фантомах в фантомном центре ВолгГМУ студентов 3-5 курсов: 24 культи моляров , 19 премоляров , 31 культя фронтальных зубов. 3 группа – 66 культей на гипсовых моделях врачей-интернов:12 культей моляров, 22 премоляра ,32 фрональных зуба. Параметры измерений – высота культи, конусность культи, ширина уступа. Одонтометрию проводили с помощью микрометра, нониус которого равен 0,1 мм. Расчет величины конусности проводили с помощью математических преобразований.

Результаты: анализ полученных данных позволил выявить ряд ошибок препарирования зубов под цельнолитые конструкции.

Изучение конусности культей показало, что в 1 группе из 22 премоляров у 11 зубов (50%) наблюдалась нулевая конусность, 1 культя имела обратную конусность, конусность менее 3° составила 13,6%. Анализ конусности моляров этой же группы показал излишнюю конусность более 12° у 2 культей (8%), нулевая конусность определялась у 6 культей(24%), обратную конусность имела 1 культя (4%), конусность менее 3° составила 8%. Во 2-ой исследуемой группе в боковой отделе зубов конусность менее 3° составила 2,3%, во фронтальном отделе - 9,6%. Излишняя конусность более 12° наблюдалась у моляров в 4,2% случаев, у премоляров – 5,3%, у фрональных зубов – 3,2%. В 3-й исследуемой группе степень конвергенции боковых стенок культей зубов в боковом отделе менее 3° составила 20,4%, во фронтальном отделе - 46,8%. Конусность более 12° наблюдалась у премоляров в 4,5%, у фрональных зубов - 6,2%.

Анализ высоты культей зубов позволил установить, что в среднем высота составила в 1 группе у моляров – 4,6 ±1,08 мм, у премоляров – 5,3 ±1,04 мм, во 2-

ой группе у моляров – 5,3 ± 0,87 мм, у премоляров – 5,5 ± 1,21 мм, у резцов и клыков – 5,9 ± 0,54 мм. В 3-й группе показатели высоты варьировали в широких пределах. Высота культей менее 4 мм в области моляров составила 33,4%, в области премоляров -9,1%, в области фронтальных зубов – 6,3%.

По данным измерений ширина уступа соответствовала указанной величине только у моляров 1 группы (1,2±0,53) и 3 группы (1,08±0,28), что составило 13,4% и 6,4% соответственно от общего количества культей.

Заключение. Особенность и специфичность нашей профессии такова, что многие процедуры, манипуляции необходимо отработать на моделях, специальных фантомах, что позволит более успешно начать работу непосредственно в клинике, с пациентами. Проблему совершенствования мануальных навыков следует решать постоянным тренингом студентов-стоматологов, начиная с работы на фантомах, продолжая изучать их на клинических профильных дисциплинах, повышая качество препарирования в клинической интернатуре, ординатуре.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ НОСОВЫМ ДЫХАНИЕМ

Евдокимова Н.А., Попов С.А.
Северо-Западный государственный медицинский Университет им. И. И. Мечникова

Резюме. Проводилась оценка структур челюстно-лицевой области у детей с нарушенным носовым дыханием. Выявлено преобладание дистальной окклюзии зубных рядов у детей с аденоидами. Обоснована необходимость междисциплинарного взаимодействия ортодонта и оториноларинголога с целью своевременной профилактики зубочелюстных аномалий у детей.

Abstract. Structures of maxillofacial region in children with impaired nasal breathing was obtained. Revealed the prevalence of Class II malocclusion in children with adenoids. The necessity of interdisciplinary communication of orthodontist and ENT specialist for timely prevention of dentofacial anomalies in children was substantiated.

Актуальность проблемы. Более ста лет продолжаются научные споры о влиянии механизма ротового дыхания на рост и развитие лицевого отдела черепа. Длительное отсутствие носового дыхания у ребенка сопровождается нарушением взаимодействия мышц языка, щек и губ. Одним из факторов, способствующих этим нарушениям, является гиперплазия носоглоточной миндалины, блокирующая задние отделы носа и носоглотку и затрудняющая носовое дыхание. Длительное его отсутствие влияет на развитие зубочелюстного аппарата у детей, обуславливая формирование аномалий окклюзии зубных рядов в виде удлинения нижней трети лица, нарушения смыкания губ, лабиального смещения резцов верхней челюсти, V-образного сужения верхнечелюстной зубной дуги. Достижения современной ортодонтии с высокой эффективностью позволяют устранять зубочелюстные аномалии у детей. Несмотря на это, частота рецидивов аномалий прикуса продолжает оставаться высокой. Одной из причин развития у них рецидива аномалий окклюзии зубных рядов является своевременно не устраненное нарушение функции носового дыхания.

Другой причиной развивающихся осложнений оказывается сохраняющийся после оперативного устранения препятствий, затрудняющих носовое дыхание,

рефлекторно сформировавшийся ротовой стереотип дыхания. Оба эти обстоятельства являются свидетельством отсутствия междисциплинарного взаимодействия между ортодонтом и оториноларингологом и определяют актуальность обсуждаемой проблемы.

Таким образом, вопрос тактики ведения пациентов с зубочелюстными аномалиями на фоне нарушенного носового дыхания, обусловленного аденоидами, требует создания алгоритма комплексного решения данной проблемы с участием не только оториноларинголога, но и ортодонта.

Цель исследования. Совершенствование методов диагностики, профилактики и лечения зубочелюстных аномалий у детей с аденоидами.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели в работе использованы клинические, рентгенологические, морфометрические методы исследования. Данные о проведенных методах исследования представлены на слайде. Для оценки состояния ЛОР – органов пациентам 1 и 2-й групп проводилось комплексное клинико-эндоскопическое обследование, включающее переднюю риноскопию, заднюю риноскопию, эндоскопию, боковую телерентгенографию (при необходимости). Для достижения поставленной цели использованы клинические, рентгенологические, морфометрические методы исследования. Данные о проведенных методах исследования представлены на слайде.

Заключение. В результате исследования установлено, что: проведение раннего ортодонтического лечения с применением съемной миофункциональной аппаратуры способствует увеличению объема верхних дыхательных путей, нормализуя воздухопроводимость носовых ходов, и исключает ротовой стереотип дыхания; междисциплинарное взаимодействие ортодонта и оториноларинголога играет ключевую роль в комплексной реабилитации детей с зубочелюстными аномалиями и нарушенной функцией носового дыхания, обусловленной аденоидами.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Елизарова В.М., Горелов А.В., Юрченко Н. В.
Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра детской терапевтической стоматологии

Резюме. Целью является изучение степени тяжести патологических процессов в полости рта у детей с периодической болезнью (ПБ), определить распространенность заболеваний пародонта среди пациентов с ПБ. Основываюсь на полученных результатах можно сделать заключение о том, что у детей с ПБ, при большой распространенности заболеваний пародонта, отмечается и большая степень интенсивности воспалительной реакции, выраженность клинических проявлений, тяжесть, склонность к хронизации воспалительного процесса.

Abstract. The aim is to study the severity of pathological processes in the oral cavity in children with Periodic disease, or Familial Mediterranean fever (FMF), to determine the prevalence of periodontal disease in patients with FMF. Based on the obtained data we suppose that in children with FMF at a higher, compared with the group of healthy children, the prevalence of periodontal disease, there is a greater degree and intensity of the inflammatory response, the severity of clinical symptoms, severity, susceptibility to chronic inflammation .

Актуальность. Периодическая болезнь, или средиземноморская лихорадка – наследственное аутосомно-рециссивное заболевание, вызванное мутацией в гене, расположенном на коротком плече хромосомы 16, проявляется спонтанными стереотипными приступами лихорадки и возвратных асептических серозитов, распространённое среди представителей древних народов средиземноморского бассейна (у представителей армянской, еврейской, арабской национальностей). На актуальность изучения периодической болезни в разных аспектах указывает тот факт, что последние годы наблюдается рост заболеваемости и учащение регистрации ПБ по всему миру, в том числе далеко за пределами средиземноморского региона, за счет широкомасштабной миграции населения, демографических переселений, увеличения числа смешанных браков и иных факторов.

Цель исследования. Изучение степени тяжести патологических процессов в полости рта у детей с периодической болезнью, определить распространенность заболеваний пародонта среди пациентов с семейной средиземноморской лихорадкой. Вопрос о том, отличается ли состояние тканей пародонта у детей при ПБ от пародонтологического статуса у практически здоровых детей, был поднят нами в настоящем исследовании.

Материалы и методы. В основную группу вошли 46 детей, больных семейной средиземноморской лихорадкой в возрасте от 5 до 14 лет: 29 мальчиков (63%) и 17 девочек (37%). Дети были разделены на три возрастных группы: от 4 до 6 лет, от 7 до 10, от 11 до 14. Проводилось также исследование стоматологического статуса в группе пациентов без выявленной соматической патологии - 28 чел (ГС). Оценивались следующие показатели: распространённость заболеваний пародонта, степень тяжести и интенсивности воспалительной реакции в тканях пародонта по индексу PMA, индексу гингивита GI, индекса оценки состояния пародонта PDI.

Результаты. У пациентов с ПБ установлена высокая распространенность заболеваний пародонта (ПБ=93%, ГС=61%). При сравнении относительных частот между пациентами с ПБ и практически здоровыми детьми обнаружено, что распространенность оказывается достоверно ниже: ПБ /ГС (p=0,2).

Существенные изменения выявились при анализе данных, свидетельствующих об интенсивности воспалительной реакции тканей пародонта и степени ее тяжести, изучаемой по индексу PMA. Высокие значения индекса PMA были выявлены у всех детей с ПБ (36,8±2,5). Все полученные значения индекса в группе с ПБ, соответствовали хроническому катаральному гингивиту средней степени тяжести. Полученные данные свидетельствуют о более выраженной степени воспалительного процесса, нежели у практически здоровых детей, где индекс PMA составил 23,5±2,2 - легкая степень хронического катарального гингивита.

Для определения локализации и тяжести гингивита в нашем клиническом исследовании применялся индекс гингивита GI значение данного индекса установлено в группе детей с ПБ (1,59±0,1) соответствуют гингивиту средней степени тяжести. В группе практически здоровых детей значение индекса значимо отличалось от группы детей с ПБ. Индекс гингивита GI в группе сравнения составил 0,73±0,1, что соответствовало гингивиту легкой степени тяжести.

Также для оценки состояния тканей пародонта нами был использован индекс оценки состояния пародонта PDI. Он позволяет помимо этиологических факторов (налет и зубной камень) регистрировать признаки болезней пародонта

(воспаление тканей, кровоточивость). Значение индекса в группе с ПБ составляет 1,79±0,2. В группе практически здоровых детей значение этого индекса значимо ниже (0,74±0,1) .

Заключение.

1. Проведен сравнительный анализ значений нескольких пародонтологических индексов CPITN, PMA, индекса гингивита GI, индекса оценки состояния пародонта PDI (индекса гингивита). Полученные данные свидетельствуют о том, что у детей с ПБ, при большей, в сравнении с группой практически здоровых детей, распространенностью заболеваний пародонта, отмечается и большая степень интенсивности воспалительной реакции, выраженность клинических проявлений, тяжесть, склонность к хронизации воспалительного процесса.

2. Диспансеризация с детского возраста предусматривает раннее выявление начальных стадий патологии пародонта, активное систематическое лечение и наблюдение за состоянием тканей пародонта. Задачами обследования пациента являются оценка общего состояния организма, клиническая характеристика пародонта, выявление этиологических и патогенетических факторов (общих и местных), определение формы, стадии и характера течения болезни. Первичная профилактика заболеваний пародонта призвана сохранять ненарушенное здоровье тканей пародонта, не допускать воздействия на них факторов природной и социальной среды, способных вызвать патологические изменения в пародонте. Вторичная профилактика нацелена на раннее выявление заболеваний пародонта, предупреждение прогрессирования заболевания и возможных его осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЛИЦА

Имбряков К.В.
Кировская государственная медицинская академия,
научный руководитель: д.м.н., профессор Никольский В.Ю.

Резюме. На основании изучения архивных материалов – историй болезни 6916 больных отделений челюстно-лицевой хирургии клиники СамГМУ и КОКБ за 3 года с 2008 по 2010 г. включительно изучены варианты стационарного лечения 429 больных с фурункулами и карбункулами лица. Исходя из полученных данных, авторы рекомендуют раннюю госпитализацию в специализированные отделения ЧЛХ, адекватно активную хирургическую тактику и комплексное медикаментозное лечение.

Abstract. On the basis of studied archaic materials – 6916 patients' medical histories of the maxilla-facial surgery department of 2 hospitals: Samara State Medical University and Kirov Regional Clinical Hospital during 3 years 2008-2010 variants of inpatient care in 429 facial furuncle and carbuncle cases were studied. On the assumption of the data, authors strongly recommend early patient's hospitalization to special maxilla-facial surgery departments, adequately active surgical approach and complex medical treatment.

Актуальность. Фурункулы и карбункулы – одна из наиболее часто встречающихся форм гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области неодонтогенного генеза. Количество больных, поступающих в челюстно-лицевые стационары с этой нозологией, остается постоянно высоким.

Цель исследования. Обосновать выбор тактики лечения больных с фурункулами и карбункулами лица.

Материалы и методы исследования. Изучены истории болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии клиники Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ) и Кировской областной клинической больницы (КОКБ) с 2008 по 2010 год. Использовались статистические и клинические методы исследования.

Полученные результаты. Изучены истории болезни 6916 больных отделений челюстно-лицевой хирургии клиники СамГМУ и КОКБ за 3 года (период с 2008 по 2010 годы включительно). Установлено, что на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии клиники СамГМУ находилось 304 больных с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области, что составило 7,5% от всех поступивших на лечение. За этот же период времени в отделении ЧЛХ КОКБ – 125 больных с фурункулами и карбункулами лица (4,4%).

С 2008 по 2010 г. находились на стационарном лечении в клинике СамГМУ и в КОКБ больные с сопутствующей патологией: бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, эпилепсия, гепатит В, гепатит С, ВИЧ-инфекция и т. д.– 25 (8,2%) и 11 (8,8%) пациентов соответственно.

В отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии клиник СамГМУ поступило 8 (2,6%) больных с фурункулом лица в стадии инфильтрации. Консервативные методы лечения были эффективны в 4-х случаях. 1 пациент был прооперирован на следующий день после госпитализации, 1 – спустя 2 дня и 2 – через 3-е суток. Большинство больных поступали с фурункулами в стадии абсцедирования.

За период с 2008 по 2010 г. в отделение челюстно-лицевой хирургии КОКБ 6 больных были госпитализированы в стационар с указанием стадии развития фурункула, 2 – с диагнозом абсцедирующий карбункул, 1пациент – с фурункулезом нижнего отдела лица. В 116 историях болезни было указано только заболевание – фурункул или карбункул, и локализация воспалительного процесса. Больным с фурункулом и карбункулом в стадии абсцедирования в день поступления в клинику СамГМУ проводилась операция вскрытие абсцесса под местным обезболиванием. Во время операции удалялся гнойно-некротический стержень, рана обрабатывалась водными растворами антисептиков, образовавшуюся полость дренировали одной резиновой полоской, накладывали асептическую повязку. В послеоперационном периоде – ежедневные перевязки. Всем больным проводилось медикаментозное лечение (антибактериальная терапия, антигистаминные препараты, обезболивающие средства, в 2010 году назначали антикоагулянты). Физиолечение и лечебную гимнастику получали менее 12% пациентов от всех поступивших больных с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области. В отделении ЧЛХ КОКБ выявлена иная тактика лечения больных с фурункулами и карбункулами лица. Большинству больных назначали комплексное медикаментозное лечение, с первого дня госпитализации назначалось физиолечение, а также местное лечение, которое заключалось в наложении повязок с раствором димексида. При таком лечении

гнойно-некротический стержень отходил в период от 2 до 6 дней. Хирургическое лечение было проведено лишь 20 больным (16%), из них 10 (8%) были прооперированы в день поступления. Продолжительность госпитализации больных с фурункулами и карбункулами лица в среднем составила 8,1 койко-день в КОКБ и 6,9 койко-дня в клинике СамГМУ.

Заключение. Мы считаем, что тактика лечения больных с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области, которая способствует сокращению сроков госпитализации, заключается в следующем:

1. Госпитализация в отделение ЧЛХ в день выявления заболевания.

2. При фурункуле в стадии абсцедирования хирургическое вмешательство в ближайшие часы после госпитализации.

3. Проведение лабораторных методов исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар и т. д.).

4. Адекватное медикаментозное лечение, согласно тяжести течения заболевания и учитывая сопутствующую патологию (антибиотики, антикоагулянты, антигистаминные препараты и т. д.).

5. Ежедневные перевязки.

6. Назначение физиолечения (УВЧ, криотерапия и т. д.).

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОСТЕОПАТИЙ С СОСТОЯНИЕМ ПОЛОСТИ РТА У МУЖЧИН

Каврайская А.Ю., Прохорова О.В., Дрыгина Л.Б., Попов С.А.
СЗГМУ им. И. И.Мечникова, кафедра ортодонтии

Резюме. При планировании стоматологических вмешательств, таких как имплантация зубов, ортопедическая коррекция прикуса и пародонтологическое лечение, для прогнозирования возможных негативных последствий и с целью установления патогенетических механизмов возникновения нарушений обмена кости необходимо проводить исследование ряда биохимических показателей, которые регулируют минеральный обмен, а также исследование МПК.

Abstract. This study is designed to find correlation beetween hormonal disbalance in male patients, BMD changes (osteopenia/osteoporosis) and prevelance/structure of oral diseases. Recent data have shown that there is a strong interrelation beetween defiency of Ca, vitamin D, growth hormons and DHEA-S with oral diseases and BMD changes (osteopenia/osteoporosis). Depth analisys of data recieved and further studies are needed.

Актуальность. Изучение влияния различных системных факторов на механизм локальной морфофункциональной тканевой реакции является на сегодняшний день актуальной проблемой стоматологии. Оценка роли гормональной регуляции в функциональном состоянии тканей полости рта давно привлекает внимание исследователей. Однако в настоящее время имеются противоречивые данные о развитии заболеваний полости рта при различных эндокринных дисбалансах, и, прежде всего, при нарушении в системе кальций-регулирующих гормонов, контролирующих процесс костного ремоделирования.

Согласно современным концепциям, метаболический синдром – это кластер гормональных и метаболических нарушений, взаимосвязанных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, объединённых общим патофизиологическим механизмом – инсулинорезистентностью.

Необходимо подчеркнуть, что большинство пациентов с метаболическим синдромом – это популяция людей активного трудоспособного возраста, наиболее продуктивная и значимая для общества.

В литературе встречаются единичные работы, указывающие на наличие прямой корреляционной связи степени потери минеральной плотности кости челюстей с деминерализацией в различных отделах скелета, протекающих по одним патогенетическим механизмам. Дальнейшее изучение этого вопроса представляет большое медико-социальное значение.

Для установления патогенетических механизмов возникновения нарушений обмена кости, необходимо проводить исследование ряда биохимических показателей, которые регулируют минеральный обмен.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между минеральной плотностью кости (МПК) всего скелета и альвеолярной части челюстных костей и пациентов мужского пола с остеопеническим синдромом, установить корреляционную взаимосвязь с заболеваниями полости рта, изменением системных гормонов и минеральным обменом.

Материалы и методы. Двухэнергетическая ренгеновская абсорбциометрия (DEXA), исследование биохимических показателей костного метаболизма и системных гормонов, клинический стоматологический осмотр, анализ ортопантомограмм (ОПТГ). Обследованная группа состояла из 79 пациентов мужского пола в возрасте от 43 до 80 лет.

Результаты: преобладало изменение МПК до остеопении у 49,4%, до остеопороза – у 16,4%. МПК не была изменена у 32,4% (контрольная группа). При анализе ОПТГ всех пациентов с установленным изменением МПК была выявлена костная резорбция различной степени выраженности. Установлена высокая частота встречаемости заболеваний поддерживающих тканей зубов (с преобладанием хронического генерализованного пародонтита). Патология слизистой оболочки полости рта была зафиксирована в 16,5% случаев, некариозные положения зубов (повышенная стираемость, клиновидные дефекты) – в 34% случаев. Подвижность зубов той или иной степени встречалась в 58% случаев.

Заключение. Нами было показано, что к числу возможных причин развития остеопороза и сочетанной стоматологической патологии у мужчин обследованной группы можно отнести:

– относительный дефицит кальция в крови, дефицит витамина D, частичный андрогенный дефицит, дефицит гормона роста, дефицит дегидроэпиандростендион сульфата, повышение продукции ростовых факторов и провоспалительных цитокинов;

– особенностью патогенетических механизмов развития остеопороза у мужчин является подавление процесса костеобразования.

ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ НАГРУЗКУ У БОЛЬНЫХ СО СНИЖЕННЫМ ПРИКУСОМ

Калмыкова Э.А.
Северо-Западный государственный медицинский Университет им. И.И.Мечникова

Резюме. Для эффективного лечения больных со сниженным прикусом и предотвращения осложнений стоматологического лечения, необходимо исследовать функциональное состояние жевательной мускулатуры. Обследовано 367 стоматологических больных. По данным клинического и инструментальных методов исследования выявлено 4 типа реагирования жевательных мышц на функциональную нагрузку. Каждому типу реагирования соответствует определённое функциональное состояние жевательной мускулатуры. Ключевые слова: гипертонус, парафункция, дисфункция, жевательная мускулатура, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, снижение высоты прикуса.

Abstract. It is necessary to diagnose a functional condition of masticatory muscles for effective treatment of reduced bite and prevention of complications of dental treatment. Were examined 367 dental patients. According to clinical – anamnestic and instrumental methods of examination revealed 4 types of responses of masticatory muscles. Each type of response corresponds to a certain functional state of the masticatory muscles. Key words: a hypertone, parafunction, dysfunction, masticatory muscles, dysfunction of a temporo-mandibular joint, decrease in height of a bite.

Актуальность. На современном этапе развития научных знаний выявить этиологию и патогенез стоматологических заболеваний невозможно, без системного подхода к данной проблеме (В.К. Леонтьев, В.Т. Шестаков, В.Ф.Воронин,2007). Известно, что дефекты зубных рядов, повышенная стираемость зубов и генерализованный пародонтит осложняются снижением высоты прикуса и болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) (В.А. Щербаков,1988). Проблема реабилитации больных с вторично сниженным прикусом является чрезвычайно актуальной, поскольку эффективность ортопедического лечения определяется не только технологией изготовления протезов, но и качеством функционирования мышечно-суставного компонента зубо-челюстного аппарата в комплексе с ортопедическими конструкциями.

Цель исследования. Выявление особенностей реагирования жевательных мышц на функциональную нагрузку больных со сниженным прикусом.

Материалы и методы. Обследовано 367 стоматологических больных, из них 142 мужчины, 225 женщин. Применены следующие методы исследования: клинико-анамнестический, лучевые, включающие в себя ортопантомографию и МРТ ВНЧС и дополнительные методы исследования. К последним методам относятся: определение соотношения челюстей функционально физиологическим методом, поверхностная электромиография жевательных и височных мышц, миотонометрия.

Результаты исследования: Сопоставление результатов обследований больных со сниженным прикусом позволило установить 4 типа реагирования жевательных мышц на функциональную нагрузку, каждому из которых соответствует определённое функционально-физиологическое состояние: оптимальное, адаптивной компенсаторной гипертрофии, патологической гипертрофии и функциональной декомпенсации.

У больных с первым типом реагирования (оптимальное функциональное состояние) на функциональную нагрузку клинически определялись включённые дефекты зубных рядов, зубы отсутствуют не более 2 месяцев. Также в эту группу вошли ранее протезированные пациенты и пациенты с повышенной стираемостью твёрдых тканей зубов до ¼ высоты коронки. При пальпации мышцы однородны. Показатели термометрии в пределах нормы. По данным миотонометрии определяется упругая деформация в пределах нормы. При максимальном сжатии зубов показатели миотонометрии возрастают в два раза. После расслабления мышца возвращается в исходное состояние.

У больных со вторым типом реагирования на функциональную нагрузку (адаптивная компенсаторная гипертрофия) клинически определялись включённые и концевые дефекты зубных рядов. Сроки утраты зубов 2-6 месяцев. Повышенная стираемость твёрдых тканей зубов равномерная, не более 1/3 высоты коронки, генерализованный пародонтит до средней степени тяжести. При пальпации отмечаем однородность мышц. По данным миотонометрии упругая деформация мышцы в покое - незначительно отличается от нормы. Однако, тонус сжатия значительно выше нормы, при расслаблении мышца возвращается в исходное состояние.

У больных с третьим типом реагирования на функциональную нагрузку (патологическая гипертрофия) клинически отмечались включённые и концевые дефекты зубных рядов, утрата зубов произошла от 6 месяцев до полутора лет. Неравномерная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов в сочетании с пародонтитом средней степени тяжести, дисфункция ВНЧС в 63% случаев (по данным МРТ без морфологических изменений в суставе). При пальпации определялась неоднородность мышц. По данным миотонометрии деформация мышц в функциональном покое была выше, чем при нормальном типе реагирования, но тонус сжатия - ниже. После прекращения специфической функции упругая деформация была больше, чем в исходном состоянии.

При четвёртом типе реагирования жевательных мышц на функциональную нагрузку (функциональная декомпенсация) у больных клинически отмечались включённые и концевые дефекты зубных рядов. Потеря зубов произошла более 2 лет назад. Неравномерная стираемость твёрдых тканей зубов сочетается с пародонтитом тяжёлой степени тяжести, повышенная стираемость твёрдых тканей зубов более ½ коронки. Дисфункция ВНЧС по данным МРТ сопровождается морфологическими изменениями в суставе. При пальпации мышца дряблая на ощупь. По данным миотонометрии упругая деформация в покое низкая и во время специфической функции уменьшается. После функции упругая деформация равна исходной или меньше.

При электромиогафическом исследовании для оценки состояния жевательных мышц является значимым коэффициент асимметрии. Биоэлектрическая активность мышц оценивалась при максимальном усилие сжатия челюстей на протяжении 3,0 секунд. Этот показатель отражает функциональное состояние мышц при совершении максимального усилия и характеризует сократимость мышцы. Если исследуемая мышца в оптимальном функциональном состоянии, то констатируется симметричность электромиографического сигнала справа и слева, отсутствие патологической импульсации.

Заключение. С помощью предложенного нами комплекса диагностических мероприятий верифицировано состояние жевательных мышц у больных со

сниженным прикусом на фоне стоматологических патологий различного генеза и выявлено 4 типа реагирования жевательных мышц на функциональную нагрузку.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Картон Е.А., Бровко Ж.В.
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
кафедра ортодонтии и детского протезирования

Актуальность. В период лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями при использовании несъемной ортодонтической техники ухудшается процесс самоочищения и гигиены, усиливается скопление зубной бляшки вокруг брекетов, ограничивается доступ ротовой жидкости к вестибулярной поверхности зубов. Использование профилактической пенки как дополнительного средства , значительно улучшает гигиенический статус полости рта ортодонтических пациентов.

Проблема профилактики стоматологических заболеваний у детей продолжает оставаться одной из самых актуальных и полностью не разрешенных задач современной медицины. В современной стоматологии при лечении зубочелюстных аномалий, наряду со съемными, все более широко применяются несъемные ортодонтические аппараты. Наличие любой ортодонтической конструкции естественным образом усложняет повседневную гигиену полости рта. Это связано с ухудшением процессов самоочищения и гигиены, снижением резистентности органов и тканей полости рта, интенсивным скоплением зубной бляшки и ограниченным доступом ротовой жидкости к вестибулярной поверхности зубов. Для удаления этого налета пациентам, как правило, рекомендуется использовать зубные щетки, ершики и ирригаторы. Несомненно, все эти приспособления способствуют механическому удалению зубного налета, но они неудобны в применении вне дома.

Цель исследования. Изучить влияние профилактической пенки «Профессор Персин» для гигиены полости рта на состояние твердых тканей зубов и тканей пародонта у школьников с ортоонтическими аппаратами.

Материалы и методы. Были обследованы 45 школьников, которым проводилось ортодонтическое лечение с использованием съемной и несъемной ортодонтической аппаратуры. Обследуемые были распределены на две группы. Первую группу составили 23 школьника, которые в течение 6-ти месяцев ежедневно утром и вечером в домашних условиях чистили зубы зубной щеткой с пастой. Кроме того, 1 раз в неделю дети этой группы чистили зубы под наблюдением врача- стоматолога.

Во вторую группу вошли 22 ребенка, которые так же в течение 6-ти месяцев ежедневно утром и вечером в домашних условиях чистили зубы зубной щеткой с пастой и раз в неделю дети этой группы чистили зубы под наблюдением врача-стоматолога, но в течении дня дети из второй группы использовали гигиеническую пенку 4-5 раз в день.

Всем детям было определено гигиеническое состояние полости рта при помощи индекса налета на апроксимальных поверхностях зубов API и проведена оценка состояния тканей пародонта по индексу гингивита IG. Индексы проводились раз месяц в течении полугода.

Полученные результаты: Ежедневное использование профилактической пенки для гигиены полости рта способствовало улучшению уровня гигиены полости рта на 41,5%, снижению воспалительных явлений в тканях пародонта на 55% и уменьшению количества начальных проявлений кариеса постоянных зубов в среднем на 15%.

В группе II показатель индекса налета на апроксимальных поверхностях зубов API уменьшился в 2,5 раза, тогда как в группе I лишь незначительное изменение этой величины.

Заключение. Использование в течении дня профилактической пенки «Профессор Персин» для гигиены полости рта снижает риск воспалительных заболеваний тканей пародонта. Достоверно очищает не только вестибулярные, жевательные, но и апроксимальные поверхности зубов, что значительно снижает вероятность возникновения кариеса.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ПРИМЕНЕНИЯ МОДУЛИРОВАННОГО СВЕТА В ПРОГРАММЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВТОРИЧНОГО КАРИЕСА

Комолов Р.В.

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко, кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Целью настоящего исследования являлась профилактика вторичного кариеса. Все принимавшие участие (30 человек) в обследовании были разделены на две группы по способам терапевтических мероприятий. Полученные результаты доказывают высокую эффективность нового метода пломбирования, что в значительной степени улучшает качество лечения кариеса, снижает риск развития вторичного кариеса. Данное исследование показало целесообразность и клиническую эффективность применения модулированного диодного света в профилактике вторичного кариеса.

Abstract. The purpose of this study is the prevention of secondary caries. All who participated (30 patients) in the survey were divided into two groups according to the methods of therapeutic interventions. The results demonstrate the high efficiency of the new method of sealing, which greatly improves the quality of dental treatment reduces the risk of secondary caries. This study demonstrated the feasibility and clinical efficacy of the modulated light diode in the prevention of secondary caries.

Актуальность. Неудачи при лечении кариеса композитами связаны с нарушением краевого прилегания реставрации, возникновением краевой щели и бактериальной инвазии, а также активацией микрофлоры, которая находилась под герметичной пломбой и была пассивна, так как не получала внешнего питания. Бактериальная активность, сопровождающаяся выделением токсинов, приводит к прогрессированию кариозного процесса, воспалению пульпы и ее некрозу. Для предотвращения развития этих осложнений необходимо обеспечить идеальную адгезию пломбировочного материала и твердых тканей зуба, что возможно только при наличии прочной здоровой эмали, поддерживаемой здоровым дентином по всему периметру. Так как в целом пломбирование зубов является дополнительной травмой для зуба, необходимо разработать методы профилактики вторичного кариеса, позволяющие предупредить его возникновение.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения и профилактики кариеса зубов.

Материал и методы. Основой для получения научных данных, согласно цели и задачам исследования, являлся контингент из 30 человек, из них 17

(56,7%) женщин и 13 (43,3%) мужчины. Для исследования отбирались зубы, с кариозными поражениями локализующиеся на жевательной поверхности моляров и премоляров, верхней и нижней челюстей. Все принимавшие участие в обследовании были разделены на две группы по методам препарирования: первая группа - 20 человек – проводили традиционное пломбирование полости. Лечение кариозного процесса проводили по общепринятой методике. Во второй группе - 20 человек – после пломбирования зуб покрывали фторсодержащим лаком и облучали модулированным красным светом в течение 1 минуты.

При клинических исследованиях использовались следующие методики: визуальный осмотр и зондирование, КОСРЭ-тест (клиническая оценка скорости реминерализации эмали), ТЭР-тест (тест эмали резистентности). Количество пломб поставленных по общепринятой методике составило - 20, с использованием модулированного красного света - 20. В результате проведенных лечебных мероприятий был достигнут выраженный положительный эффект, клинически представленный замещением дефектов твердых тканей зубов пломбировочным материалом, с восстановлением их анатомической структуры и физиологической функции.

Результаты исследований. Изучение показателей КОСРЭ- и ТЭР- тестов позволяют сделать вывод о неблагоприятном воздействии пломбирования на резистентность эмали и реминерализацию зубов. До пломбирования резистентность эмали исследуемых зубов была близкой к физиологической, соответствовала среднему уровню эмалерезистентности. Кислотоподатливость эмали составляла: 27% - в группе исследования, 25% - в группе традиционного пломбирования. В обеих группах реминерализующая способность ротовой жидкости была высокой и в среднем зарегистрирована в группе традиционного пломбирования - 3,7 суток, в группе применения модулированного света – 4,2 суток. Сразу после пломбирования резистентность эмали снизилась в обеих группах, что указывает на неблагоприятное воздействие лечения кариеса на обменные процессы в твердых тканях зуба. Однако, в группе исследования кислотоподверженность эмали составила 32%, в контрольной группе - 53%, полная реминерализация наступила в группе исследования через 4,1 суток, в контрольной группе – через 6,4 суток.

Результаты исследований позволяют сделать вывод о благоприятном действии модулированного света на восстановление резистентности эмали и ее способности к реминерализации после лечения кариеса, что указывает на восстановление качества структуры эмали, ее обменных процессов. У большинства больных мы наблюдали эффективность разработанной и примененной методики лечения кариеса зубов в рамках комплексного подхода с использованием общепринятой методики пломбирования и модулированного красного света, что улучшает отдаленные результаты лечения кариеса и может быть использовано в амбулаторной стоматологической практике. Использование модулированного красного света в лечении кариеса зубов является обоснованным.

Заключение. Таким образом, полученные результаты доказывают высокую эффективность нового метода пломбирования, что в значительной степени снижает нарушение краевого прилегания пломб, риск развития вторичного кариеса и значительно улучшает качество лечения кариеса.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Коротких Н.Г., Митин Н.Е.
Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Резюме. При протезировании пациентов после различных оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области необходим строго индивидуальный подход в выборе метода реабилитации. Этот выбор будет зависеть от возраста, пола, профессии, социально статуса и личных предпочтений каждого пациента.

Abstract. Prosthetics patients after various surgical interventions on the maxillofacial region is needed strictly personal approach in the choice of method of rehabilitation. This choice will depend on the age, gender, profession , social status and personal preferences of each patient.

Актуальность. Большое количество пациентов после тех или иных оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области нуждается в индивидуальном реабилитационном лечении.

Цель исследования. Проанализировать, упорядочить и классифицировать нуждаемость в различных видах реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Группа пациентов (56 человек) разного пола, возраста и социального статуса после различных оперативных вмешательств: от удаления зубов до челюстно – лицевых операций. Для исследований использовались оригинальная анкета и опросник OHIP-14.

Результаты. При анализе анкет и опросников OHIP-14 было отмечено, что различные группы пациентов нуждаются в индивидуальном подходе к реабилитации. Одни пациенты (корреспонденты, ораторы, педагоги) уделяют большее внимание восстановлению речевой функции, другие (актеры и, в основном, пациенты женского пола) - внешнему виду и эстетике. Среди исследуемых были и те, кто главное значение придавал восстановлению функции жевания. Причем тяжелые и обширные хирургические вмешательства могут не коррелировать с полученными данными. Таким образом, в результате наших исследований было выявлено, что для улучшения качества жизни пациентов необходим индивидуальный подход к выбору метода реабилитации в зависимости от патологии зубо-челюстной системы и пожеланий каждого пациента при протезировании и в адаптационный и реабилитационный периоды.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ КОРОНОК ДЛЯ РЕСТАВРАЦИИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ

Коско А.В.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра детской стоматологии

Резюме. В результате исследования показана высокая клиническая эффективность применения стандартных металлических коронок для восстановления временных моляров при лечении пульпитов у детей.

Abstract. As the result of the research it was shown that appliance of Stain crowns for restoration of the primary molars, while treating pulpitis is highly effective

Актуальность. Актуальным вопросом современной детской стоматологии по - прежнему является выбор материала и метода для надежного восстановления временного зуба.

Срок службы пломб из амальгамы, стеклоиономерных цементов, компомеров и композитов при обширных реставрациях не обеспечивает сохранения временного зуба до физиологической смены без повторных вмешательств.

Отсутствие сохранных реставраций в свою очередь способствует развитию осложненных форм кариеса, преждевременному удалению зубов временного прикуса, развитию зубочелюстных аномалий.

Цель исследования. Изучить эффективность использования стандартных металлических коронок для реставрации временных моляров при лечении хронического фиброзного пульпита у детей.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 20 детей в возрасте от 4 до 9 лет с фиброзной формой хронического пульпита временных моляров.

Диагноз устанавливали на основании жалоб, клинической картины и данных рентгенологического обследования. Методом лечения пульпита была выбрана витальная ампутация с применением препарата Pulpotek.

В 1 группу вошли 10 детей, которым 12 моляров после лечения пульпита восстановили стандартными искусственными коронками ф. 3 M ESPE.

Во 2 группу вошли 10 детей, у которых 14 временных моляров были восстановлены компомером - Twinky Star.

Через 6 и 9 месяцев проводили повторный осмотр и рентгенологический контроль пролеченных зубов.

Успех лечения оценивался по следующим критериям через 9 месяцев:

1.Осмотр (наличие или отсутствие жалоб, болей в анамнезе в течении всего этого срока, сохранность пломб и искусственных коронок, отсутствие или наличие рецидива кариеса или его осложнений – свищей, пародонтальных и периапикальных воспалительных явлений).

2. Рентгенологическое исследование (отсутствие или наличие рентгенологических признаков деструкции периодонта и преждевременной резорбции корней).

Результаты исследования: в течение срока наблюдения в 1 группе (восстановление 12 моляров проводилось станд. исскуственными коронками) осложнения возникли в 1 зубе в виде увеличения рентгенопрозрачности в области фуркации временного зуба, установленной в ходе рентгенологического контрольного исследования через 9 месяцев. В остальных зубах клинических и рентгенологических признаков периодонтита обнаружено не было.

1 коронка была установлена повторно после обращения ребенка с жалобой на расцементировку. Остальные коронки в течение 9 месяцев сохранили свою герметичность и стабильность.

Во 2 группе (восстановление 14 моляров компомером) нарушения прилегания реставраций и рецидив кариозного процесса наблюдались в 4 зубах уже через 6 месяцев.

В 2 зубах через 9 месяцев было обнаружено появление кариозной полости на ранее интактной поверхности. В 1 зубе в проекции фуркации был обнаружен свищевой ход с гнойным отделяемым и 1 зуб был удален в связи с развитием острого пульпопериодонтита. Рентгенологические признаки деструкции периодонта в виде увеличения рентгенопрозрачности в зоне фуркации и преждевременной резорбции корней спустя 9 месяцев были обнаружены в 4 зубах.

Процент осложнений в результате витальной ампутации в 1 группе составил 8% (1 из 12 случаев) и 36% во 2 группе (5 из 14 случаев).
Восстановление временного моляра после лечения хронического фиброзного пульпита стандартной металлической коронкой, оказалось эффективным в 92% случаях, а восстановление компомером лишь в 60 %.

Заключение. Проведенные исследования показывают эффективность применения стандартных металлических коронок для восстановления временных моляров при лечении хронических фиброзных пульпитов у детей.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГРАНУЛИРУЮЩИХ ПЕРИОДОНТИТОВ ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКА.

Красичкова О.А.
МУЗ «городская стоматологическая поликлиника №2 г. Липецк»

Резюме. Применение ультразвукового метода лечения в сочетании с общепринятыми методиками эндодонтического лечения способствует уменьшению количества рецидивов и сокращению сроков лечения, что дает высокий экономический эффект. Благодаря предложенному методу становится возможным успешно вылечить хронический гранулирующий периодонтит, а следовательно сохранить нужные для протезирования опорные зубы.

Abstract. Of the "Optimization of conservative treatment of chronic granulating periodontitis using ultrasound" Ultrasonic treatment combined with generally accepted methods of endodontic treatment reduces the number of recurrences and shortening the treatment that gives the highest economic effect. With the proposed method, it is possible to successfully cure chronic apical periodontitis, and thus save the prosthetic abutment teeth.

Актуальность темы. Воспалительные заболевания пульпы зуба и периодонта являются одним из наиболее частых осложнений кариеса. Наиболее распространенной причиной удаления зубов являются хронические воспалительные процессы в периапикальных тканях. Гранулематозная и гранулирующая формы периодонтитов, несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании методик консервативной терапии, по прежнему остаются трудно контролируемыми патологическими состояниями челюстных костей, нередко приводящих к развитию обширных гнойно-воспалительных осложнений. Периодонтит считается распространенной патологией, требующей дополнительного лечения, а иногда и удаления зубов. Зубы с воспалением периодонта часто являются причиной одонтогенных воспалительных процессов, в том числе острого одонтогенного сепсиса, одонтогенного медиастенита, внутричерепных воспалительных процессов.

В настоящее время с развитием новых методов лечения, в частности ультразвуковых методов лечения стоматологических заболеваний, определилась возможность получения оптимального бактерицидного эффекта от использования ультразвуковой обработки корневых каналов что особенно актуально при лечении гранулирующих периодонтитов, когда эффект от традиционной антибактериальной и антисептической обработки корневых каналов оказывается не высоким.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения гранулирующих периодонтитов с применением ультразвуковых методов обработки корневых каналов, оптимизация новых методов антибактериальной обработки корневых каналов.

Материалы и методы. Клиническое обследование включало опрос больного, выяснение его жалоб, визуальный осмотр челюстно-лицевой области и полости рта. Для более детального изучения периодонта использовали рентгенографический и радиовизиографический методы исследования, для определения количественного и качественного состава микрофлоры корневых каналов на всех этапах лечения хронического периодонтита проводили бактериологическое и бактериоскопическое исследование. Всем пациентам с хроническим гранулирующим периодонтитом проводили лечебные мероприятия, включавшие в себя препарирование кариозной полости, раскрытие полости и эндодонтическое лечение.

Эндодонтическое лечение является одним из ведущих этапов в противовоспалительной терапии периодонтитов. Эндодонтическое лечение содержало в себе весь комплекс вмешательств:1) механическую обработку корневых каналов, 2) медикаментозную обработку каналов, 3) пломбирование каналов.

Соответственно целям и задачам исследования нами производился поиск новых методов воздействия на микробную флору корневых каналов при лечении хронического гранулирующего периодонтита. По данным наших исследований применение современного антисептика 3% раствора гипохлорита натрия не приводило к максимальному антибактериальному эффекту. В поисках новых методов антибактериальной обработки корневых каналов, учитывая данные литературных источников нами был изучен и описан эффект ультразвукового излучения, с последующим бактериологическим и бактериоскопическим контролем.

При лечении хронического гранулирующего периодонтита используется ультразвук с частотой колебаний 25 — 30 кГц. Обработка корневого канала ультразвуковым инструментом небольшого диаметра позволяет снизить частоту возникновения болей после обтурации корневого канала до 18 % случаев.

Данные последующего микробиологического исследования свидетельствовали о гибели микробной флоры в 94,8% случаев.

При анализе полученных результатов лечения, стало очевидно, что у пациентов не отмечалось сколько-нибудь заметных осложнений, кроме незначительной чувствительности при резком нажатии на зуб, периостальных реакций с отеком не отмечалось.

Заключение. Результаты, полученные нами, наглядно демонстрируют преимущества применения ультразвукового излучения при лечении хронических гранулирующих периодонтитов для воздействия на микрофлору корневого канала. Учитывая простоту и быстроту, ультразвуковой метод может быть использован в любых стоматологических учреждениях непосредственно у кресла больного. Применение ультразвукового метода лечения в сочетании с общепринятыми методиками эндодонтического лечения способствует уменьшению количества рецидивов и сокращению сроков лечения, что дает высокий экономический эффект. Благодаря предложенному методу становится возможным успешно пролечить периодонтитные зубы, а следовательно сохранить нужные для протезирования опорные зубы.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТЕРАПИИ В ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ.

Кунин А.А., Ипполитов Ю.А., Моисеева Н.С.
ВГМА им. Н.Н. Бурденко, кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Эффективная методика с использованием электрометрии и светоиндуцированной флюоресценции позволяет диагностировать начальный кариес на самых ранних стадиях. Отмечено положительное воздействие препарата «Радогель-ГАМК» с аминокислотами и гиалуроновой кислотой при лечебно-профилактических мероприятиях кариозного поражения на стадии белого пятна. Все вышесказанное позволяет рекомендовать индивидуальный план лечения и профилактических мероприятий с использованием «Радогель-ГАМК» с аминокислотами и гиалуроновой кислотой при лечении кариозного процесса на начальных стадиях деминерализации эмали.

Abstract. An effective technique of light-induced fluorescence and electrometry using allows diagnosing initial caries at early preclinical stages. The positive effect of "Radogel" with amino acids and hyaluronic acid application is register in treatment and prevention of initial caries. All mentioned above allows recommending an individual treatment plan with the usage of "Radogel" in caries treatment at early stages of enamel demineralization.

Актуальность. На сегодняшний день кариес является самым распространенным заболеванием на Земле. Проведение различных массовых профилактических программ позволяет лишь частично снизить интенсивность и распространенность кариеса у отдельных групп населения. Развитие физических факторов терапии, в частности, светодиодного излучения и электропроводности твердых тканей зуба, открыло новые возможности повышения эффективности диагностики кариеса зубов на самых ранних «доклинических» стадиях его развития, а также его профилактики.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики кариеса путем использования электрометрии и светоиндуцированной флюоресценции (красного и зеленого спектра); повышение эффективности профилактики кариозного процесса зубов с помощью лечебно-профилактического средства, содержащего вещества белковой природы.

Материал и методы. Основой для получения научных данных, согласно целям и задачам исследования, являлся контингент из 90 человек, в возрасте 18-25 лет (то есть с завершившейся минерализацией твердых тканей зубов).

В работе использован реминерализующий гель, изготовленный на фирме ООО «Радуга Р», Россия, содержащий спектр аминокислот, а также макроэлементы – кальций, витамин Д, цитрат – антибактериальное средство и гиалуроновую кислоту.

Обследованные были разделены на две группы. Пациентам I и II группы методом светоиндуцированной флюоресценции, были выявлены очаги деминерализации и скрытый вторичный кариес. Метод разработан на кафедре терапевтической стоматологии ВГМА им. Н.Н. Бурденко. Оценка флюоресценции твердых тканей зуба проводилась с помощью светодиодного активатора «LED актив» при длине волны 530 нм, а также длине волны 625 нм при плотности мощности излучения 140 мВт/см2 фирмы ООО «МЕДТОРГ+», Россия. В качестве критерия бактериальной активности и, соответственно, степени разрушения

тканей зуба, используется соотношение интенсивности флюоресценции в красной и зеленой областях спектра.

Далее пациентам обоих групп измеряли электропроводность эмали (ЭПТЗ) по методике, предложенной Г.Г. Ивановой и В.К. Леонтьевым, основанной на измерении величины (силы) микротока, проходящего через твердые ткани зуба на определенных поверхностях. Электропроводность твердых тканей зуба определяли с помощью электродиагностического аппарата «ДентЭст» ЗАО «ГеософтДент», Россия.

Пациентам I группы проводили аппликации «Радогелем - ГАМК» с аминокислотами и гиалуроновой кислотой ежедневно в течение 15 дней, во II группе (контрольной) использовали стандартные профилактические мероприятия, включающие гигиену полости рта. Наблюдение проводилось в течение года.

Результаты и их обсуждение: в результате проведенных лечебных мероприятий был, достигнут выраженный положительный терапевтический эффект. Под воздействием препарата «Радогель - ГАМК» с аминокислотами и гиалуроновой кислотой показатели электрометрии у II группы обследуемых пациентов уменьшились на треть - на буграх (с 24,48 до 19,0 мкА), в фиссурах (с 38,5 до 29,4 мкА), на границе пломбы (с 41,2 до 27,8 мкА). На сколах эмали и вестибулярных поверхностях - в половину, соответственно (с 24,9 до 13,4 мкА) и (3,91 до 1,43 мкА). Достоверных изменений не наблюдалось на депульпированных зубах.

Заключение. Использование эффективной методики с применением электропроводности и светоиндуцированной флюоресценции, позволяет эффективно выявлять кариозные очаги на доклиническом этапе развития, а использование препарата «Радогель - ГАМК» с аминокислотами и гиалуроновой кислотой с целью профилактики кариеса позволяет достигнуть стабильных клинических результатов. Все это позволяет разрабатывать целенаправленный план лечения и профилактики кариеса с использованием физических факторов терапии.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ.

Кунина Н.Т., Андреева Е.В.
Кафедра терапевтической стоматологии
ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития РФ»

Резюме. Нами были обследованы 40 пациентов в возрасте от 19 до 45 лет без выраженной стоматологической и соматической патологии, которым проводилось профессиональное отбеливание зубов. Результаты проведенных исследований показали, что препарат «Гипостез-фтор» рекомендуется применять для быстрого купирования гиперестезии и нормализации обменных процессов в эмали зубов после проведения отбеливания и профессиональной гигиены.

Abstract. A survey of 48 people between the ages of 25 and 45 with generalized catarrhal gingivitis and generalized periodontitis mild complaints of hypersensitivity of the teeth, applying different toothpastes with anti-sensitive properties. The results showed that all the personal hygiene is necessary to select individualized, taking into account all medical conditions and properties of toiletries.

В большинстве случаев (98%) у пациентов во время и после проведения отбеливания зубов появляется гиперестезия, которая связана с открытием

системы дентинных канальцев, подтверждающая отрицательное воздействие перекисных соединений на обменные процессы в твердых тканях зубов. Ведущими фармацевтическими компаниями ведется разработка и выпуск современных препаратов на основе фторидов, обладающих следующими характеристиками: быстротой действия, пролонгированным эффектом, независимостью от индивидуальных особенностей полости рта, отсутствием побочных действий, приятным вкусом и безопасностью.

Цель исследования. Провести анализ эффективности применения фторсодержащих препаратов «Фторлак» и «Гипостез-фтор» для профилактики гиперестезии твердых тканей зубов после отбеливания.

Материал и методы. В течение 4 недель нами были обследованы 40 пациентов в возрасте от 19 до 45 лет без выраженной стоматологической и соматической патологии, которым проводилось профессиональное отбеливание зубов. Методика клинического обследования включала опрос, осмотр, зондирование и термометрию, определение гигиенического индекса, проведение ТЭР-теста (теста эмалерезистентности) и кислотной биопсии эмали. Всем пациентам перед процедурой отбеливания проводилась профессиональная гигиена полости рта. У каждого обследованного проводилось отбеливание от 14 до 20 зубов.

По случайному признаку все лица были распределены на 3 группы:

1 группа контрольная (10 человек) - после проведения отбеливания использовала фторсодержащую зубную пасту «Aqua-fresh» без десенситайзеров.

2 группа (15 человек) - для устранения гиперчувствительности зубов применяла «Фторлак».

3 группа (15 человек) - для устранения гиперчувствительности зубов применяла «Гипостез – фтор».

Повторные осмотры, включающие оценку ТЭР-теста и биопсию эмали, проводились сразу после завершения манипуляции отбеливания, на следующий день, через неделю и через месяц.

Результаты и их обсуждение. Клинический результат после проведения отбеливания во всех трех группах составлял 6 – 8 тонов, что явилось демонстрацией эффективности самой отбеливающей системы «Радогель – ОК». Однако, после проведения манипуляции, практически все пациенты предъявляли жалобы на повышенную чувствительность зубов. При применении зубной пасты «Aqua-fresh», не содержащей десенситайзеры, пациенты отмечали нормализацию чувствительности эмали через 39±2 часов. При использовании «Фторлака» полное исчезновение повышенной чувствительности происходило через 22±3 часа. При применении «Гипостез – фтор» у обследованных гиперестезия купировалась уже через 10±4 часов. За время исследования наблюдалась общая тенденция к снижению показателей ТЭР-теста, что свидетельствует о повышении резистентности эмали под действием всех препаратов. По данным клинических исследований до проведения процедуры отбеливания ТЭР-тест составлял 15,8±0,03% во всех группах, сразу после отбеливания 94,0±0,03%, через сутки 72,3±0,08, через 6-8 дней, после проведения процедуры, этот показатель составлял 16,0±0,06, т.е. резистентность эмали восстанавливается через одну неделю ($p \leq 0,05$). Данные кислотной биопсии эмали отбеленных зубов показывают, что изначальный выход кальция и фосфора (36,3±0,01 / 21,4±0,03 мкмоль/мин) в первые часы после проведения отбеливания резко увеличивался до 51,0±0,21 /31,8±0,02 мкмоль/мин. На следующий день в группах, где профессионально применяли препараты с фтором, соотношение изменялось до 40,8±0,8/24,4±0,02

мкмоль/мин, а в контрольной группе составляло 44,3±0,18/28,2±0,04 мкмоль/мин. Через 6-8 дней эти данные во всех группах практически достигали первоначального соотношения ($p \leq 0,05$).

Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что рациональный выбор препарата, восстанавливающего резистентность эмали играет важнейшую роль для устранения гиперестезии после процедуры отбеливания.

При проведении клинических исследований нами было отмечено, что препараты фтора, примененные в условиях стоматологического кабинета, сразу после процедуры отбеливания устраняют гиперчувствительность зубов уже в первые сутки, в то время как отсутствие такой профессиональной обработки, повышенная чувствительность сохраняется до 2-х суток.

На основании данных кислотной биопсии эмали, проведенных на следующий день после отбеливания, отмечено, что при применении обычной зубной пасты, соотношение выхода кальция и фосфора достигает 1,57±0,10, в то время как изначальное соотношение составляло 1,73±0,05.Профессиональные препараты фтора действуют более эффективно, и соотношение кальция и фосфора уже на следующий день составляет 1,61±0,09, что говорит о необходимости их включения в реабилитационные схемы после процедур профессионального отбеливания ($p \leq 0,05$).

Препарат «Гипостез-фтор» рекомендуется применять для быстрого купирования гиперестезии и нормализации обменных процессов в эмали зубов после проведения отбеливания и профессиональной гигиены.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПЕРСОНАЛЬНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ.

Ломиашвили Л.М., Елендо М.Б., Васильева Н.А.
Омская Государственная Медицинская академия,
кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Данная работа посвящена одномоментному ретроспективному исследованию стоматологического статуса лиц, принадлежащих к разным профессиональным группам. Описываются выявленные отличия стоматологического статуса лиц, профессионально работающих с ПК, в сравнении с другими профессиональными группами.

Abstract. This work is devoted to cross-sectional retrospective study of dental status of persons belonging to different occupational groups. Describes differences between the dental statuses of professional users of PC, in comparison with other professional groups.

Актуальность. Главной особенностью современного общества является бурное развитие информационных технологий и компьютеризация всех сфер человеческой жизни. С точки зрения гигиены труда, развитие компьютерной техники привело к увеличению числа специалистов, для которых персональный компьютер (ПК) становится основным рабочим инструментом. В связи с этим возрастает интерес к вопросу о состоянии здоровья и профилактики в условиях взаимодействия человека и компьютерной техники. Следует также отметить, что по данным статистики, приводимой Г.Г. Онищенко, в России значительное количество компьютеризированных рабочих мест не отвечает современным требованиям безопасности. Актуальность проблемы для современного

производства заключается, во-первых, в том, что работники и руководители нередко даже не знают о существовании санитарно-гигиенических и эргономических норм. Во-вторых, приобретается техника без гигиенического сертификата, используется старая техника, нарушаются правила установки и подключения оборудования. В-третьих, во многих офисах, не подготовленных для работы с компьютерными технологиями, рабочие места организованы без соблюдения эргономических требований.

Фёдоров Ю.А. и соавт. выявили новую нозологическую форму среди некариозных поражений твёрдых тканей зубов – «компьютерный некроз». Данное явление представляет собой специфический подвид некроза твёрдых тканей зуба, который характеризуется системностью, множественностью и обширностью поражения. Очаги некроза охватывают значительную часть коронок зубов, прежде всего иммунной для кариеса поверхности.

Нами была предпринята попытка изучить особенность поражения органов полости рта у лиц, длительно работающих с ПК. Для исследования данной проблемы была выбрана форма ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов терапевтического и пародонтологического отделения ГКСП № 1 г. Омска. В ходе исследования нами были отобраны 1432 карты пациентов в возрасте 20 – 35 лет, обратившихся за стоматологической помощью в данное учреждение в 2011 году. В ходе отбора были отсеяны 470 карт из-за наличия у данных пациентов соматических заболеваний ЖКТ и эндокринной системы, а также из-за недостаточной или недостоверной наполненности амбулаторных карт. Остальные карты были разделены на группы по профессиональному признаку: безработные, учащиеся, лица не связанные с работой на ПК и лица, чья профессиональная деятельность непосредственно связана с ПК. Распределение по полу и возрасту во всех группах было сравнительно одинаковое.

По данным отобранных амбулаторных карт рассчитывался индекс КПУ, который и подвергся дальнейшему анализу. Использовались следующие методы статистического анализа: проверка нормальности распределения количественных признаков с использованием критерия Шапиро-Уилка; оценка значимости различий между группами с использованием U-критерия Манна-Уитни. Критическое значение уровня значимости принималось равным 5% . Анализ данных производился с помощью пакетов программ STATISTICA.

Распределение индекса КПУ в общей выборке, а также внутри профессиональных групп оказался отличным от нормального (критерий Шапиро-Уилка W=0,945, значимость p = 0,0000). Поэтому для анализа различий между группами нами были выбраны непараметрические методы оценки.

В результате анализа, выявилось, что в группе пользователей ПК значение индекса КПУ выше, чем в остальных группах. Тесты Колмогорова – Смирнова и U-тест Манна-Уитни подтверждают статическую значимость этих различий ($p<0,001$). Это позволяет утверждать, что поражение кариесом в среде профессиональных пользователей ПК интенсивнее (средний уровень КПУ равен 9, 45±4,75), чем в контрольных группах (КПУ равен 7,13±4,77).

Заключение. На основании данного ретроспективного исследования можно предположить, что «компьютерный некроз» не единственное проявление влияния длительной работы на ПК на ткани и органы полости рта. Можно сделать предположение о возможном снижении местного иммунитета и кариесрезистентности у лиц, данной профессиональной группы.

МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Макарова Н.А.
КГМУ

Резюме. Показана возможность устранения гиперестезии дентина у больных с заболеваниями пародонта в результате применения препарата для глубокого фторирования «Глуфторэд» и десенситайзерной пасты «Sensodyne Total Care».

Abstract. The possibility of removing dentin hyperesthesia in patients with periodontal diseases as a result of using the drug for deep fluoridation "Gluftored" and paste desensitayzernoy «Sensodyne Total Care».

Актуальность. Высокая распространенность гиперестезии при заболеваниях пародонта, рецидивирующий характер течения, утяжеление клиники заболеваний пародонта, отсутствие высокоэффективных методов лечения, позволяющих достичь пролонгированных результатов, указывают на актуальность проведения настоящего исследования [1,2].

Целью исследования. Повышение эффективности лечения гиперестезии твердых тканей зубов, у пациентов с заболеваниями пародонта.

Материалы и методы. Было проведено комплексное клиническое стоматологическое обследование 113 пациентов с заболеваниями пародонта. Клинические исследования проводились на базе кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО КГМУ. Из числа обследованных было выбрано 50 человек в возрасте от 30 до 60 лет, в том числе 32 женщины и 18 мужчин с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов при заболеваниях пародонта. В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу составили 25 пациентов, которым проводили лечение повышенной чувствительности при помощи препарата «Глуфторэд»; во 2 группу вошли 25 пациентов, которым для лечения гиперестезии применяли препарат «Глуфторэд» и назначали зубную пасту «Sensodyne Total Care». Результаты клинического исследования повышенной чувствительности твердых тканей зубов оценивали по динамике изменений ощущений пациентов и клинических индексов в первое посещение - до лечения, сразу после лечения и в отдаленные сроки (через 1 и 6 месяцев).

По результатам нашего исследования, повышенная чувствительность твердых тканей зубов встречается в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин (соответственно 63% и 37%). Результаты проведенных исследований показали, что сразу после лечения у пациентов 1 группы об отсутствии болевых ощущений сообщили 12 пациентов (49,7%). При этом 8 больных (33,4%) отметили максимальное снижение. Отдаленные результаты наблюдения через полгода после лечения препаратом «Глуфторэд» показали, что 19 пациентов (77,8%) отметили сохранение положительного результата, у 6 пациентов (22,2%) жалобы возникли вновь. Результаты клинического исследования повышенной чувствительности зубов также оценивали по динамике изменений клинических индексов. После лечения препаратом «Глуфторэд» в 1 группе индекс интенсивности до лечения составлял 1,85±0,58 балла, а в отдаленные сроки наблюдения отмечалось снижение его параметров в 2,3 раза. Максимальное снижение индекса наблюдалось сразу после проведенного лечения в 2,5 раза. Однако через полгода после лечения индекс увеличился в 1,1 раза, но был ниже, чем до лечения.

Результаты лечения гиперестезии зубов у пациентов 2 группы препаратом «Глуфторэд» и зубной пасты «Sensodyne Total Care» свидетельствовали, что сразу после лечения о полном отсутствии жалоб или о значительном снижении болевых ощущений сообщили 18 больных (77,8%), 4 пациента (13,4%) отметили снижение чувствительности и 3 человека (8,8%) не отметили изменений после проведенного лечения. Исходные данные показателя индекса интенсивности гиперестезии зубов во 2 группе составили 2,15±0,64 балла, что соответствовало второй степени повышенной чувствительности зубов. Сразу после лечения наблюдалось максимальное снижение исследуемого показателя в 2,3 раза. Применение «Глуфторэда» и зубной пасты «Sensodyne Total Care» для лечения гиперестезии твердых тканей зубов у пациентов с заболеваниями пародонта, привело к снижению уровня интенсивности повышенной чувствительности зубов во всех исследуемых группах в сроки наблюдения в течение 1 месяца. Через 6 месяцев отмечалось сохранение клинической эффективности у пациентов.

Заключение. В результате лабораторных и клинических исследований установлено, что препарат для глубокого фторирования «Глуфторэд» и десенситайзерная паста «Sensodyne Total Care» могут быть рекомендованы к применению при заболеваниях пародонта разной степени тяжести, как профилактические средства, так и высокоактивные лечебные средства для включения в схему местного лечения для лиц группы риска развития гиперестезии дентина.

ПОДБОР СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СПЛАВОВ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ИМПЛАНТАТАХ РАЗЛИЧНЫХ ФИРМ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ.

Манин О.И., Манин А.И.
МГМСУ кафедра ГОС

Резюме. При ортопедическом лечении пациентов с дефектами зубных рядов широко используется метод дентальной имплантации. На стандартные абатментыимплантатов изготавливают коронки и мостовидные протезы из благородных и неблагородных сплавов. Вероятность возникновения явлений гальванизма у пациентов с зубными протезами из неблагородных сплавов в контакте со стандартными абатментами меньше, чем с благородными сплавами.

Abstract. In orthopedic patients with dentition defects widely used method of dental implantation. The standard implant abutments made crowns and bridges made of precious and non-precious alloys. The likelihood of galvanic phenomena in patients with dentures of precious alloys in contact with standard abutments less than noble alloys.

Актуальность. В настоящее время при ортопедическом лечении пациентов с дефектами зубных рядов широко используется метод дентальной имплантации, позволяющий расширить возможность изготовления конструкций, удовлетворяющих функциональным и эстетическим требованиям. Успех протезирования на имплантатах зависит не только от удовлетворительного общего состояния здоровья пациентов и хорошей гигиены полости рта, но и от выбора сплава для изготовления ортопедических конструкций, т.к. нередко в медицинской практике, при сочетании разнородных сплавов, у пациентов возникают явления гальванизма.

Цель исследования. Изучение электрохимических потенциалов образцов неблагородных и благородных сплавов, использующихся для изготовления

зубных протезов, относительно абатментов имплантатов, наиболее широко распространенных фирм производителей в растворе искусственной слюны.

Материалы и методы. В качестве объектов для проведения исследования использовали абатменты следующих фирм: Mis, XSive, Liko и образцы стоматологических сплавов: неблагородные (ВТ-14; ВТ-1-0-М; Бюгодент CCN; НХД-ент), благородные (Супер-КМ, СуперПал) в виде пластин единого размера 10 × 10 × 1 мм, которые предварительно были тщательно отшлифованы и отполированы до зеркального блеска. В качестве активной среды для проведения исследований использовали модель искусственной слюны по Fusayma T. (1971) следующего состава: 0,4 г/л KCl + 0,4 г/л NaCl +0,795 г/л CaCl2 + 0,69 г/л Na2HPO4 + 0,005 г/л Na2S • 9H2O + 1 г/л мочевины + H2O при значениях pH =7,0.

Измерение электрохимических потенциалов контактных пар в процессе экспозиции в модельном растворе проводили при комнатной температуре (23°С) с помощью прибора Биопотенциалометра «БПМ-03». В качестве электрода сравнения применялихлор-серебряный электрод. Одним из элементов контактной пары использовали абатменты имплантатов. Вторым элементом являлся поочередно каждый из вышеперечисленных стоматологических сплавов. На основании полученных значений потенциалов вычисляли разность потенциалов. Результаты сравнивали с нормой, которая не должна превышать 80мВ.

Результаты исследований: измерения каждой пары проводили с помощью прибора «БПМ-03» не менее трех раз с целью выявления возможных отклонений в разных участках образцов сплавов. Отклонение потенциалов составило в среднем ± 3%.

Наименьшие значения разности потенциалов между стоматологическими сплавами и абатментами были выявлены в контактной парес неблагородными сплавами, а наибольшие с благородными.

Показатели разности потенциалов между абатментами и сплавами ВТ-14, ВТ-1-0-М,Бюгодент CCN находились в пределах нормы, в контактной паре со сплавам НХД-ент располагались в пограничной зоне. Что же касается благородных сплавов, то при контакте с абатментами значения разности потенциалов превышали норму.

Заключение. При протезировании на имплантатах целесообразно отдавать предпочтение конструкциям, изготовленным из неблагородных сплавов, т.к. значения разности потенциалов между абатментами и каркасами зубных протезов находятся в пределах нормы.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА, ОСЛОЖНЕННЫХ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.

Мансур Ю.П., Огрина Н.А., Филимонова Е.В., Яновская М.Л.
Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра стоматологии ФУВ с курсом стоматологии общей практики

Резюме. Проведено ортодонтическое лечение и последующее протезирование 30 пациентов с аномалиями окклюзии в сочетании с дефектами зубных рядов. Анализ окклюзионных взаимоотношений зубных рядов проведен с помощью компьютерной системы Tekscan. Проведено электромиографическое исследование жевательной мускулатуры пациентов.

Abstract. We conducted orthodontic treatment and prosthetic repair of 30 patients with malocclusion in combination with defects of dentition. Correction of occlusion was performed using the apparatus Tekscan. Electromiographic study of masticatory muscles was also performed.

Актуальность. Известно, что единство зубочелюстной системы в морфологическом и функциональном отношении обеспечивается в результате тесного взаимодействия зубных рядов, челюстей, жевательной и мимической мускулатуры, височно-нижнечелюстного сустава. Дефекты зубных рядов нередко утяжеляют имеющиеся аномалии прикуса, что значительно снижает качество жизни пациента. В таких случаях ортодонтическое лечение пациента следует проводить с учетом последующего рационального протезирования.

Цель исследования. Совершенствование методов комплексной реабилитации взрослых пациентов с деформациями зубных рядов и аномалиями прикуса, осложненных дефектами зубных рядов.

Материалы и методы. Проведено ортодонтическое лечение и последующее протезирование 30 пациентов в возрасте от 21 до 63 лет с аномалиями окклюзии, сочетающимися с дефектами зубных рядов. Для лечения патологии применялась техника прямой дуги. Длительность ортодонтического лечения составляла в зависимости от сложности патологии от десяти до семнадцати месяцев.

Протезирование проводилось с изготовлением временных конструкций, длительность использования которых составляла не менее трех месяцев. С целью устранения суперконтактов и создания равномерного распределения жевательной нагрузки на все сегменты зубного ряда проводили избирательное пришлифовывание зубов с использованием данных, полученных при анализе окклюзионных взаимоотношений зубных рядов с помощью аппарата Tekscan (1 группа пациентов) и окклюзионной бумаги (2 группа пациентов). Электромиографическое исследование жевательной мускулатуры прибором Synapsis и компьютерная диагностика окклюзии проводились сразу после завершения ортодонтического лечения, на этапах временного протезирования и после фиксации постоянных протезов.

До лечения и после его завершения пациентов анкетировали при помощи разработанного нами «Опросника для оценки качества жизни взрослых пациентов с ортодонтической патологией».

Полученные результаты: исследование окклюзионных взаимоотношений зубных рядов с использованием аппарата Tekscan после фиксации временных мостовидных протезов выявило наличие суперконтактов у 9 пациентов, смещение вектора силы у 8, увеличение времени закрывания рта (максимальное волевое смыкание зубных рядов) у 6 человек, дисбаланс силовой нагрузки с превалированием одной из сторон у всех обследованных пациентов. Избирательное пришлифовывание зубов с учетом полученных данных позволило устранить суперконтакты у всех пациентов, нормализовать время закрывания рта у 5 человек, нормализовать баланс силовой нагрузки у 7 пациентов, у остальных – улучшить его.

Применение окклюзионной бумаги с той же целью выявило наличие суперконтактов у 7 пациентов. Проведенное после избирательного пришлифовывания отдельных зубов повторное исследование окклюзии при помощи аппарата Tekscan показало наличие суперконтактов, дисбаланса окклюзионной нагрузки, нарушения времени закрывания рта у 9 пациентов.

Электромиографическое исследование выявило нарушение тонуса жевательной мускулатуры у 8 пациентов из 1 группы и у 9 пациентов из 2 группы. После окончания лечения тонус мускулатуры у 6 пациентов 1 группы был нормализован, у 2 – улучшен. Среди пациентов 2 группы нормализация тонуса жевательной мускулатуры выявлялась у 3 пациентов, улучшение его показателей – у 4 пациентов.

Анкетирование выявило улучшение качества жизни пациентов после проведенного комплексного лечения по всем шкалам.

Заключение. Результаты исследования показали обоснованность комплексного подхода к реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных деформациями зубных рядов и аномалиями прикуса. Целесообразно введение в план лечения таких пациентов процедур компьютерного анализа окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, электромиографического исследования жевательной мускулатуры с целью создания множественной окклюзии и оптимизации тонуса жевательной мускулатуры, анализа показателей качества жизни пациента до лечения и после его окончания для оценки качества проведенного лечения.

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЭМАЛИ ЗУБА.

Маслова Т.В., Гришин В.В.,
СПБГМУ им. акад И.П.Павлова,
кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний

Резюме. Предлагаемый метод основан на свойствах твердых тканей поверхности зуба и предполагает проведение молекулярной диагностики. Очищенная поверхность эмали, имеющая высокую резистентность, содержит малорастворимые соли не обладающие сродством к воде проявляющие гидрофобные свойства. При нанесении на поверхность эмали дозированной капли дистиллированной воды при различных повреждениях эмали меняется угол смачивания. По разности изменения угла смачивания проводится диагностика.

Abstract. The proposed method is based on the properties of hard tissues of the tooth surface and implies a molecular diagnostics. Treated enamel surface, which has a high resistance, contains soluble salts do not have affinity for water exhibit hydrophobic properties. When applied to the enamel surface dosed drops of distilled water with various injuries enamel contact angle changes. From the difference in the changes of the contact angle is diagnosed.

Актуальность. Высокая распространенность заболеваний твердых тканей зуба и в настоящее время является актуальной проблемой поиска новых методов диагностики, профилактики и лечения этих патологий.

Цель исследования. Предложить не повреждающий эмаль диагностический метод определения резистентности эмали.

Материалы и методы. Изучение резистентности эмали предлагаемым нами способом, позволяет на молекулярном уровне, без повреждения эмали проводить диагностику начальных форм кариеса, некариозных поражений, гигиены полости рта, контролировать динамику лечения и результаты профилактических мероприятий. Гидроксиапатит, находящийся на поверхности эмали, малорастворимый в воде основной фосфат кальция. Как основная соль, он содержит в своей молекуле гидроксильную группу. Эта группа достаточно подвижная и может замещаться на ряд других групп, давая соответствующие апатиты. Так могут образовываться фторапатит, хлорапатит, карбоксилапатит.

Обычно малорастворимые соли не обладают сродством к воде и являются гидрофобными. Наличие подвижной гидроксигруппы ведет к взаимодействию с водой и кристалл приобретает гидрофильные свойства. Также существующие в эмали дефекты увеличивают гидрофильные свойства поверхности. Эти свойства можно количественно характеризовать, измеряя угол смачивания на поверхности зуба. Угол смачивания является результатом взаимодействия сил на границе раздела трех фаз – жидкость-воздух, твердое-воздух, жидкость-твердое. Основа метода в том, что на поверхность зуба наносят каплю дистиллированной воды из шприца дозиметра, после чего проводится фотографирование капли на поверхности зуба и с помощью специальной компьютерной программы измеряют угол смачивания. Результаты оценивались по изменению углов смачивания.

Для определения гигиенического состояния эмали зуба измеряют угол смачивания неочищенной поверхности эмали. Затем очищают поверхность протиркой спирта или абразив – содержащим средством без поверхностно активных веществ (силикагель, Керрпумикс, и т.д.). После обработки поверхность зуба промывают дистиллированной водой и подсушивают чистой салфеткой и повторно определяют угол смачивания. Изменение (увеличение) угла смачивания по сравнению с исходным значением характеризует наличие загрязнений на поверхности зуба.

Для определения начальной степени деминирализации определяют угол смачивания на нескольких очищенных зубах. Уменьшение угла смачивания на каком-либо зубе позволяет судить о начинающемся патологическом процессе.

Для определения функциональной резистентности твердой ткани зуба к кариесу проводят измерения угла смачивания на предварительно очищенном зубе. Затем накладывают на поверхность зуба ватный тампон, смоченный буферным раствором с pH 2,0-5,8, выдерживают в течении 30-40 секунд, промывают водой и определяют угол смачивания. По степени уменьшения угла смачивания, по сравнению с исходным, определяют уровень резистентности к кариесу.

Изменение угла смачивания больше чем на 10 %, во всех вышеперечисленных клинических исследованиях, показывает достоверные изменения на поверхности эмали зуба.

Заключение.

1. Предложенный метод позволяет объективно изучать состояние поверхности эмали зуба при различных патологиях.
2. Предлагаемый метод основан на свойствах твердых тканей поверхности зуба и предполагает проведение молекулярной диагностики.
3. Метод является не инвазивным, не повреждает твердых тканей зуба и не требует дорогостоящего оборудования, что позволяет внедрить его в практическую стоматологию.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ОПТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Михайлов В.В., Васильев А.В., Рекель К.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Резюме. Использование увеличивающей оптики в хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии позволяет врачам повысить точность выполняемой ими работы и улучшить эстетический и функциональный результат лечения.

Актуальность. Существуют различные средства увеличения для врачей. Наиболее функциональным является операционный микроскоп, который обладает целым рядом преимуществ: возможность соблюдения правильной осанки доктора, уменьшение нагрузки на глаза, увеличение качества работы и снижение частоты ошибок. При оснащении микроскопа средствами видеорегистрации появляется возможность документирования работы и передачи изображения другим специалистам, в том числе и по телемедицинским каналам в реальном времени. В тоже время, значительным недостатком микроскопа является его высокая стоимость, выделение под него значительного пространства в операционной, специальное обучения для доктора и необходимость подготовленного ассистента. В такой ситуации более доступным оказывается использование бинокулярных луп. В большинстве случаев их увеличение, которое может составлять до 6 крат, оказывается достаточным при обычно выполняемых манипуляциях.

Если в хирургической или ортопедической стоматологии, несмотря на явное улучшения качества работы использование оптики является факультативным, то в некоторых разделах челюстно-лицевой хирургии для выполнения определенных операций оптическое увеличение становится обязательным. Таковыми являются вмешательства, требующие наложения микрососудистого шва и сшивания периферических нервов.

Материалы и методы. Хирургическое восстановление обширных изъянов лица предусматриваетсоздание сложной трехмерной структуры из комплекса различных по физическим характеристикам тканей. Традиционное деление лица на области и зоны исходит из анатомической и гистологической разнородности выполняющих лицо поверхностных и глубоких структур. Из-за этих различий становится затруднительным получение естественного внешнего вида с использованием однородного участка тканей при одномоментном воссоздании нескольких анатомических областей лица. Для замещения изъянов лица существуют традиционные методы пластики местными тканями, однако именно микрососудистая технология пересадки аутогенных или аллогенных трансплантатов предоставляет совершенно новые возможности. Необходимость перемещения тканей из удаленных областей связано с ограниченным запасом свободных тканей на голове, а анатомическая удаленность от остальных сегментов тела требует использования свободной пересадки. Вопрос об использовании микрососудистой техники рассматривается в ситуациях, когда возможности пластики местными тканями оказываются исчерпаны.

В настоящее время описано более сотни различных лоскутов с осевым кровоснабжением. На сегодняшний день не рассматриваются задачи простого закрытия дефекта, но обязательно ставятся эстетические цели. Существует новое направление по использованию тонких «перфораторных» лоскутов. Введен термин супермикрохирургия (I. Koshima, 2007), когда используется увеличение нового операционного микроскопа до 50-крат, шовный микроматериал толщиной 50 мкм и специальный инструмент с рабочей частью до 0,2 мм. С развитием данного направления связывают серьезные надежды, в частности возможность получения тонких «перфораторных» лоскутов для трансплантации практически в любом месте человеческого тела.

Современным уровнем развития микрососудистых технологий является префабрикация лоскутов для пересадки (W.Morrison, 1996) – способ искусственного создания сочетаний различных структур на основе одного естественного источника реваскуляризации. Становится возможным получение

лоскутов с требуемыми характеристиками (цвет кожи, толщина, сочетание различных гистологических типов тканей). Примерами являются формирование наружного уха, носа, трахеи, челюсти на передней брюшной стенке, груди или внутренней поверхности предплечья, а также сегментов челюстей с использованием участков лопатки и ребер.

Еще дальше идут технологии тканевой инженерии, когда целью ставится выращивание живой ткани, необходимой для замещения поврежденной анатомической структуры вплоть до целого органа. В основу положена технология создания артерио-венозной петли (U.Kneser, 2006), которая решает проблему осевой васкуляризации выращиваемых тканей и стимуляции неоангиогенеза.

Комбинация перечисленных выше технологий (префабрикация, тканевая инженерия, микрососудистая хирургия) позволяет «вырастить» такие участки тела, как крупный фрагмент нижней челюсти (университет г. Киль, Германия) и верхнюю челюсть (иснтитут биотехнологий, г. Тампере, Финляндия) и ими полностью заместить анатомический дефект этих тканей. Подобные результаты на сегодняшний день возможны лишь в стенах единичных высокоспециализированных исследовательских и клинических центров, а многие из используемых технологий находятся в стадии изучения. Их продвижение в широкую практику является делом времени и упорного труда целых коллективов врачей и ученых.

Альтернативой разрабатываемым технологиям по выращиванию собственных тканей является аллогенная пересадка комплекса тканей лица. Данная технология на сегодняшний день была успешно применена в нескольких странах (Франция, США, Испания, Китай). Технология пересадки очень сложная и требует концентрации нескольких бригад высококвалифицированных хирургов. Главным ограничивающим фактором является необходимость иммуносупрессии у пациента, хотя фармакологические схемы совершенствуются и проблема отторжения чужеродных тканей успешно решается. Результаты аллогенных пересадок с функциональной и эстетической точек зрения превосходят традиционные методы.

Заключение. С выходом хирургической техники на новый, микроскопический уровень, у хирурга появляется большой выбор дополнительных методов. И в таком случае возможности по восстановлению сложных изъянов челюстно-лицевой области ограничиваются лишь оснащением стационара и квалификацией персонала.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

Михайлова В.В.
СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Резюме. В ходе исследования оценивалось состояние микроциркуляции слизистой оболочки полости рта до начала и спустя 6 месяцев после завершения ортопедического лечения 67 стоматологических больных с диагнозом «Повышенная стираемость зубов» на основании данных лазерной допплеровской флоуметрии. По результатам проведенной работы констатируется оптимизация состояния микроциркуляции слизистой оболочки полости рта в результате восстановления межальвеолярного расстояния.

Abstract. Using laser Doppler flowmetry oral mucosal blood flow was measured in 67 patients with tooth surface loss before and during orthopedic treatment. According to the results of this study was stated optimization of oral mucosal blood flow during the increasing occlusal vertical dimension.

Актуальность. Система микроциркуляции является основным звеном, обеспечивающим метаболический гомеостаз в органах и тканях. В последнее время при изучении окклюзионных взаимоотношений все большее внимание уделяется состоянию микроциркуляции, которая играет ключевую роль в трофическом обеспечении тканей. Центральным звеном развитии микроциркуляторных нарушении является расстройство капиллярного кровотока, обычно начинающееся со снижения интенсивности капиллярного кровотока, а заканчивающееся развитием капиллярного стаза в нутритивном звене микроциркуляторного русла. Таким образом, исследование состояния микроциркуляции слизистой оболочки полости рта у стоматологических больных на этапах ортопедического лечения представляет несомненный интерес для разработки алгоритмов лечения стоматологических заболеваний.

Цель исследования. Оценка состояния микроциркуляторного русла слизистой оболочки полости рта у стоматологических больных на разных этапах ортопедического лечения.

Материалы и методы. Нами обследовано 67 больных в возрасте от 27 до 73 лет из них 44 женщин (65,7%) и 23 мужчины (34,3%) с диагнозом «Частичная потеря зубов» (87%) и с сохраненными зубными рядами (13%). Во всех случаях у пациентов выявлена повышенная стираемость зубов. Наличие снижения межальвеолярной высоты регистрировалось функционально-физиологическим методом при помощи аппарата «АОЦО».

Состояние микроциркуляции оценивалось при помощи многофункционального лазерного диагностического комплекса «ЛАКК-М» (производство НПП «Лазма», Россия) до начала и спустя 6 месяцев после завершения ортопедического лечения с восстановлением межальвеолярной высоты.

В ходе исследования оценивались: показатель микроциркуляции (ПМ) и показатель шунтирования (ПШ). С целью оценки симметричности кровообращения рассчитывали коэффициент асимметрии (Ка) по исследуемым параметрам. Соотношение перечисленных выше ритмических составляющих объективно отражает состояние гемодинамики в микроциркуляторном русле.

Результаты. При первичном обследовании у всех пациентов имелись нарушения микроциркуляции. Изменения ПМ и ПШ носили разнонаправленный характер. У 42 пациентов исходное состояние слизистой оболочки полости рта характеризовалось увеличением ПМ на 40,2% относительно нормативных значений (группа 1), а у 15 пациентов - снижением оцениваемого параметра на 11,5% (группа 2). ПШ в группе 1 до лечения характеризовался его увеличением на 50%, в группе 2 уменьшением на 54,5% , что можно объяснить в первом случае венозным стазом, а во втором артериальной ишемией. При этом Ка был равен 0,09 во всех случаях.

После восстановления межальвеолярного расстояния, спустя 6 месяцев после завершения ортопедического лечения показатель микроциркуляции в группе снизился на 26,2%, а во 2-ой группе повысился на 17,4%, во всех случаях приближаясь к значениям нормы. Такая же тенденция наблюдается по ПШ. В группе 1 ПШ уменьшился на 20%, а в группе 2 увеличился на 45,5%. При этом коэффициент асимметрии уменьшился до 0,06, то есть он снизился на 34,24%.

Снижение коэффициента асимметрии свидетельствует о более равномерном распределении капиллярного кровотока в результате восстановления прикуса.

Заключение. По данным анализа лазерной допплеровской флоуметрии наблюдается ухудшение параметров микроциркуляции слизистой оболочки полости рта на фоне снижения межальвеолярной высоты, что выражается в 62,5% случаев увеличением показателя микроциркуляции, а в 37,5% наблюдений его снижением. Восстановление межальвеолярной высоты способствует нормализации кровообращения в микроциркуляторном русле слизистой оболочки полости рта.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АНГУЛЯРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Мозговая С.В., Сергеева Е.С., Соловьёва С.В.
Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, кафедры терапевтической стоматологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Научный руководитель профессор Л.А. Мозговая

Резюме. Проведён ретроспективный анализ 629 историй болезни пациентов с переломами нижней челюсти (ПНЧ), в том числе - 11,9% в области угла преимущественно мужчин в возрасте 22-31 г. У 30 чел. проведено комплексное лечение ПНЧ, включающее оперативное и местное физио-медикаментозное лечение с использованием инфракрасного лазерного света. В результате совокупности хирургического и терапевтического вмешательства получены наилучшие клинические результаты.

Abstract. A retrospective analysis of 629 medical histories of patients with the lower jaw fracture was carried out. This amount includes 11.9% of patients with the fracture in the angle, most of them are men at the age of 22-31. The 30 people got multimodality therapy of the lower jaw fracture, including operative therapy and local treatment (physiotherapy and medicamental treatment) using infrared laser light. As a result, due to the aggregate of the surgical and therapeutic treatment the best clinical results were received.

Актуальность. Переломы нижней челюсти в области угла встречаются в 57-65% случаев [Бернадский Ю.И., 1985]. При лечении пациентов с ангулярными переломами нижней челюсти (ПНЧ) помимо хирургического вмешательства значительную роль играет местная терапия, направленная на предупреждение возникновения воспалительных заболеваний тканей пародонта.

Цель исследования. Изучить варианты лечения, а также меры профилактики возможных осложнений в области пародонта у пациентов с ангулярными переломами нижней челюсти.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 629 историй болезни пациентов с ПНЧ за период 2010-2011гг. У 30 чел. общепринятый лечебный комплекс дополняли курсом лазеротерапии. Методика предусматривала облучение маргинальной части десны и межзубных сосочков инфракрасным лазерным светом с длиной волны 0,89 мкм (полупроводниковый аппарат «ОПТОДАН»). Использованы т.н. «противовоспалительные» параметры (80-100 Гц; 1,5-1,8 Вт; 2 мин. на каждое поле; 10 процедур).

Результаты исследования. В структуре заболеваемости больные с ПНЧ составили 11,9% от числа всех госпитализированных; ангулярные переломы диагностированы в 38% случаев (односторонние - у 39% и двусторонние – у 58%).

Среди пострадавших мужчины составили 89% и встречались в возрасте 22-31 года. Специализированная помощь на догоспитальном этапе оказана 56% пациентов, в том числе только шинирование – 28%, а шинирование с удалением зуба из линии перелома – 22%. У 73,6% больных с ангулярными переломами нижней челюсти проведено оперативное лечение. Среди способов иммобилизации отломков преобладало шинирование с остеосинтезом (44%), только шинирование потребовалось 40% пациентов, а только остеосинтез – 9%; фиксация отломков не проводилась в 7% случаев. Использование у больных с ПНЧ внутриротовых шинирующих конструкций с межчелюстной фиксацией неизбежно приводит к инициации воспаления в тканях пародонта. Это происходит за счёт ухудшения гигиенического состояния полости рта, возрастающей патогенной роли микробного компонента в возникающих условиях и прямого травмирующего воздействия элементов назубных шин. С целью профилактики воспалительных заболеваний пародонта всем пациентам проводили местное лечение путём устранения раздражающих факторов: снятие мягких и твёрдых зубных отложений с последующим туалетом преддверия полости рта растворами слабых антисептиков. Включение же в терапевтический комплекс инфракрасного лазерного света позволило получить наилучшие клинические результаты за счёт его многофакторного патогенетического воздействия. Так, об этом свидетельствует снижение индекса РМА к концу лечения на 26% и уменьшение ГИ в 3,6 раза.

Заключение. Совокупность хирургического и терапевтического подходов к лечению ангулярных переломов нижней челюсти позволяет существенно стабилизировать состояние тканей пародонта в неблагоприятных условиях межчелюстной фиксации и ускорить реабилитацию пациентов с данной патологией.

ЭМГ ПОКАЗАТЕЛИ НЕЙРОМЫШЕЧНОГО БАЛАНСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНОВИДНЫМИ ДЕФЕКТАМИ.

Мустакимова Р.Ф., Кадырова Н.Н., Салеева Г.Т., Салеев Р.А.

Резюме. Исследование показало, что лечение пациентов с клиновидными или абфракционными дефектами необходимо проводить с коррекцией нейромышечного баланса.

Abstract.The study showed that patient streated with wedge or abfraktsionnymid defects should be carried out with the correction of neuromuscular balance.

Актуальность. В настоящее время клиновидный дефект является одним из наиболее распространенных заболеваний твердых тканей зуба и ежедневно встречается в практике врача-стоматолога. До сих пор не определена этиология данного заболевания, но наибольшее распространение получила полиэтиологическая теория. Так, среди факторов, приводящих к возникновению клиновидных дефектов, выделяют абразивное поражение зуба, эндокринные нарушения у пациентов, пародонтит. Тем не менее, большинство исследователей склоняются к ведущей роли перегрузки в образовании клиновидных дефектов. Как известно, наибольшая деформация при нагрузке локализуется в области шейки зуба, т.е. в участке локализации клиновидных дефектов. При лечении данного заболевания с помощью реставраций перегрузка приходится уже на них, что ведет к образованию сколов реставраций или, что происходит чаще, к их потере. Основной целью стоматологического лечения является обеспечение оптимального состояния жевательного аппарата. Даже наиболее полное лечение

не может считаться законченным, если в результате этого не достигнуто здоровое состояние зубов, поддерживающих структур (пародонта) в гармонии с мышцами, костями, суставами и связками. К сожалению, в своей повседневной деятельности стоматологи меньше всего уделяют внимание диагностике состояния мышц.

Цель исследования. Оценить изменения в мышечной системе у пациентов с клиновидными и абфракционными дефектами.

Материалы и методы. При исследовании использовались данные объективного осмотра в сопоставлении с показателями электромиографии. Изучали жевательные мышцы, передние височные и грудино-ключично-сосцевидные мышцы с обеих сторон. Биполярные поверхностные электроды помещали на брюшки мышц параллельно мышечным волокнам: передняя височная — вертикально вдоль переднего края мышцы (венечного шва); жевательные — параллельно мышечным волокнам с верхним полюсом электрода на пересечении между линиями борозды козелково-губной комиссуры и exocanthion-gonion (Ferrario, Sforza, 1996; Ferrarioetal., 1999a); грудино-ключично-сосцевидные — параллельно мышечным волокнам, с верхним полюсом электрода вертикально на высоте gonion. Электромиографическая активность регистрировалась при помощи 6 каналов аппарата компании DeGotzen. Мы обследовали 37 пациентов обоего пола с абфракционными и клиновидными дефектами с преимущественной локализацией в области премоляров, с последующей диагностикой окклюзии в артикуляторе.

Результаты. У 89% участников наблюдался дисбаланс окклюзии, со смещением относительно стандартизированной симметричной активности жевательных мышц и передних височных мышц во время сжатия при естественной окклюзии. При этом у пациентов со вторичной частичной адентией определяли смещение жевательного центра в область фронтальных зубов (attiv<0).

У пациентов с сохраненной целостностью зубного ряда выявлен гипертонус мышц, что выражалось в увеличении значения IMPACT выше 3000. При дальнейшей диагностике в артикуляторе были определены множественные супраконтакты в области различных зубов.

Заключение. Лечение пациентов с клиновидными или абфракционными дефектами необходимо проводить с коррекцией нейромышечного баланса.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ ПАРОДОНТИТА.

Нацвлишвили Т.Т.
ГБОУ ВПО СЗГМУ имени И.И.Мечникова

Резюме. Агрессивный пародонтит мультифакторное заболевание, где генетическая предрасположенность является одним из патогенетических факторов развития патологии. Определение генов предрасположенности может улучшить диагностику и выбор методов лечения больных с агрессивными формами пародонтита.

Abstract. Aggressive periodontitis multifactorial disease where genetic predisposition is one of the pathogenic factors in the development of this disease. Detection of susceptibility genes can improve the diagnosis and treatment options of patients with aggressive periodontitis.

Актуальность. В последние годы большое внимание ученых привлекают агрессивные формы пародонтита. Несмотря на усилия многих исследователей, на

сегодняшний день мало известно о генах-модификаторах, влияющих на манифестацию клинических проявлений как хронического, так и агрессивного пародонтита.

Цель исследования. Установление частоты встречаемости генотипов и аллелей полиморфных маркеров генов COL1A1, VDR и NF-kB1, ассоциированных с состоянием клеточного иммунитета и метаболизмом костной ткани у больных с агрессивным и хроническим течением пародонтита.

Материалы и методы. Обследовано 119 человек, из них 42 мужчины и 77 женщин. Сформировано 3 группы исследования. I (основная) группа – 44 человека с диагнозом агрессивный пародонтит, которые разделились на 2 подгруппы: 1-ая подгруппа – 12 человек с локализованной формой в возрасте от 20-33 лет (8 женщин и 4 мужчин). 2-ая подгруппа – 32 человек с генерализованной формой в возрасте 22-38 г. (22 женщин и 10 мужчин). II группа (сравнения) – 36 человек с генерализованным хроническим пародонтитом в возрасте 36-60 лет (20 женщин и 16 мужчин). III - контрольная группа – 39 человек без заболеваний пародонта в возрасте 20-34 лет (27 женщин и 12 мужчин). Проведено клиническое, рентгенологическое исследование и молекулярно-генетичское исследование. Определение полиморфизмов генов проводили методом полимеразной цепной реакции с определением rs731236 гена VDR, rs1800012 гена COL1A1 и rs28362491 гена NFKB1.

Результаты. Анализ частоты генотипов в группах не выявил достоверных различий по генотипам и аллелям генов COL1A1 и VDR. Однако основная (30,2%) и сравнительнная группа (5,0%) различались частотой генотипа D/D гена NFKB1 (p=0,027; ОШ=8,233; 95% ДИ 0,995-68,154). При детальном изучении частоты данного генотипа при разных формах АП оказалось, что носители гомозиготы аллеля D чаще встречаются в группе с ЛАП (41,7%), чем с ГАП (25,8%) и достоверно отличаются от группы сравнения (5,0%) (p=0,018). Надо отметить, что генотип D/D гена NFKB1 в 3 раза чаще встречается у больных с АП чем у людей контрольной группы (30,2% и 11,4% соответственно) но достоверных различий не выявлено (p=0,057). Это говорит о том, что генотип D/D не влияет на развитие пародонтита в целом, но определяет форму пародонтита (АП или ХП) при его возникновении.

Заключение. Необходимо проведение дальнейших исследований и выявления путей активации Nf-kB при разных формах пародонтита и влияния на ее функцию противовоспалительной терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ СТАБИЛОМЕТРИИ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Овсянников К.А.
Северо-Западный государственный медицинский Университет имени И.И.Мечникова

Резюме. В исследовании рассматривается возможность применения компьютерной стабилометрии как дополнительного метода диагностики в стоматологии. Проведено обследование 85 пациентов с симптомами дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Согласно данным исследования компьютерная стабилометрия может применяться для оценки функционального состояния мышечно-суставного комплекса зубочелюстного аппарата.

Abstract. This study aimed to determine if it is possible to use computer-assisted stabilometry as a diagnostic tool in dentistry. Eighty five dental patients with TMD underwent comprehensive examination with inclusion of computer-assisted stabilometry. According to the data of the present study computer-assisted stabilometry can be used to evaluate the current functional state of muscular-articular complex of stomatognathic system.

Актуальность. Компьютерная стабилометрия является методом оценки функции равновесия человека. Метод основан на регистрации вклада опорно-двигательного аппарата, проприоцептивной чувствительности височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц, сухожилий челюстно-лицевой области в регуляцию функции равновесия.

При исследовании пациентов необходимо помнить о целостности организма, как в физиологическом, так и в биомеханическом смысле. В анатомическом и функциональном отношении зубочелюстной аппарат и верхний шейный отдел позвоночника тесно связаны. Особенностью височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является то, что жевательные мышцы в состоянии функционального покоя удерживают нижнюю челюсть в оптимальном положении и являются рецепторами гравитационных взаимоотношений статокинетической системы. Изменения функционального состояния шейного отдела позвоночника может сказываться на состоянии височно-нижнечелюстного сустава.

Цель исследования. Оценить влияние функционального состояния шейного отдела позвоночника на состояние височно-нижнечелюстного сустава у больных с дисфункцией ВНЧС по данным компьютерной стабилометрии.

Материалы и методы. Обследовано 85 больных в возрасте от 18 до 40 лет с сохранными зубными рядами и симптомами дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Из них 22 мужчины и 63 женщины.

Применялись следующие методы исследования: клиническое обследование, лучевая диагностика, компьютерная стабилометрия. Лучевая диагностика в виде магнитно-резонансной томографии области височно-нижнечелюстного сустава использовалась для исключения грубых морфологических изменений сустава. Компьютерная стабилометрия проводилась до начала лечения и через 1 месяц после начала ношения лечебного аппарата (каппы).

Для проведения компьютерной стабилометрии использовался компьютерный стабилоанализатор с биологической обратной связью «Стабилан-01-2» производства ОКБ «Ритм» (г. Таганрог). При проведении обследования использовались стабилометрические пробы, являющиеся нагрузочными как для зубочелюстного, так и для опорно-двигательного аппарата: в положении центральной окклюзии с поворотом головы вправо, в положении центральной окклюзии с поворотом головы влево, в положении передней окклюзии с поворотом головы вправо, в положении передней окклюзии с поворотом головы влево, в положении с максимально широко открытым ртом с поворотом головы вправо, в положении с максимально широко открытым ртом с поворотом головы влево.

Результаты: по данным анализа показателя площади эллипса статокинезиграммы до начала лечения сочетанная патология шейного отдела позвоночника и зубочелюстного аппарата выявлена у 33 пациентов (38.8% случаев). У 52 пациентов (61.2% случаев) не было выявлено взаимосвязи снижения функционального состояния мышечно-суставного компонента зубочелюстного

аппарата с шейным отделом позвоночника. Пациентам с сочетанной патологией до начала стоматологического лечения была рекомендована консультация и лечение по показаниям у врача-остеопата. При проведении обследования через 1 месяц после начала ношения лечебного аппарата (каппы) сочетанная патология шейного отдела позвоночника и зубочелюстного аппарата наблюдалась у 14 пациентов (16.5% случаев). Снижение количества пациентов с сочетанной патологией зубочелюстного аппарата и шейного отдела позвоночника подтверждает эффективность комплексного подхода к лечению данной группы пациентов.

Заключение. Применение компьютерной стабилометрии для оценки текущего функционального состояния зубочелюстного аппарата и шейного отдела позвоночника позволяет выявить пациентов, нуждающихся в комплексном лечении с привлечением врачей смежного профиля и повысить эффективность реабилитации данной группы стоматологических больных.

ПОСТУРОЛОГИЯ В СТОМАТОЛОГИИ: ТЕНДЕНЦИИ И ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОГО БАЛАНСА ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРИ СМЕЩЕНИИ ЦЕНТРА МАССЫ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА.

Ожигов Е.М.
МГМСУ, стоматологический факультет,
госпитальная ортопедическая стоматология
Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор Перегудов А.Б.

Abstract. Research shows the existence of the relationship between the mandibular position and the body posture. The approach to the stomatological treatment must be individual and complex. This can be achieved by careful diagnostics of both the whole body and the maxillofacial region and collaboration among doctors of different medical disciplines as well.

Актуальность. На протяжении 64 лет, со времён Виктора Столла, известно, что существует взаимосвязь между окклюзией и постурой позвоночника. Но для практической медицины важна количественная оценка этой связи. На данный момент не существует единого плана комплексного лечения пациентов с окклюзионным дисбалансом. Поэтому понимание процесса изменения окклюзионного баланса и его взаимосвязь с состоянием всего организма необходимо для правильного планирования лечения.

Цель исследования. Выявить изменение окклюзионного баланса зубных рядов при смещении центра массы человека в результате экспериментального изменения длины ног. Задачей является: 1) выявить наличие связи между экспериментальным изменением длины ног и положением центра массы тела, 2) выявить наличие связи между экспериментальным изменением длины ног и окклюзионным балансом зубных рядов, 3) выявить и определить тип связи между изменением положения массы тела и окклюзионным балансом зубных рядов. Аппаратура: система MatScan, система TScan, стельки от 1 до 10 мм.

Материалы и методы. В исследовании применялся дисперсионный и графический анализ и метод Алана Эндрюса.

Результаты: при смещении центра массы тела окклюзионный баланс зубных рядов смещается в ту же сторону, что и центр массы тела, во фронтальной плоскости и кзади в сагиттальной, что отражает компенсаторные возможности организма человека и связь различных уровней постуральной компенсации.

Заключение. Обобщая результаты исследования, необходимо отметить, что человеческий организм – целостная система, и любое изменение в одной его части ведёт изменению в другой. Нами было доказано наличие связи между положением нижней челюсти и положением тела в пространстве. Это заставляет задуматься об истинных причинах неудач протезирования, особенно у пациентов с различными нарушениями опорно-двигательного аппарата. Именно поэтому подход к стоматологическому лечению должен быть индивидуальным и комплексным, чему способствует тщательная диагностика всего тела, включая орофациальную область, так и сотрудничество врачей различных специализаций, например, врачей-стоматологов с врачами-остеопатами. Только при этом условии лечение может считаться эффективным.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ

Островская Л.Ю., Могила А.П., Грачева Д.В., Грачев П.П., Кобзева Ю.А.
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского,
кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Одним из новых подходов к оценке процессов ремоделирования костной ткани при пародонтите является исследование изменения уровня цитокинов. Это, прежде всего, относится к медиаторам, участвующих в поддержании хронического воспалительного процесса на уровне зубодесневого соединения, к молекулярным маркерам разрушения периодонтальной связки и альвеолярной костной ткани.

Abstract. One of the new approaches to the assessment of bone remodeling processes in periodontitis is the study of changes in the level of cytokines. This primarily refers to the mediators involved in the maintenance of a chronic inflammatory process at the level of periodontal connection to molecular markets of destruction of the periodontal ligament and alveolar bone.

Цель исследования. Определить содержание в десневой жидкости пародонтальных карманов больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) про- и противовоспалительных цитокинов (IL-18, IL-17), профиброгенного (MCP) и ангиогенного (VEGF) медиаторов, а также уточнить их значение для оценки процессов воспаления и деструкции в тканях пародонта.

Материалы и методы. Обследованы 50 больных ХГП (I группа – без остеопороза, II – с остеопорозом). Контрольную группу составили 10 здоровых лиц. Изучено содержание IL-17, IL-18, MCP, VEGF методом твердофазного иммуноферментного анализа в десневой жидкости и жидкости пародонтальных карманов тест системами фирмы «Вектор-Бест» (г. Новосибирск).

Результаты. Уровень IL-17, IL-18, MCP, VEGF был выше в обеих группах по сравнению со здоровыми лицами, причем у больных II группы достоверно выше, чем у больных без остеопороза. Выявлено, что увеличение содержания в десневой жидкости изучаемых цитокинов коррелировало с тяжестью пародонтита (rИЛ-17 = 0,622; rИЛ-18= 0,574). Выявлена прямая корреляция между повышением уровня провоспалительного ИЛ-18 и глубиной пародонтальных карманов (r=0,623), индексом РМА (r=0,677) и индексом ПИ (r=0,618). Увеличение содержания каждого из интерлейкинов в десневой жидкости связано не только с изменениями активности воспалительных процессов на уровне

зубодесневого соединения, но и с подъемом образования IL-17 в процессах остеокластогенеза и IL-18 – в процессах остеобластогенеза.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют важную роль изучаемых показателей в процессе воспаления и ремоделирования костной ткани. Определение уровня IL-17, IL-18, MCP, VEGF в десневой жидкости является информативным неинвазивным методом, позволяющим мониторировать активность воспалительного процесса в тканях пародонта, оценивать прогноз возникновения и развития ХГП.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРИКУСА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.

Петрова Н.П., Медведовская Н.М.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра ортодонтии

Резюме. Тезис содержит сведения о применении сведения о применении стандартизированного функционального аппарата ОТ-Корректора у пациентов 8-12 лет. Показания к применению ОТ-корректоров: нарушения окклюзии по сагиттали, по вертикали, скученность до 4,0 мм., выраженная кривая Шпее.

Abstract. This article contains information about the application of the OT-appliance in patients 8-12 years old. Indications for use of the OT- appliance are overjet, overbite, crowding up to 4.0mm., severe curve of Spee.

Актуальность. Аномалии прикуса в детском возрасте наблюдаются достаточно широко. По данным Арсениной О.И. (2009) к 12 годам 75% детей имеют ту или иную форму патологии прикуса и 70% из этих нарушений составляет дистооклюзия. Ранние исследования Ильиной-Маркосян Л.В.(1968, 1974), Малыгина Ю.М.(1986, 1990), Персина Л.С.(1998), Хорошилкиной Ф.Я.(2006) показывают, что дистооклюзия выявлена у 13,6% обследуемых дошкольников и школьников, что составляет 31,3% от числа всех аномалий прикуса. Нарушение функции зубо-челюстного аппарата выявлено у 69% больных с дистоокклюзией с имеющейся тенденцией увеличения этих параметров с возрастом. Кроме того, при дистоокклюзии происходит нарушение смыкания зубных рядов в сагиттальном направлении в 100% случаев, в трансверсальном направлении (в виде сужения зубных рядов) в 77,4% случаев, в вертикальном – в 83,3% случаев. Проблема профилактики возникновения данной формы патологии и ее дальнейшего лечения остается весьма актуальной и в наши дни.

Цель исследования. Определить показания и эффективность применения ОТ-Корректоров у пациентов в возрасте 8-12 лет с дистооклюзией.

Материалы и методы. С помощью уточнения жалоб со стороны, как родителей, так и пациента на нарушение прикуса, с помощью комплекса объективных методов обследования, таких как клинический осмотр, анализ контрольно-диагностических моделей и применение рентгенологического обследования (в некоторых случаях), было выявлено 15 ортодонтических пациентов с дистооклюзией, нуждающихся в лечении при помощи ОТ-Корректора.

Результаты. Применение ОТ-Корректоров у пациентов в возрасте 8-12 лет показано при имеющейся дистооклюзии, сопровождающейся нарушением смыкания зубных рядов по вертикали, при имеющейся скученности до 4.0мм., ротации резцов, их наклонов в вестибулярном направлении, выраженной кривой Шпее. При этом статистически достоверно установлено уменьшение щели по

сагиттали от 2-х до 6.0мм; изменение перекрытия по вертикали от 2-х до 5.0мм., а также улучшение эстетики лица пациентов и изменение тонуса мышц.

Заключение. Применение функционального аппарата ОТ - Корректора показано для детей в возрасте 8-12 лет с целью профилактики и лечения нарушений окклюзии по сагитали, вертикали и существенно улучшает положение нижней челюсти, высоту прикуса у пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АППАРАТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЯХ.

Петрова Н.П.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра ортодонтии

Резюме. Тезисы содержат сведения о применении стандартизированного функционального аппарата ОТ-Корректора у пациентов 8-12 лет.Показания к применению данного аппарата:нарушения окклюзии по сагиттали, по вертикали, скученность до 4,0 мм., выраженная кривая Шпее.

Abstract. This article contains information about the application of the OT-appliance in patients 8-12 years old.Indications for use of the OT-appliance are overjet,overbite, crowding up to 4.0mm., severe curve of Spee.

Актуальность. Аномалии прикуса в детском возрасте наблюдаются достаточно широко. По данным Арсениной О.И.(2009) к 12 годам 75% детей имеют ту или иную форму патологии прикуса и 70% из этих нарушений составляет дистооклюзия. Ранние исследованияИльиной-Маркосян Л.В.(1968, 1974), Малыгина Ю.М.(1986, 1990), Персина Л.С.(1998), Хорошилкиной Ф.Я.(2006) показывают, что дистооклюзия выявлена у 13,6% обследуемых дошкольников и школьников, что составляет 31,3% от числа всех аномалий прикуса. Нарушение функции зубо-челюстного аппарата выявлено у 69% больных с дистоокклюзией с имеющейся тенденцией увеличения этих параметров с возрастом. Кроме того, при дистоокклюзии происходит нарушение смыкания зубных рядов в сагиттальном направлении в 100% случаев, в трансверсальном направлении (в виде сужения зубных рядов) в 77,4% случаев, в вертикальном – в 83,3% случаев. Проблема профилактики возникновения данной формы патологии и ее дальнейшего лечения остается весьма актуальной и в наши дни.

Цель исследования. Определить показания и эффективность применения стандартизированного функционального аппарата - ОТ-Корректора - у пациентов в возрасте 8-12 лет с нарушениями прикуса в сагиттальной плоскости.

Материалы и методы. С помощью уточнения жалоб со сторонякак родителей так и пациента на нарушение прикуса, с помощью комплекса объективных методов обследования, таких как клинический осмотр, анализ контрольно-диагностических моделей и применение рентгенологического обследования (в некоторых случаях), было выявлено 15 ортодонтических пациентов с дистооклюзией, нуждающихся в лечении при помощи стандартизированных функциональных аппаратов ОТ-Корректоров.

Результаты. Применение стандартизированных функциональных аппаратов ОТ-Корректоров у пациентов в возрасте 8-12 лет показано при имеющейся дистооклюзии, сопровождающейся нарушением смыкания зубных рядов по вертикали, при имеющейся скученности до 4.0мм., ротации резцов, их наклонов в вестибулярном направлении, выраженной кривой Шпее. При этом

статистически достоверно установлено уменьшение щели по сагиттали от 2-х до 6.0мм; изменение перекрытия по вертикали от 2-х до 5.0мм., а также улучшение эстетики лица пациентов и изменение тонуса мышц.

Заключение. Применение функционального аппарата ОТ-Корректора показано для детей в возрасте 8-12 лет с целью профилактики и лечения нарушений окклюзии по сагиттали, вертикали и существенно улучшает положение нижней челюсти, высоту прикуса у пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОТОКОЛОРИМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРИЕСА ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ.

Петросян А.П.

Резюме. Описан фотоколориметрический метод для диагностики и определения тактики лечения осложнений кариеса во временных зубах.

Abstract. Photocolorimetric describes a method for diagnosis and treatment of complications of tactics caries in temporary teeth.

Актуальность. Диагностика пульпита во временных зубах основана на данных объективного обследования и данных, полученных от родителей. Недостаток субъективных признаков вместе с известной трудностью общения с ребенком представляет основную причину диагностических затруднений при заболевании пульпы и при определении жизнеспособности ее во временных зубах. Одним из маркеров определения воспаления в тканях пародонта является десневая жидкость (Барер Г.М., Халитова Э.С. и др., 1987). Жидкостью десневой борозды, которае образуется вследствие пропотевания плазмы крови из сосудов собственной пластинки десны через эпителий прикрепления. В норме эта жидкость вырабатывается в незначительных количествах, однако, при воспалительных явлениях ее объем резко увеличивается вследствие нарастания внутритканевого давления и повышения проницаемости сосудов в собственной пластинке. При этом в жидкость десневой борозды попадают различные медиаторы воспаления, ферменты и другие, биологически активные вещества, а также продукты ферментного разрушения тканей (Вавилова Т.П., Петрович Ю.А. и др.,1990; Вавилова Т.П. 1991). В десневой жидкости содержатся альбумины, глобулины, система комплемента. В связи с вышесказанным, весьма перспективно использовать данный метод для диагностики, определения тактики и оценки эффективности лечения пульпита временных зубов.

Цель исследования. Повысить качество диагностики и оценки эффективности лечения пульпита временных зубов.

Материалы и методы. С целью определения критериев выбора тактики лечения осложнений кариеса кариеса и оценки полученных результатов после проведенного лечения было обследовано 22 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет. Использовался лабораторный метод исследования по параметрам биохимических показателей белка в десневой жидкости. Для решения этой задачи были сформированы 4 группы: в I группе находились интактные временные зубы, не пораженные кариесом и его осложнениями и без заболеваний пародонта; во II группе находились временные зубы, пораженные кариесом, но без осложнений и без заболеваний пародонта; в III группе находились временные зубы с диагнозом хронический фиброзный пульпит и без заболеваний пародонта; в IV группе находились временные зубы выраженными изменениями в тканях периодонта. Для проведения фотоколоритмического исследования была использована

хроматографическая бумага, десневая жидкость, полученная из десневой борозды временных зубов и реактив с кумаси синим G 250.

Для использования хромотографических полосок на временных зубах они были модернизированы с учетом размера временных зубов, ширины и глубины периодонтальной щели во временных зубах. Степень окрашивания десневой жидкости с реактивом с кумаси синим G250 определяли по 10 бальной шкале различных тонов синего цвета.

Полученные результаты. В I и II группе среди 62 зубов практически не было окрашивания модифицированных хроматографических полосок реактивом(98,4%зубов в обеих группах), что свидетельствует об отсутствии белка в десневой жидкости. Также из проведенного исследования, можно сказать, что между I и II группой отсутствует степень достоверности разности результатов исследования)(в I группе 0,94±0,15, во II группе 0,86±0,14, $t<2$, $p>0,05$), случайна и не обусловлена закономерностью распределения этих двух групп по диагнозу. Поэтому с большой вероятностью можно сказать, что и в норме, и при кариесе в десневой жидкости нет проявлений воспаления. В III группе (2,5±0,16) по сравнению с I группой преобладали индексы окрашивания с более высокой интенсивностью окрашивания ($t>2, p<0,05$), что свидетельствует о незначительном присутствии белка в десневой жидкости. Поэтому с большой вероятностью, можно сказать, что распределение этих двух групп с разными диагнозами закономерно. То есть при пульпите во временных зубах в десневой жидкости уже появляются небольшие признаки воспаления. В IV группе (5,5±0,19) по сравнению с I группой преобладали индексы с более высокой интенсивностью окрашивания ($t>2, p<0,05$), что свидетельствует о значительном присутствии белка в десневой жидкости. Следовательно, при хроническом периодонтите во временных зубах в десневой жидкости есть значительные признаки воспаления. Соответственно можно предложить следующие интерпретации индекса окрашивания в зависимости от степени окрашивания в группах, различных по диагнозу и рекомендации к действию. Значения индекса от 0 до 3 соответствует интактной пульпе, без признаков воспаления; значение индекса от 3,1 до 5 соответствуют пульпе без воспалительных процессов, либо в ней имеются небольшие изменения воспалительного характера, возможно применение метода пульпотомии; при значении индекса 5,1-7 и 7,1-10 в пульпе необратимое воспаление либо некроз в тканях пульпы и окружающих корень зуба тканях соответственно, необходима либо пульпэктомия, либо удаление зуба.

Заключение. Разработанные критерии и рекомендации к лечению могут являться дополнением к клиническому и рентгенологическому методам обследования.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ БЕНЗИДАМИНА ГИДРОХЛОРИДА 0,15 %

Пикилиди Т.В., Шевченко М.А.
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
кафедра детской терапевтической стоматологии

Резюме. Работа посвящена оценки эффективности лечения заболеваний пародонта у детей (лечение хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести К05.3.) с применением нестероидного противовоспалительного препарата бензидамина гидрохлорида 0,15%. Было установлено, что включение

нестероидного противовоспалительного препарата бензидамина гидрохлорида 0,15% в комплексное лечение повышает эффективность лечения заболеваний пародонта у детей.

Abstract. The research is done to assess the effectiveness of periodontal disease treatment in children (treatment of chronic generalized slight periodontitis K05.3.) with application of non-steroid anti-inflammatory 0,15 % Benzidamine Hydrochloride. It has been determined that the inclusion of non-steroid anti-inflammatory 0,15 % Benzidamine Hydrochloride makes periodontal disease treatment in children more effective.

Актуальность. Заболевания пародонта в последнее время приобрели значимость как общемедицинской, так и социальной проблемы (Калинин В.И., 1969; Цепов Л.М., Орехова Л.Ю., 1999; Кирсанов А.И., Горбачева, 2000). В детском возрасте в основном преобладают воспалительные заболевания пародонта (гингивит, пародонтит). Согласно последним эпидемиологическим исследованиям распространенность заболеваний пародонта в детском возрасте высока: в 12лет – 34 % , в 15лет – 41 % (Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., 2009).

Цель исследования. Повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта у детей.

Материалы и методы. Было проведено клиническое обследование и лечение 40 детей в возрасте от 12 до 18 лет. У всех пациентов был поставлен диагноз - хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести К05.3. Дети были разделены на 2 группы. В первой – контрольной (20 детей) и во второй (20 детей) группах было проведено оценка состояния гигиены с помощью индексов ИГРУ, обследование пародонта с помощью индекса CPI, а также индекса PMA. Пациентам первой и второй группы исследования после проведения клинического обследования была проведена профессиональная гигиена полости рта, даны рекомендации по индивидуальной гигиене. Детям первой и второй группы для лечения пародонтита был назначен препарат Метрогил дента в течение двух недель. Детям второй группы был назначен препарат Тантум-Верде (Бензидамин) в течение 2 недель, местно, в виде орошений в домашних условиях.

Результаты исследования. Показатели индекса ИГРУ впервой и во второй группах исследования до лечения следующие 1,71±0,13 и 1,49±0,17. Через три месяца исследования в первой группе и во второй группах исследования показатели индекса снизились значительно и составили - 0,78±0,050 в первой группе и 0,72±0,06 -во второй группе исследования. В 2 группе показатели индекса через шесть месяцев и через год составили – 0,74±0,03 и 0,72±0,03 соответственно. Во второй группе детей через шесть месяцев и через год наблюдалось достоверное снижение показателей: 0,71±0,05 и 0,70±0,03 (при $p \leq 0,001$). Индекс CPI в первой и второй группах составил 1,87±0,07 и 1,72±0,11 до лечения. Наблюдения через три месяца выявили значительное снижение показателей индекса, которые составили 0,83±0,11в первой группе и 0,55±0,09 во второй группе. В первой группе исследования показатели составили -0,82±0,09 через шесть месяцев, через год 0,81±0,07. Во 2 группе через шесть месяцев и через год произошло незначительное снижение показателей, которые составили 0,52±0,08 и 0,50±0,05. Анализ показателей индекса PMA выявил следующие результаты. До проведения лечебных мероприятий показатели в двух группах исследования составили 50,58±3,25 и 51,94±3,62 . Через три месяца в обеих группах произошло достоверное снижения показателей, которые составили 39,25±3,12 в первой группе и 37,05±2,21 во второй группе. Тенденция стойкой

ремиссии тяжести воспалительных изменений тканей пародонта наблюдалось через шесть месяцев и через год в обеих группах исследования. Показатели в 1 группе -35,18±2,34 (через шесть месяцев) и32,17±2,32 (через один год). Показатели РМА во второй группе - 33,25±3,12 (через шесть месяцев) и 28,15±2,34 через 1 год исследования. Через год наблюдения показатели индекса в первой группе снизились несущественно – 28,15±2,34, однако во второй группе произошло достоверное снижение показателей 18,58±2,07(при $p \leq 0,001$).

Заключение. Проведенные клинические исследования показали высокую эффективность нестероидного противовоспалительного препарата бензидамина гидрохлорида в комплексном лечении заболеваний пародонта у детей.

КАЗУИСТИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАНЕНИЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

Попов В.Л., Егорова О.А.

Резюме. Представлено 2 казуистических клинических случая тяжелых повреждений шеи и головы, закончившиеся выздоровлением.

Abstract. Two casuistic cases of severe injuries to the head and neck are reported. Both patients recovered after the traumas.

Актуальность. Колото-резаные ранения головы и шеи характеризуются скрытым объемом повреждения, наличием инородных тел в раневом канале и изначально неясном исходе травмы из-за неконтролируемого рассечения тканей по ходу раневого канала. Непосредственными причинами летального исхода, составляющего 11 % при этом виде травмы, являются массивная кровопотеря, геморрагический шок, аспирационная асфиксия и др. Несвоевременное оказание помощи пострадавшим с колото-резаными ранениями приводит к гнойно-септическим осложнениям. Все это служит объективным основанием априорности суждений о закономерности смертельных исходов при таких травмах, однако мы располагаем 2 клиническими наблюдениями, завершившихся благоприятным исходом.

Пострадавшая П., 52 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в крайне тяжелом состоянии в первые минуты после причинения ей ранения кухонным ножом в область шеи в состоянии геморрагического шока. На левой передне-боковой поверхности шеи определялась косо ориентированная веретенообразной формы рана с ровными краями длиной 5,5 мм, с верхним острым и противоположным М-образными концами, ориентированными с 11 на 5 ч условного циферблата часов. Верхний конец раны определялся на 1 см вправо от срединной линии шеи и на 5 см влево от угла нижней челюсти. Нижний конец раны находился в 9 см от левого угла нижней челюсти. Из раны выступала деревянная рукоятка кухонного ножа длиной 13 см и часть металлического клинка длиной 0,5 см, прилежащая к рукоятке. Направление раневого канала сверху вниз, слева направо и несколько спереди назад относительно вертикального расположения тела. Интраоперационно выполнены рентгенография шейного отдела позвоночника и эзофагоскопия в ходе которых выявлено нарушение целости подъязычной кости; повреждение пищевода не обнаружено. Операции первичной хирургической обработке ранения шеи предшествовало наложение трахеостомы. Во время операции трижды происходила остановка сердечной деятельности, производились реанимационные мероприятия. В послеоперационном периоде восполнена кровопотеря, состояние

пострадавшей стабилизировалось. На 14-е сутки после травмы больная выписана на амбулаторное лечение после эпителизации послеоперационных ран.

Пострадавший А., 31 года, доставлен в приемное отделение в первые часы после удара ножом в голову, рукоятка которого выстояла из правой височной области. Больной в сознании, контактен, изо рта запах алкоголя. Неврологический статус без особенностей. В операционной выполнены краниограммы: инородное тело металлической плотности размером 3×10 см (клинок ножа) в правой височной области, дырчатый перелом правой височной кости. В ходе трепанации черепа в правой височной области установлено, что раневой канал проходил по передне-верхней поверхности пирамиды правой височной кости на границе ее внутренней и средней трети, имел глубину до 7 см и заканчивался, не доходя до вершины пирамиды на 1 см; выявлены повреждения чешуи височной кости, твердой мозговой и паутинной оболочки, а также поверхностное повреждение ткани вентральной поверхности височной доли. Инородное тело – нож удален. На 8-е сутки после травмы больной самовольно покинул травматологическое отделение.

Заключение. Данные наблюдения свидетельствуют о том, что при колото-резаных повреждениях таких жизненно важных областей как шея и мозговой отдел черепа, даже при проникающем характере повреждений, своевременно и адекватно оказанная специализированная медицинская помощь позволяет предотвратить смертельный исход или развитие необратимых смертельных осложнений.

ВОЗМОЖНОСТИ ДВУХЭТАПНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСТООКЛЮЗИИ У ПОДРОСТКОВ.

Попов С.А., Жданов П.П., Алешкова Ю.В.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра ортодонтии

Резюме. В данных тезисах сравнивается эффективность одноэтапного и двухэтапного ортодонтического лечения гнатической формы дистооклюзии у подростков.

Abstract. The question about timing and methods of early treatment of class II, caused by abnormal development of maxillofacial complex, is being solved by many orthodontists ambiguously. Given article compares the efficiency of one phase and two phase orthodontic early treatment of skeletal class II.

Актуальность. Вопрос о сроках и методах лечения пациентов с дистальной окклюзией, в основе которой лежат аномалии развития зубочелюстной системы, решается неоднозначно. По данным исследований, дистальная окклюзия, обусловленная только положением зубов, составляет не более 10% от общего количества обращений за ортодонтической помощью. В большинстве случаев наблюдается, как скелетная, так и зубоальвеолярная формы дистоокклюзии.

При выраженном скелетном несоответствии ортодонтическое лечение необходимо начинать рано. У растущих пациентов данная аномалия может быть скорректирована за счет усиления роста нижней челюсти и, если необходимо, сдерживания роста верхней, функциональными аппаратами оказывающими протрузионное действие.

В настоящее время, эта концепция остается актуальной для растущих пациентов, так как, в большинстве случаев ортодонтами применяются методы с сокращением зубных рядов в фазе пубертатного периода роста зубочелюстного аппарата, что в значительной степени влияет на морфологический и функциональный статус

растущего пациента. Это часто оказывает негативное влияние на профиль мягких тканей, который существенно влияет на эстетику лица, а также создаются предпосылки формирования дисфункции ВНЧС.

Цель исследования. Определить возможности одноэтапного и двухэтапного ортодонтического лечения гнатической формы дистооклюзии у подростков.

Материалы и методы. На базе кафедры ортодонтии СЗГМУ им. И.И. Мечникова были приняты на лечение 20 пациентов в возрасте от 8,5 до 15 лет с гнатической формой дистальной окклюзиии зубных рядов. Все пациенты разделены на 2 группы:

I – группа (10 человек) – подростки, которым проводилось двухэтапное ортодонтическое лечение в возрасте 8,5-15 лет; на первом этапе ортодонтическое лечение проводилось с применением аппарата Кларка (индивидуальный функциональный аппарат), на втором этапе современной несъемной аппаратурой.

II – группа (10 человек) – подростки, которым проводилось одноэтапное ортодонтическое лечение в возрасте 11,5-15 лет только с применением современной несъемной аппаратуры.

У пациентов обеих групп ортодонтическое лечение проводилось без удаления отдельных зубов.

До и после ортодонтического лечения проводились расчеты ТРГ (телерентгенограмм) в боковой проекции и ЭМГ (электромиографическое) исследование по стандартному протоколу. Были обследованы жевательные и передние височные мышцы с обеих сторон. ЭМГ активность была зарегистрирована с помощью электромиографа (Freely), подключенного к компьютеру.

Результаты: анализ полученных данных ТРГ показал взаимосвязь использования функционального этапа ортодонтического лечения с полной коррекцией патологии II класса.

ЭМГ показатели после двухэтапного ортодонтического лечения характеризовались позитивными изменениями абсолютных показателей биоэлектрической активности жевательных мышц, определяя функциональность и стабильность окклюзии.

ЭМГ показатели после одноэтапного ортодонтического лечения часто характеризовались разбалансировкой активности жевательных и височных мышц, снижением активации собственно жевательных мышц и нагрузкой на ВНЧС.

Заключение. Анализ данных, полученных в результате проведенного исследования у подростков, свидетельствует о более качественной и полной коррекции гнатической формы дистальной окклюзии при двухэтапном подходе, чем при одноэтапном, за счет функционального этапа, обеспечивающего позитивные изменения абсолютных показателей биоэлектрической активности жевательных мышц, определяя функциональность окклюзии и позитивное влияние на формирование, и рост зубочелюстного аппарата.

МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У МУЗЫКАНТОВ-ТРУБАЧЕЙ.

Прокопова М.А., Золотницкий И.В., Хрынин С.А.
МГМСУ, кафедра госпитальной ортопедической стоматологии

Резюме. У музыкантов-трубачей могут возникать явления гальванизма в полости рта, что может быть связано с нерациональным протезированием и отсутствием учета их профессиональной деятельности, а именно взаимодействия комбинированных коронок и мостовидных протезов из сплавов неблагородных металлов с металлическим мундштуком на основе латуни и покрытиями из золота/никеля/серебра.

Abstract. One of the problems of musicians, trumpeters is the emergence of galvanism in the oral cavity, which can be attributed to mismanagement and lack of prosthesis regardless of their professional activities, namely the interaction of combined crowns and bridges made of alloys of base metals with a metal mouthpiece by brass and coated in gold / nickel / silver.

Актуальность. Музыканты, играющие на духовых инструментах, зачастую предъявляют жалобы на различные проблемы в челюстно-лицевой области, мешающие их профессиональной деятельности или вызывающие общий дискомфорт. Некоторые жалобы - общие для музыкантов, остальные характерны для конкретного музыкального инструмента. Общие жалобы могут включать: патологию прикуса и пародонта, травмы мягких тканей, локальное перераспределение мышечного тонуса, задержку прорезывания зубов, герпес, ксеростомию и неудачные последствия стоматологического лечения (Middlestard S., Fishbein M., 1994). Кроме того, музыканты данной группы также страдают от образования «мозолей» на верхней губе, фиброзирования круговой мышцы рта и контактного дерматита из-за аллергии на никель, хром, сплавы металлов и компоненты полировочной жидкости (Methfessel G.,1990).

Гиперчувствительность так же может быть спровоцирована давлением, трением, потом, конденсатом дыхания и слюны. Зачастую, при нерациональном протезировании возникают явления гальваноза. Причиной образования ионов металла в полости рта является химическая активность слюны (Колотыркин Я.М., 1999, Дойников А.И., Демнер Д.Л., 1989). Известно, что слюна, являясь биологическим электролитом, создает благоприятные, стабильные условия для диссоциации ионов из металлических протезов в полость рта.

Дополнительным фактором риска возникновения гальванизма является то, что большинство современных трубных мундштуков изготавливается из твердой латуни с покрытием другим металлом, таким как серебро, никель или золото. Аллергия на золото, хоть и нечасто, так же нашла свое документальное отображение в литературе (R. Laeijendecker, T. van Joost, 1994).

Цель исследования. Изучить изменения микроэлементного состава слюны музыкантов-трубачей до и после трехчасовой игры на инструменте.

Материалы и методы. В ходе работы нами обследовано 10 музыкантов-трубачей в возрастной группе от 30 до 50 лет. Продолжительность их игры составляла не менее 3 часов ежедневно, что свидетельствует об уровне их профессиональной деятельности. У всех музыкантов имелись комбинированные коронки и мостовидные протезы из сплавов неблагородных металлов.

Ротовая жидкость объемом 2 мл собиралась у трубачей до и после трехчасовой игры на духовом музыкальном инструменте. Изменение состава слюны изучалось при помощи прибора Эмал-2

Прибор Эмал-2 (Россия, 1993) является лазерным масс-спектрометром и предназначен для элементного анализа твердых образцов. Источником лазерного излучения является лазер ИЗ-25 с активным элементом из оксида иттрия, легированного неодимом. Лазер работает в режиме модулированной добротности, что обеспечивает высокую энергию одиночного импульса. Луч лазера фокусируется на мишень, которая находится в вакууме. Диаметр лазерного факела 20-50 мкм. При такой плотности излучения на поверхности образца образуется область низкотемпературной плазмы, состав которой отвечает составу образца. Высокий потенциал (25 кВ) выталкивает положительные ионы в область ионного источника, где формируется сфокусированный ионный пучок. Возникающий разброс ионов по энергиям корректируется электростатическим анализатором. Разделение ионов по массам происходит в магнитном анализаторе. В приборе реализована только фоторегистрация ионов на специальных фотопластинах или пленках (УФ-4, УФ-5). Поле проявления на фотопластине выявляется обычный линейчатый спектр. По положению на пластине можно рассчитать точную массу и, таким образом, определить качественный состав исследуемого образца. Сравнение относительных почернений линий дает возможность определить количественное содержание каждого элемента.

Результаты исследования. У всех 10 обследованных музыкантов-трубачей после трехчасовой игры на духовом музыкальном инструменте в слюне произошло увеличение содержания металлов по сравнению с результатами ДО игры – магния (в 1,051 раза), марганца (в 1,208 раза), алюминия (в 1,347 раза), хрома (в 1,223 раза), железа (в 1,295 раза), никеля (в 1,853 раза), цинка (в 1,104 раза) – входящих в состав стоматологических сплавов, а так же меди (в 1,15 раза) – основного компонента латунных трубных мундштуков.

Заключение. После трехчасовой игры на духовом инструменте музыкантов, имеющих комбинированные коронки и мостовидные протезы (из сплавов неблагородных металлов), в слюне объективно увеличивается количество металлов, входящих в состав стоматологических сплавов (Mg, Mn, Al, Cr, Fe, Ni, Zn), а так же Cu – основы трубных мундштуков, что увеличивает вероятность возникновения явлений гальванизма.

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОХИМИИ ЭМАЛИ ПРИ ОТВЕРЖДЕНИИ ФОТОПОЛИМЕРОВ РАЗНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ СВЕТА.

Ребриев Е.Ю.

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко, кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Результаты исследования позволили сделать вывод, что процесс традиционного лечения кариеса зубов ведет к снижению резистентности эмали, ухудшает реминерализацию травмированных во время препарирования участков эмали, что сказывается на качестве пломбы. Использование модулированного красного света в лечении кариозного поражения значительно повышает резистентность эмали.

Abstract. The result of research led to the conclusion that process of conventional dental caries treatment leads to reduction of resistance of the enamel, impairs remineralization of the enamel’s areas traumatized during preparation, that affects the composite restoration quality. The usage of the modulated red light in treatment of a caries lesion considerably increases resistance of the enamel.

Актуальность. Несмотря на большой выбор пломбировочных материалов и реставрационных технологий, применяемых для устранения дефектов твердых тканей зубов, актуальной проблемой остается перелечивание вторичного кариозного процесса.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения кариеса зубов, профилактика вторичного кариеса.

Материалы и методы. Основой для получения научных данных, согласно цели и задачам исследования, являлся контингент из 30 человек, из них 17 (56,7%) женщин и 13 (43,3%) мужчины. Все принимавшие участие в обследовании были разделены на две группы по методам препарирования: первая группа - 10 человек – проводили традиционное пломбирование полости. Во второй группе - 20 человек – после пломбирования по выше указанной методике зуб покрывали фторсодержащим лаком и облучали модулированным красным светом в течение 1 минуты. При клинических исследованиях использовались следующие методики: визуальный осмотр и зондирование, КОСРЭ-тест (клиническая оценка скорости реминерализации эмали), ТЭР-тест (тест эмали резистентности), электрометрические исследования твердых тканей зуба (ЭМИ); метод определения неудовлетворительного пломбирования (МОНП) путем окрашивания эмали на границе с пломбировочным материалом 2% раствором метиленового синего.

Результаты исследований – это результаты клинического обследования пациентов после проведенного пломбирования зубов вывили следующие закономерности.

Изучение показателей КОСРЭ - и ТЭР - тестов позволяют сделать вывод о неблагоприятном воздействии пломбирования на резистентность эмали и реминерализацию зубов. Сразу после пломбирования резистентность эмали снизилась в обеих группах, что указывает на неблагоприятное воздействие лечения кариеса на обменные процессы в твердых тканях зуба. Однако, в группе исследования кислотоподверженность эмали составила 32%, в контрольной группе - 53%, полная реминерализация наступила в группе исследования через 4,1 суток, в контрольной группе – через 6,4 суток. Результаты исследований позволяют сделать вывод о благоприятном действии модулированного света на восстановление резистентности эмали и ее способности к реминерализации после лечения кариеса, что указывает на восстановление качества структуры эмали, ее обменных процессов. Электрометрические исследования эмали в группах больных в постпломбировочный период показывают значительное снижение показаний в среднем до 0,16 мкА в контрольной группе 0,17 мкА – в группе исследования, что очень близко к норме. Наряду с этим, в группе традиционного пломбирования через 1 месяц электропроводность увеличилась на 0,44 мкА (на 63,6%), по сравнению с показаниями, полученными сразу после пломбирования. В группе применения модулированного света в конце 3 недели электропроводность тоже увеличивается, но это увеличение не превышает 0,26 мкА (34,6%), что в 1,69 раза ниже, чем в контрольной группе. Менее значительное, чем в группе традиционного лечения, повышение электропроводности в группе применения модулированного света, говорит о его положительном влиянии на восстановление физиологического минерального обмена после пломбирования. При окрашивании периферической части эмали на границе с пломбировочным материалом, в группе где проводилось лечение по общепринятой методике в течение 6 месяцев появилось окрашивание у 5 (25%) пациентов. В группе применения модулированного света окрашивание

зарегистрировано у 1 (5%) пациента через 1 месяц, но потом исчезло, что подтверждает эффективность модулированного света в отношении стабилизации обменных процессов в эмали зубов после лечения.

Заключение. Установлено, что процесс традиционного лечения кариеса зубов снижает резистентность эмали, ухудшает реминерализацию травмированных во время препарирования участков эмали, что сказывается на качестве пломбы. В связи с этим, является обоснованным использование модулированного красного света в лечении кариозного поражения.

Таким образом, полученные результаты доказывают высокую эффективность нового метода пломбирования, что в значительной степени улучшает качество лечения кариеса, значительно снижает нарушение краевого прилегания пломб и риск развития вторичного кариеса.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ISO ПЛОМБ ПРИ ОТВЕРЖДЕНИИ ФОТОПОЛИМЕРОВ МОДУЛИРОВАННЫМ ДИОДНЫМ СВЕТОМ.

Ребриев Е.Ю.

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко, кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Цель исследования - повышение эффективности лечения кариозного процесса при помощи отверждения фотополимеров альтернативными источниками света. Результаты проведенного исследования указывают на то, что композиционные пломбировочные материалы, отвержденные с использование модулированного диодного синего света, не только соответствуют параметрам ISO, но и превосходят их по некоторым показателям.

Abstract. The purpose of the study case is increase of effectiveness of caries' process treatment with polymers solidification by alternative light sources. The results of the research point out that composite restoration materials solidificated with the usage of the modificated diode blue light are not only comply with the parameters of ISO, but also surpass it in some indexes.

Актуальность. В современной стоматологии по-прежнему актуальной проблемой остаётся лечение кариозного процесса. На данный момент лечение кариеса чаще всего сводится исключительно к удалению патологически изменённых тканей зуба и замещению дефекта композиционным пломбировочным материалом, что приводит к многократно повторяющейся заместительной терапии и к еще большему увеличению объема полости и, как следствие, к ослаблению оставшихся тканей зуба. В связи с этим актуализировано совершенствование традиционных методов лечения кариеса зубов с целью восстановления утраченных твердых тканей композитными материалами.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения кариозного процесса путём отверждения композиционного материала модулированным диодным светом.

Материалы и методы. Для исследования отбирались зубы с кариозными поражениями, локализующимися на жевательной, вестибулярной и контактной поверхностях моляров и премоляров, верхней и нижней челюстей. Все пациенты, участвовавшие в обследовании, были разделены на две группы: первой группе в количестве 20 человек проводилось традиционное пломбирование полости композиционными материалами с использованием лампы для светоотверждения «Оптрадент». Во второй группе, состоящей из 15 человек, для светоотверждения пломбировочного материала применялся аппарат модулированного диодного

света в синей области спектра. Затем, по ортодонтическим показаниям, зубы, задействованные в исследованиях, после пломбирования удаляли и в лабораторных условиях оценивали основные параметры пломбы по ISO. В процессе клинических исследованиях использовались следующие методики оценки: визуальный осмотр и зондирование. Сравнительные исследования применения диодного света и лампы «Оптрадент» позволили изучить следующие физико-химические свойства пломб по методам ISO: глубина отверждения пломбы, поверхностная твёрдость пломбы по Виккерсу, время полного отверждения пломбы, прочность пломбы при диаметральном разрыве.

Результаты исследований. Был достигнут выраженный положительный эффект, представленный замещением дефектов твёрдых тканей зубов пломбировочным материалом, с восстановлением их структуры и физиологических функций. Результаты клинического обследования пациентов после проведенного пломбирования зубов выявили следующие закономерности. Время отверждения при использовании сравниваемых аппаратов составило одинаковый результат - 40 секунд. Глубина отверждения, при норме по международным стандартам не менее 2 мм, составила в группе использования лампы «Оптрадент» - 5,4±0,06 мм, в группе аппарата диодного излучения – 8,8±0,06 мм. Прочность при диаметральном разрыве в группе аппарата «Оптрадент» - 36,5±0,07 мПа, в группе применения диодного света – 36,8±0,08 мПа, при международном стандарте не менее в 34 мПа ($p \leq 0,05$). Применение аппарата диодного излучения представило результаты, соответствующие необходимым параметрам ISO. Установлено, что использование модулированного диодного синего света в лечении кариозного поражения является обоснованным.

Заключение. В результате проведенной терапии у большинства больных мы наблюдали эффективность разработанной и примененной методики лечения кариеса зубов в рамках отверждения пломб модулированным светом в синей области спектра. Результаты лечения кариеса при использовании модулированного диодного света в синей области спектра сравнимы с результатами применения традиционной лампы для светоотверждения «Оптрадент» и соответствуют необходимым параметрам ISO. Таким образом, применение аппарата модулированного диодного синего света может быть использовано в амбулаторной стоматологической практике.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ Г.САНКТ-ПЕТЕРБУРГА С РАЗЛИЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ.

Резниченко А.В., Мороз Б.Т.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Установлено влияние экологической обстановки на общесоматическую заболеваемость у детей 7-8 лет, проживающих в районах Санкт-Петербурга с различной экологической характеристикой. Выявлена зависимость интенсивности поражения кариесом с комплексным показателем загрязненности окружающей среды в Адмиралтейском, Невском и Кронштадтском районах Санкт-Петербурга.

Abstract. The influence ofenvironmental conditionsonsomaticmorbidityin children7-8 years old,living in thedistricts of St. Petersburgwith differentenvironmental characteristics.The dependence of theintensityof carieswitha complex indicatorof

environmental contaminationin the Admiralty, Nevsky andKronstadtdistricts of St.Petersburg.

Актуальность. Город, как искусственная среда, является фактором постоянного стресса, вызывающего напряжение адаптационных механизмов человеческого организма. А наиболее чувствительной категорией населения, к воздействию негативных факторов окружающей среды, являются дети. Главной экологической проблемой для Санкт-Петербурга является загрязнение атмосферного воздуха. Уровень загрязненности воздуха в городе определяется выбросами загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных и передвижных источников, в первую очередь – автотранспорта. Приоритетными загрязнителями атмосферного воздуха в Санкт-Петербурге являются: взвешенные вещества, окислы азота, оксид углерода, фенол, формальдегид и углеводороды.

В настоящее время установлено, что почти 53% нозологических форм заболеваний у детей из 19 классов болезней обнаруживает достоверную связь с содержанием загрязняющих веществ в окружающей среде.

Цель исследования. Выявление влияния факторов окружающей среды на заболеваемость детей в возрасте 7-8 лет, родившихся и постоянно проживающих в районах города Санкт-Петербурга с различной экологической характеристикой.

Материалы и методы. Базой настоящего исследования явился г. Санкт-Петербург и его 3 административных района). Анализ экологической ситуации в различных районах города проводился по материалам Госсанэпиднадзора и Комитета по природопользованию, охране окружающей среды совместно с сотрудниками кафедры медицинской экологии им.Г.В.Хлопина ГБОУ ВПО СЗГМУ им.И.И.Мечникова. На основании эколого-гигиенической оценки территорий проводилось ранжирование районов по степени техногенного загрязнения природных сред и выделение 3-х районов города, различающихся по уровню превышения ПДК основных загрязняющих веществ.

В Адмиралтейском, Невском и Кронштадтском районах города было обследовано 300 детей (по 100 детей в каждом районе) в возрасте 7-8 лет, родившихся и постоянно проживающих в выбранных районах города Санкт-Петербурга.В процессе проведения обследования оценивались: 1. соматический статус детей (анкетирование родителей); 2. стоматологический статус детей. Для определения стоматологического статуса у детей в исследуемых районах определяли: распространенность и интенсивность кариеса, уровень гигиены полости рта, наличие преждевременно удаленных временных зубов, наличие некариозных поражений, распространенность зубочелюстных аномалий.

Результаты исследования. Основанны на анализе анкет родителей, изучен общесоматический статус детей в Адмиралтейском, Невском и Кронштадтском районах города Санкт-Петербурга. Было установлено, что наибольший процент детей состоящих на диспансерном наблюдении (у какого-либо специалиста) выявляется в Адмиралтейском районе-42%, характеризующийся превышением ПДК по основным загрязняющим веществам. В Невском районе, процент детей состоящих на диспансерном наблюдении, составил 10% и в Кронштадтском районе 24%.

Распространенность кариеса у детей, проживающих в Адмиралтейском районе, составила 83,7%±3,6, интенсивность поражения зубов кариесом 6,9±0,4. В Невском районе распространенность кариеса составила 85,5%±3,3, интенсивность 5,8±0,25. Наиболее высокая распространенность кариеса определена в Кронштадском районе 92,1%±2,3, интенсивность 8,9±0,48. При определении интенсивности поражения кариесом зубов у детей этой возрастной

группы отмечали наличие преждевременно утраченных временных моляров (ПУВМ): в Адмиралтейском районе 63 ребенка из количества обследованных, в Невском 21 и в Кронштадтском 37.Разрушение временных моляров и преждевременное их удаление ведет к формированию у детей аномалии окклюзии.

Распространенность зубочелюстных аномалий среди обследуемых детей составила: в Адмиралтейском районе 57,7%, в Невском районе 37,7% и в Кронштадтском 43,2%. Наибольший процент (57,7%) случаев выявления зубочелюстных аномалий приходится на Адмиралтейский район, характеризующийся превышением ПДК по основным загрязняющим веществам.

Отмечалось неудовлетворительное состояние гигиены полости рта (индекс Грина и Вермильона) у обследуемых детей. Он составил: в Адмиралтейском районе 1,7±0,2, в Невском районе 1,3±0,3, в Кронштадте 2,5±0,3.

Распространенность некариозных поражений эмали постоянных зубов у обследуемых детей в возрасте 7-8 лет составила: в Адмиралтейском районе 23,8%, в Невском районе – 13,5% и в Кронштадтском 16,6%.

Заключение. На основании обследования детей, проживающих в районах г. Санкт-Петербурга с различной экологической обстановкой, установлено следующее:

1. Наибольший процент детей, состоящих на диспансерном наблюдении, отмечается в районе г. Санкт-Петербурга, характеризующийся превышением ПДК по основным загрязняющим веществам.
2. Гигиеническое состояние полости рта детей во всех обследованных районах следует считать неудовлетворительным;
3. Интенсивность и распространенность кариеса соответствует высокому уровню заболеваемости кариесом детей в обследуемых районах;
4. Распространенность гипоплазии эмали зубов у детей в возрасте 7-8 лет коррелирует с комплексным показателем загрязненности окружающей среды в исследуемых районах г. Санкт-Петербурга;
5. Наибольший процент случаев аномалий зубочелюстного аппарата отмечаются в районе

г.Санкт-Петербурга с наиболее неблагоприятной экологической характеристикой.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА.

Робакидзе Н.С., Тытюк С.Ю.

Резюме. На материале обследования 80 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника установлена высокая частота поражения хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, катаральным стоматитом, воспалительными заболеваниями пародонта. Обнаружены нарушения местной гемодинамики слизистой оболочки полости рта и пародонта, а также факторов иммунитета ротовой полости. С высокой частотой выявлена Эпштейн-Барр вирусная инфекция в полости рта пациентов.

Abstract. On a material of research of 80 patients with inflammatory bowel diseases high frequency of a lesion by an aphthous stomatitis, a catarral stomatitis, inflammatory diseases of parodontium is established. Disturbances of the local hemodynamic of a mucosa of an oral cavity and parodontium, and also local factors of immunity of a mouth are found out. With high frequency the virus infection in an oral cavity of patients is taped Epstein-Barr.

Актуальность. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), к которым относятся неспецифический язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), до настоящего времени не установлены. Не известна также этиология сопутствующих ВЗК и расценивающихся в таких случаях в качестве внекишечных проявлений ВЗК ряда стоматологических поражений, среди которых наиболее часто встречаются хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС), катаральный стоматит (КС), хейлиты, воспалительные заболевания пародонта и некоторые др. Изучение клинических, гемодинамических и иммунологических аспектов развития заболеваний органов полости рта у больных БК и ЯК сможет приблизить к пониманию патогенеза ВЗК, учитывая тесную взаимосвязь и взаимозависимость проксимального и нижележащих отделов пищеварительной системы.

Цель исследования. Выявление факторов, способствующих развитию стоматологической патологии у больных ВЗК.

Материалы и методы. Проведен сбор анамнеза и клиническое стоматологическое обследование 80 больных с верифицированным диагнозом ВЗК, 40 из которых с болезнью Крона (возраст.38,8±1,7 лет) и 40 – с ЯК (возраст.37,9±2,4 лет). Всем больным выполнен комплекс инструментальных исследований слизистой оболочки полости рта (СОПР) и пародонта (реопародонтография, биомикроскопия СОПР в области щеки, биоимпедансная спектрометрия щеки и пародонта). При помощи метода проточной цитофлуориметрии изучен цитокиновый профиль ротовой жидкости пациентов с ВЗК. Молекулярно-биологическим методом (ПЦР) произведено исследование на наличие оппортунистической вирусной инфекции в полости рта.

Результаты исследования. Обнаружена высокая частота стоматологической патологии. Хронический катаральный стоматит отмечен у 65,0% больных БК и 73,0% - ЯК ($p>0,10$). ХРАС выявлен в 52,5% случаев при БК и 35,0% – при ЯК ($p>0,10$), гингивит – у 27,5% пациентов с БК и 70,0% – с ЯК, пародонтит – у 62,5% пациентов с БК и 30,0% – с ЯК ($p<0,001$). При БК установлены более выраженные изменения показателей гемодинамики пародонта по сравнению с группой контроля (РИ, $p<0,002$; ИПС, $p<0,002$; ПТС, $p=0,021$; ДСИа, $p<0,001$; ДКИа, $p<0,001$), чем при ЯК (отличия от группы контроля по ИПС, $p<0,001$; ДСИа, $p<0,001$; ДКИа, $p=0,045$), несмотря на более тяжелое течение основного заболевания у больных с ЯК. Тяжесть расстройств микроциркуляторного русла в СОПР при БК выражена больше, чем при ЯК. Данные метода контактной компьютерной биомикроскопии свидетельствуют об увеличении диаметров артериолярной и венулярной частей капилляров при БК по сравнению с группами контроля и больных ЯК ($p<0,001$ в обоих случаях). При ЯК обнаружена меньшая выраженность отличий артериолярной и венулярной частей капилляров от здоровых лиц ($p=0,035$ и $p=0,010$ соответственно). По данным метода биоимпедансной спектрометрии, у пациентов с БК выявлено повышение гидратации внеклеточного пространства (отек) тканей щеки по сравнению с группой контроля ($p<0,001$), что свидетельствует о большей выраженности и тяжести гемодинамических и трофических нарушений при БК, чем при ЯК. Выявлена высокая частота оппортунистической вирусной инфекции Эпштейна-Барр в слизистой полости рта больных ВЗК (36,9% при БК и 45,0% при ЯК; $p>0,10$), отмечается ее корреляция с гингивитом (при БК и ЯК $p<0,001$). Обнаружен дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов ротовой жидкости при обеих формах ВЗК (отличия от группы сравнения при БК по ИЛ-6 $p=0,055$; ИЛ-8 $p<0,001$; ИЛ-10 $p<0,001$; при ЯК по ИЛ-6 $p<0,001$; ИЛ-8 $p<0,001$;

ИЛ-10 p<0,001), свидетельствующий, наряду с высокой частотой выявления инфекции Эпштейна-Барр, об утрате адекватной иммунологической реактивности организма и нарушениях факторов местного иммунитета полости рта.

Заключение. Расстройства гемодинамики и микроциркуляции, утрата адекватной иммунологической реактивности являются факторами риска развития стоматологической патологии у больных ВЗК.

ВЫЯВЛЕНИЕ СТРЕПТОКОККА МУТАНС В ЗУБНОМ НАЛЕТЕ И ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Родионова А.С.
Волгоградский государственный медицинский университет

Резюме. Проведено лонгитудинальное исследование детей в возрасте 12-24 месяцев, которым определяли уровень обсемененности зубного налета стрептококком мутанс с помощью тестов экспресс диагностики до и через 3 месяца после начала ухода за зубами. В результате было выявлено изменение высеваемости патогенного уровня микроорганизмов в зубном налете в зависимости от применения различных по составу средств гигиены полости рта.

Abstract. A longitudinal investigation of children aged 12-24 months was performed. The children were examined and the levels of SM were measured using the diagnostic tests before the children started practicing oral hygiene and 3 month after. In conclusion, we revealed differences in the colonization of dental plaque by streptococcus mutans (SM) depending on oral hygiene aids containing different formulations.

Актуальность. Известна роль стрептококка мутанс (streptococcus mutans, SM) в развитии кариеса зубов у детей, а также роль гигиены полости рта в профилактике кариеса. Однако не выясненным остается вопрос влияния различных средств гигиены на колонизацию SM зубного налета у детей раннего возраста.

Цель исследования. Изучить влияние средств гигиены полости рта на содержание SM в зубном налете у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В лонгитудинальном исследовании принимали участие 60 детей в возрасте от 12 до 24 месяцев, которые впервые явились на профилактический осмотр стоматолога. До начала исследования детям не проводили гигиену полости рта. После первичного обследования дети были случайным образом объединены в 4 группы (по 15 чел.) в зависимости от способа гигиены полости рта. Детям первой группы чистка зубов проводилась зубной щеткой, смоченной водой, без зубной пасты (контрольная группа, «К»). Детям остальных групп чистили зубы зубной щеткой и зубной пастой: во второй группе – содержащей 250 ppm фторида (группа исследования «F_{250}»), в третьей – содержащей 500 ppm фторида (группа исследования «F_{500}»), в четвертой – ксилит с концентрацией 13% (группа исследования «Х»). Всем детям определяли исходный уровень SM в зубном налете с помощью тестов экспресс диагностики Dentocult SM Strip mutans, Orion Diagnostica, Finland. Повторное определение уровня SM проводили через 3 месяца после начала исследования. Эффективность гигиены полости рта оценивали по изменению частоты (% детей) общей высеваемости колоний SM и высеваемости колоний SM с высоким уровнем патогенности через 3 месяца после начала ухода за зубами детей. Определяли также коэффициент относительного риска и среднеквадратичное отклонение (σ). Исследование было одобрено региональным этическим комитетом, было

получено письменное информированное согласие матерей на участие детей в исследовании.

Результаты исследования: выявлено, что до начала гигиенического ухода SM в зубном налете был выявлен у 60,0% детей, у 25,0% был выявлен патогенный уровень SM. Через 3 мес. SM был выявлен в группах: «К» - у 60,0% детей, «F_{250}» - 66,7%, «F_{500}» - 40,0%, «Х» - 53,3%. Патогенный уровень высеваемости колоний SM в зубном налете детей был выявлен в исследуемых группах: «К» - у 33,3% детей, «F_{250}» - 33,3%, «F_{500}» - 13,3%, «Х» - 6,7%.

Анализ представленных данных позволяет считать, что чистка зубов без зубной пасты и применение зубной пасты с низким содержанием фторида (250 ppm) не влияет на общее содержание SM в зубном налете и не предупреждает повышение колонизации зубного налета SM высокого уровня патогенности у детей раннего возраста. Применение зубной пасты с содержанием фторида 500 ppm, по сравнению с контрольной группой, снижает на 20% общую колонизацию зубного налета SM и количество SM с высоким уровнем патогенности. Использование зубной пасты с ксилитом, по сравнению с контрольной группой, незначительно (на 6,7%) снижает общее содержание SM в зубном налете и значительно (на 26,6%) уменьшает количество SM с высоким уровнем патогенности.

У детей раннего возраста чистка зубов зубной щеткой и зубной пастой, содержащей фторид 500 ppm или ксилит, уменьшает вероятность колонизации зубного налета SM высокого уровня патогенности (коэффициент относительного риска 2,31, σ=0,38).

Заключение. Для снижения колонизации зубного налета SM с высоким уровнем патогенности детям раннего возраста следует рекомендовать для чистки зубов зубные пасты с фторидом в концентрации 500 ppm и зубные пасты с ксилитом в концентрации 13%.

ПАРАМЕТРЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ НАНОИМПРЕГНАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА.

Родионова Е.Г.

Тверской государственной медицинской академии, кафедра пародонтологии

Резюме: Проведено клиническое исследование и лечение деструктивных форм хронического периодонтита у 26 пациентов. Эндодонтическое лечение проводилось методом гальванофореза гидроксида-меди кальция (Купрала). Условия проведения наноимпрегнации были различны у разных групп пациентов. Наиболее значимым оказался фактор длительности проведения наноимпрегнации, который на 46,2% определяет эффективность лечения деструктивного периодонтита. Разработан алгоритм проведения наноимпрегнации в различных клинических ситуациях.

Abstract. Clinical research and treatment of destructive forms of a chronic periodontitis at 26 patients is carried out. The endodontic treatment was carried out by a method galvanophoresis of hydroxide copper-calcium («Cupral»). Conditions of realization nanoimpregnation were various at different groups of patients. The most significant appeared the factor of duration of realization nanoimpregnation which on 46,2% determines efficiency of treatment destructive periodontitis. The algorithm of realization nanoimpregnation in various clinical situations is developed.

Актуальность. Исследования показывают, что после классического эндодонтического лечения на рентгенограммах более чем в 60% случаев

обнаруживаются апикальные очаги воспаления в периодонте. Традиционные способы эндодонтического лечения зубов не в состоянии обеспечить полноценную стерилизацию массы мельчайших дентинных трубочек, пронизывающих корень зуба, в результате чего всегда остаётся шанс развития периодонтита – даже после тщательно проведённой инструментальной и медикаментозной подготовки корневого канала. Из-за малого диаметра дентинных трубочек и боковых ответвлений явление поверхностного натяжения не дает возможности дезинфицирующей жидкости проникнуть внутрь и воздействовать на находящуюся там микрофлору (Мамедова Л.А., 2010). Глубина проникновения антисептических растворов в корневой дентин не превышает 100 – 130 мкм, тогда как микроорганизмы способны проникать в дентинные трубочки на глубину от 300 до 1100 мкм и более (Хасанова Е.В., 2008; Berutti E., Marini R., Angeretti A., 1997). Кроме того, микроорганизмы в системе корня зуба представляют собой биопленку, обладающую в 100 – 150 раз большей устойчивостью к антимикробным средствам и защитным факторам организма в сравнении с «планктонной» микрофлорой (Дмитриева Л.А., 2010; Lima K.C., Fava L.R., Siquera J.F., 2001).

Указанные проблемы можно решить с помощью наноимпрегнационных методов, в частности метода гальванофореза гидроксида меди-кальция (Купрала).

Цель исследования. Оценить влияние ряда факторов (степень проходимости корневого канала, размер очага деструкции, длительность наноимпрегнации и др.) на эффективность эндодонтического лечения апикального периодонтита с применением метода наноимпрегнации и на основе полученных результатов разработать алгоритм проведения управляемой наноимпрегнации Купрала при эндодонтическом лечении зубов.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 2 – 3 лет находились 26 пациентов, которым проводили лечение 50 зубов по поводу хронических форм апикального периодонтита методом наноимпрегнации Купрала с помощью гальванофореза. Из них 16 зубов были с корневыми каналами, проходимыми до 2/3 длины и 6 – до 1/3 длины.

Результаты исследования. Через 6 месяцев и позднее после проведённого лечения пациенты не предъявляли жалоб, и мы не наблюдали ни одного случая отрицательной рентгенологической динамики. Медленнее всего заживление очага деструкции происходило в области зубов, леченных ранее резорцин-формалиновым методом, что, видимо, связано со значительным снижением электропроводности их тканей. При проходимости каналов до 2/3 в отдалённые сроки в большем числе случаев наблюдалось полное восстановление очага деструкции по сравнению с зубами с хорошо проходимыми корневыми каналами. Это явление мы объясняем тем, что при прохождении электрического тока через открытое апикальное отверстие, напряжение электрического поля в самом канале и его ответвлениях снижается и, следовательно, замедляется транспорт лекарственных частиц в дентин корня. Что касается 6 зубов, каналы которых мы смогли пройти только до 1/3 их длины (все эти зубы ранее были лечены резорцин-формалиновым методом), то, вопреки нашим ожиданиям, ни в одном из отдаленных сроков наблюдения мы не наблюдали в области этих зубов признаков рентгенологического улучшения. Но стоит отметить, что всех больных с этими зубами нам удалось пронаблюдать в течение 3 лет, и ни в одном случае не выявлено увеличения очага деструкции костной ткани. Кроме того, эти зубы до начала лечения беспокоили пациентов периодически возникающими ноющими болями и болями при жевании. После проведения наноимпрегнации эти

симптомы исчезли.

Заключение. Данные анализа влияния ряда факторов на эффективность лечения зубов методом управляемой наноимпрегнации, а также проведение многофакторного дисперсионного анализа показало, что из числа оцененных факторов наиболее значимым оказался фактор длительности проведения наноимпрегнации, который на 46,2% определяет эффективность лечения деструктивного периодонтита. Наиболее выраженный эффект наноимпрегнации наблюдается при её длительности 4 недели. Для лечения фиброзной формы апикального периодонтита достаточно 2-недельной длительности процедуры. Превышение месячной длительности процедуры слабо влияет на эффективность лечения. Лечение зубов, в которых ранее применяли резорцин-формалиновый метод, требует большей длительности наноимпрегнации (до 2 – 3 месяцев). На втором месте оказался фактор степени проходимости канала, определяющий успех лечения на 36,2%. Наиболее благоприятными для лечения являются зубы с корневыми каналами, проходимыми на глубину около 2/3. На втором месте – зубы с хорошо проходимыми каналами, и наименее благоприятны в прогностическом плане зубы с корневыми каналами, проходимыми на глубину до 1/3. Гораздо в меньшей степени на результат влияет размер очага деструкции костной ткани – 8,0%. На основе полученных фактов и клинического опыта нами был разработан алгоритм проведения управляемой наноимпрегнации, который позволяет использовать эту методику практически во всех случаях эндодонтического лечения зубов с хроническим апикальным периодонтитом.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГАЛЬВАНОФОРЕЗА ГИДРОКСИДА МЕДИ – КАЛЬЦИЯ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА.

Родионова Е.Г.

Тверской государственной медицинской академии, кафедра пародонтологии

Резюме. Проведено клиническое исследование и лечение деструктивных форм хронического периодонтита у 66 пациентов. В первой группе больных при эндодонтическом лечении применяли гидроксид меди-кальция (Купрал), частицы которого вводили в дентин корня зуба посредством гальванофореза, во второй – пасты «Calasept» или «Metapasta» для временного пломбирования. Использование гальванофореза Купрала позволило провести более эффективную антисептическую обработку корневого дентина и ускорить процесс регенерации костной ткани апикального периодонта.

Abstract. Clinical research and treatment of destructive forms of a chronic periodontitis at 66 patients is carried out. In the first group of patients at endodontic treatment applied hydroxide copper-calcium («Cupral») which particles entered in dentine a root of a tooth by means of galvanophoresis, in the second - pastes «Calasept» or «Metapasta» to time sealing. Use of «Cupral» galvanophoresis has allowed to lead more effective antiseptic processing root dentine and to speed up process of regeneration of a bone fabric of apical periodontium.

Актуальность. Традиционные методы эндодонтического лечения зубов не позволяют качественно стерилизовать и обтурировать разветвленную систему корневых каналов зуба. Наличие в дентине корня массы дентинных трубочек к тому же делает его источником патогенной микрофлоры при периодонтите. Дополнительное использование наноимпрегнации дентина корня частицами гидроксида меди-кальция (Купрала), перемещаемыми с помощью

гальванического тока, позволяет не только подавить активность микрофлоры, но и обтурировать пространства эндодонта. Создать необходимый электропотенциал в корневом канале позволяют жертвенные гальванические штифты (гальванофорез).

Цель исследования. Сравнение клинической эффективности дополнительного использования метода наноимпрегнации гидроксидом медикальция и традиционных методов эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 3 лет находились 66 пациентов, которым проводили лечение 92 зубов по поводу хронических деструктивных форм апикального периодонтита. В основной группе (50 зубов) для лечения периодонтита применяли метод наноимпрегнации Купралом с помощью гальванофореза, а в группе сравнения (42 зуба) – временное пломбирование каналов препаратами на основе гидроксида кальция. Наблюдения проводили до лечения, в ходе него, а также через 3, 6 месяцев, 1, 2 или 3 года. Размеры периапикальных очагов деструкции костной ткани оценивали по внутриротовым рентгенограммам зубов с использованием планиметрической линейки. Изменение оценивали по показателю уменьшения очага деструкции в баллах.

Корневые каналы обрабатывали с помощью К- и Н- файлов, инструментов «ProTaper» и эндомотора «Tcm ENDO». Проводили ирригацию каналов раствором «ЭндоЖи» и 3% раствором «Белодез». После этого каналы промывали дистиллированной водой с ультразвуком и высушивали бумажными штифтами. Дальнейшее лечение отличалось у пациентов основной группы и группы сравнения. В основной группе корневые каналы с помощью каналонаполнителя заполняли пастой Купрал. Затем в них вводили гальванический штифт (патент РФ № 2241499), вокруг головки которого предварительно обматывали хлопчатобумажную нить, другой конец нити выводили за пределы временной пломбы (дренаж). Через определенный срок (от 2 недель до 3 месяцев) штифт и Купрал из каналов удаляли. Ещё раз проводили медикаментозную обработку и пломбировали их методом латеральной конденсации гуттаперчи с использованием силера «Sealapex». В группе сравнения каналы заполняли при помощи каналонаполнителя препаратом на основе гидроксида кальция: «Metapasta» или «Calasept» на срок 10 – 14 суток. Затем гидроксид кальция удаляли из канала с помощью ультразвука и далее действовали так же, как в основной группе.

Результаты исследования. На этапах лечения, непосредственно после него и в течение 1 – 2 месяцев от его начала в основной группе пациентов наблюдали более выраженное (на 6 – 11%) увеличение числа зубов с положительной клинической симптоматикой. В сроки обследования 6 месяцев и позднее от начала лечения пациенты основной группы не предъявляли жалоб. В группе сравнения через 6 месяцев число зубов без положительной клинической динамики увеличилось до 5 (через 2 мес. их было – 4), а через 12 – 24 месяца – до 6 зубов. Четыре зуба через 2 года после начала лечения были удалены в связи с периодически возникающими обострениями. Два зуба незначительно беспокоили пациентов (периодически возникающие неприятные ощущения) и они отказались от их повторного лечения.

Через 6 и более месяцев в основной группе мы не наблюдали ни одного случая отрицательной рентгенологической динамики. В группе сравнения через 6 месяцев отрицательная рентгенологическая динамика наблюдалась в области 10

зубов (26,3%). Через 12 – 24 месяца – в области 4 зубов (10,5%). Различия по этим показателям между основной группой и группой сравнения оказались статистически достоверными ($p<0,05$).

Заключение. В сравнении с традиционными методами, дополнительное использование наноимпрегнации гидроксидом меди-кальция при эндодонтическом лечении апикального периодонтита увеличивает в среднем число случаев с положительной клинической динамикой на 6 – 11% – в ближайшие сроки наблюдения и на 12 – 14% – в отдаленные сроки. С положительной рентгенологической динамикой: спустя 6 месяцев – на 31%, через 1 – 2 года – на 12,5%. Использование наноимпрегнации в среднем в 1,2 раза ускоряет процесс восстановления костной ткани в области очагов деструкции.

ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ НАНОИМПРЕГНАЦИИ (Экспериментальное исследование).

Родионова Е.Г., Денис А.Г., Ольховская А.В., Задорожный Д.В.
Тверской государственной медицинской академии, кафедра пародонтологии

Резюме. Провели электронно-микроскопическое исследование сколов корней 24 удаленных зубов, в которых в лабораторной модели после разных режимов медикаментозной обработки осуществляли наноимпрегнацию частиц гидроксида меди-кальция (ГМК) в течение от 1 суток до 4 недель с помощью гальванических штифтов. Отмечена равномерная обтурация дентинных трубочек наночастицами ГМК на глубину от 35 мкм до 2,5 мм в зависимости от длительности гальванофореза.

Abstract. Have lead electronic-microscopic research having chopped off roots of 24 removed teeth in which in laboratory model after different modes of medicamentous processing carried out nanoimpregnation particles hydroxide copper-calcium (HCC) during from 1 day about 4 weeks with the help of galvanic pins. It is marked uniform obturation dentine tubules nanoparticles HCC on depth from 35 microns up to 2,5 mm depending on duration galvanic phoresis.

Актуальность. Осложненные формы кариеса зубов в структуре стоматологических заболеваний составляют около 1/3. По причине этой патологии удаляется до 80% зубов. До сих пор существуют сложности при лечении зубов с облитерированными, С-образными и искривленными корневыми каналами (КК), с отломками инструментов в них. Еще более трудной задачей является стерилизация и обтурация массы дентинных трубочек (ДТ), открывающихся в просвет КК. Эти трубочки, имеющие диаметр от 0,8 до 2,5 мкм, пронизывают дентин корня зуба, а их число на 1 мм^2 достигает 65 000. Наличие ДТ в корне зуба позволяет говорить о нем, как о наноструктурированном органе.

Метод гальванофореза (ГФ), разрабатываемый нами, повышает эффективность эндодонтического лечения. При этом не требуется дорогостоящий прибор для «депофореза». Имеющие заряд наночастицы размерами около 50 нм высокодисперсного гидроксида меди-кальция (ГМК) вводятся в пространства дентина корня с помощью гальванического тока, возникающего на границе двух металлов, составляющих гальваническую пару (гальванический штифт, патент РФ № 2241499, полезная модель № 24092). Обладая высокими противомикробными свойствами, эти частицы не только стерилизуют систему КК и ДТ, но и надежно обтурируют их. ГФ ГМК в отличие от «депофореза» позволяет проводить лечение пульпита, поскольку способствует безболезненному лизису остатков пульпы в

системе КК. Однако, несмотря на доказанные преимущества этого метода, он мало используется врачами, что может быть обусловлено тем, что еще не полностью определены параметры применения методики.

Цель исследования. Экспериментальное обоснование параметров наноимпрегнации гидроксидом меди-кальция дентина корня зуба при эндодонтическом лечении.

Материалы и методы. Исследование провели на 24 зубах, удаленных по поводу апикального периодонтита (10 зубов) и по ортодонтическим показаниям (14 зубов). Среди них было 5 резцов, 1 клык, 8 премоляров и 10 моляров. Зубы очищали от обрывков волокон периодонта. Далее, если это был интактный зуб, трепанировали коронку, создавали полость доступа; если зуб был ранее лечен – удаляли старую пломбу, проводили инструментальную и медикаментозную обработку кариозной полости, полости зуба, расширяли КК. Медикаментозную обработку каналов проводили во всех группах зубов кроме второй по следующему протоколу: 1 группа – 12 зубов: «ЭндоЖи» (17% раствор ЭДТА) – ирригация 2-3 мин; «Белодез» (3% гипохлорит натрия) – 20 мин; 3 группа – 2 зуба: физиологический раствор – ирригация 1 мин. 4 группа – 2 зуба: как в 1 группе. В 3 и 4 группах зубов наноимпрегнацию ГМК не проводили (контроль). Далее КК зубов 1 и 2 групп заполняли пастой ГМК («Купрал»®, «Humanchemie GmbH», Германия) и вводили в них гальванические штифты (ГШ), изготовленные в соответствии с техническими условиями ООО «Точность» (г. Углич).

Наноимпрегнацию ГМК с помощью ГФ проводили в лабораторной модели. Она представляла собой ванночку, заполненную физиологическим раствором, в которой подвешивались удаленные зубы таким образом, что корень до шейки находился в растворе. Перед введением ГШ в КК, его под головкой обматывали хлопчатобумажной нитью, которая служила дренажем и электролитическим мостиком к раствору в ванночке. Зубы закрывали временной пломбой «Septopack» с выведением наружу нити.

После определенного периода времени (от 1 суток до 4 недель) зубы вынимали из раствора, удаляли временные пломбы и ГШ из КК и некоторые из них пломбировали традиционно силером «AH plus» с гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации. Далее зубы раскалывали вдоль КК и часть из них – поперек. Выступающие поверхности сколов тщательно шлифовали. Электронно-микроскопическое исследование проводили в электронном микроскопе «Tecnai G2 20F U-TWIN STEM» (США) при ускоряющем напряжении 20 кВ.

Результаты проведенного исследования показали, что медикаментозная обработка корневых каналов с использованием антисептика и хелатора существенно снижает их обсемененность микрофлорой и устраняет «смазанный» слой дентина, что важно для последующего успешного эндодонтического лечения.

Заключение. Наноимпрегнация дентина корня зуба гидроксидом меди-кальция в течение 1 суток приводит к частичной обтурации 60 – 70% дентинных трубочек с глубиной проникновения наночастиц до 100 – 200 нм, а в течение 1 недели способствует равномерной обтурации дентинных трубочек на глубину 35 – 50 мкм. Такой режим можно использовать для повышения эффективности эндодонтического лечения пульпита или при депульпировании зубов.

При длительности наноимпрегнации 2 недели дентинные трубочки заполняются наночастицами гидроксида меди-кальция на глубину до 1,2 – 1,5 мм, а при длительности 4 недели – до 2,5 мм с импрегнацией отдельных участков

интертубулярного дентина. Эти сроки наноимпрегнации можно рекомендовать при лечении апикального периодонтита.

СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЕ ЦЕМЕНТЫ – ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПРОШЛОГО И БУДУЩЕГО.

Рубежова Н.В., Абрамова Н.Е., Дрожжина В.А., Туманова С.А., Рубежов А.Л.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Резюме. Стеклоиономерные цементы – пломбировочные материалы, широко используемые для лечения зубов. Знание уникальных свойств этих материалов, механизма адгезии и отверждения обеспечивает длительный положительный результат лечения и позволяет сделать выбор в их пользу в ряде случаев реставрации зубов.

Abstract. Glass-ionomer cements are special materials, widely used for curing teeth. Knowing the unique qualities of these materials, the mechanism of adhesion and hardening can provide a long-lasting positive result of treatment and let everyone make a choice of them in different cases of teeth restoration.

Актуальность. Реставрационные материалы, разработанные для стоматологической практики, проделали долгий путь развития и в настоящее время значительно отличаются по своим характеристикам, способу применения, стоимости, воздействия на пульпу зуба, времени сохранности пломб. Стеклоиономерные цементы (СИЦ) – материалы, которые широко используются для лечения зубов. Актуальность их применения обусловлена рядом уникальных свойств, присущих только этим пломбировочным материалам. В то же время отношение стоматологов к СИЦ неоднозначно. Существует мнение о СИЦ, как об устаревших материалах, так как их недостатки перекрывают их достоинства. В частности СИЦ критикуют за недостаточную механическую прочность, высокую стираемость, несовершенные косметические свойства, которые ограничивают их применение в методиках эстетической реставрации зубов. Таким образом, приобрела широкое распространение точка зрения, что любую терапевтическую работу по восстановлению коронки зуба можно выполнить более современным композиционным пломбировочным материалом.

Однако биосовместимость с тканями зуба характерна только для СИЦ. В понятие биосовместимости входят такие свойства, как:

- химическая связь с тканями зуба,
- невысокая токсичность по отношению к пульпе зуба,
- кариесстатический эффект за счет выделения ионов фтора,
- близкий по значению коэффициент термического расширения СИЦ и тканей зуба.

Основываясь на опыте работы кафедры с этими материалами, начиная с 1991 года, используя традиционные и гибридные СИЦ в качестве постоянных пломб в разных клинических ситуациях, мы получили прогнозируемые долгосрочные результаты. Анализ качества ретенции более 1000 пломб и собственные научные исследования позволили дать рекомендации по методике применения СИЦ. Выраженный кариесстатический эффект и некоторые бактериостатические свойства за счет выделения ионов фтора в течение длительного времени после постановки пломбы дают возможность рассматривать СИЦ не только как реставрационный, но и лечебный материал.

Между тем, область применения СИЦ несколько другая по сравнению с остальными пломбировочными материалами. На первый план выдвигается лечение острого кариеса зубов, различных видов некрозов зубов, поражений в пришеечной области, циркулярного кариеса, лечение недавно прорезавшихся зубов, поскольку их твердые ткани недостаточно восприимчивы к адгезионным методикам. Кроме того, СИЦ менее требователен к изоляции рабочего поля по сравнению с композитами. В условиях высокой саливации и плохой гигиены полости рта именно этому материалу следует отдавать предпочтение.

СИЦ незаменим для аллергиков, так как традиционный СИЦ не содержит акриловые и эпоксидные смолы, и, следовательно, не происходит выделения остаточных мономеров, вызывающих реакции сенсибилизации организма.

Заключение. В настоящее время имеется возможность выбирать тот стоматологический материал, который по своим свойствам наиболее соответствует конкретной клинической задаче, и, точно соблюдая методику применения, получать хорошие отдаленные результаты лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОЭТАПНОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ.

Реутская К.В., Сатыго Е.А.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра детской стоматологии

Резюме. Данные исследования демонстрируют эффективность одноэтапной санации полости рта у детей дошкольного возраста в условиях общего обезболивания.

Abstract. The results of the studies demonstrate the efficiency of one-stage dental treatment of preschool children in general anesthesia.

Актуальность. Последнее время отмечается увеличение распространенности и интенсивности кариеса и его осложнений у детей, особенно дошкольного возраста.

Оказание стоматологической помощи детям этого возраста в амбулаторных условиях, как правило, бывает невозможно. Использование общего обезболивания позволяет повысить качество оказания стоматологической помощи по поводу кариеса и его осложнений у этих детей.

Цель исследования. Повышение качества и эффективности одноэтапной санации полости рта у детей дошкольного возраста в условиях общего обезболивания.

Материалы и методы. В наше исследование включено 20 детей в возрасте 3-6 лет с кариесом и пульпитом временных зубов. В основную группу входят 14 человек, лечение которых проводилось под общим обезболиванием. В контрольную группу входят 6 человек лечение, которым проводилось под местной анестезией.

В основной группе вылечено 26 пульпитов, 46 кариесов. В контрольной группе 11 пульпитов и 18 кариесов. Для пломбирования полостей в обеих группах использовался стеклоиономерный цемент. Лечение пульпитов осуществлялось методом витальной ампутации препаратом Pulpotek.

Результаты лечения оценивались по клинико-рентгенологическим данным через 3 месяца.

В группе детей пролеченных под общим обезболиванием процент осложнений, в виде периапикальных изменений составил 3, 86 %. В контрольной группе, в

которой лечение проводилось под местной анестезией, процент осложнений составил 7,89 %.

Заключение. Применение общего обезболивания дает меньше осложнений по сравнению с лечением детей данного возраста под местной анестезией
Полученные нами данные отражают этап нашего исследования и требует дальнейшего контроля через 6 и 12 месяцев.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ, МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ КАРИЕСА В ПОЛОСТИ РТА.

Рябинин А.В.
Ижевская государственная медицинская академия,
стоматологический факультет

Резюме. В исследовании участвовали 21 человек в возрасте 19-26 лет с целью выявить предполагаемую зависимость между распространенностью кариозного процесса и характером микрофлоры полости рта в ассоциации с содержанием ионизированного кальция слюны.

Abstract. 21 (19-26 age) persons was investigated for proving the dependence between caries process spreading and mouth microflore characteristics associated with calcium ion concentration in saliva.

Актуальность. Вопросы профилактики стоматологических заболеваний и в частности кариеса не теряют своей актуальности. Особенно важно обратить внимание на разработку проблем касающихся первичной профилактики, одним из пунктов которой является исследование влияния этиологических факторов на развитие кариеса. Около 30 лет назад экспериментальным путем на животных ученые установили, что кариес развивается в результате жизнедеятельности особого вида бактерий – Streptococcus mutans. Это одна из основных причин развития кариеса. Однако существуют факторы, способствующие развитию этой патологии. К ним относится резистентность твердых тканей зубов, общий иммунологический фон организма, стресс и многое другое. Но в нашем исследовании интерес обращается на уровень содержания ионов кальция в слюне. Кальций накапливается в эмали зубов сразу после их прорезывания, что способствует более высокой устойчивости зубов к кариесу. Единственным источником поступления веществ в эмаль зуба является слюна. Мы предположили, что существует прямая зависимость между содержанием ионов кальция в слюне и микрофлорой полости рта на степень деминерализации эмали. Исходя из этого цель работы: провести оценку возможной зависимости возникновения кариеса между биохимическим составом и микробиологической флорой полости рта. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Выявить зависимость между особенностями микрофлоры полости рта и интенсивностью поражения кариеса.
2. Выявить зависимость между содержанием ионов кальция в слюне и микрофлорой полости рта на распространенность кариозного процесса.

В качестве респондентов были выбраны студенты Ижевской государственной медицинской академии, в количестве 21 человека, в возрасте 19-26 лет. У них, при помощи зонда и стоматологического зеркала, определяли интенсивность поражения кариесом зубом (индекс КПУ). Используя индекс КПУ, определяли уровень интенсивности кариеса зубов (УИК). Затем определяли индекс гигиены по Федорову - Володкиной, для оценки присутствия зубного налета. Следующим шагом был забор нестимулированной слюны. Затем при помощи

титрометрического метода исследовали содержание ионов кальция в ней. Метод основан на осаждении кальция из слюны в виде щавелевокислого кальция. Последний разлагается при нагревании с серной кислотой. Освободившуюся при этом щавелевую кислоту оттитровывают перманганатом калия ($KMnO_4$). По количеству щавелевой кислоты находят содержание кальция в слюне.

В конце брали посевы с десны на желточно - солевой агар, с эмали на кровяной агар и исследовали микрофлору слюны на сахарном бульоне. После этого чашки Петри помещали в термостат на 24 часа при температуре 37 градусов. Через сутки оценивали выросшие культуры, путем приготовления мазков и микрокопированием.

В результате микробиологического исследования получены следующие результаты:

1. При посеве на ЖСА (посев с десны) у 29% студентов обнаружен рост патогенного стафилококка. У 43%студентов выявлен рост непатогенного стафилококка. У 19%студентов выявлены колонии патогенного и непатогенного стафилококка. У 9% студентов рост на ЖСА не наблюдался.
2. После сбора слюны и посева на сахарный бульон у всех исследуемых выявлен стрептококк.
3. После проведения посевов с эмали на кровяной агар в 38% изучаемых случаях выявлен гемолитический стрептококк. В 38% случаях выявлены колонии стафилококка и гемолитического стрептококка. В 9% случаях наблюдался рост стафилококка. У 1 исследуемого были колонии гемолитического и не гемолитического стрептококка (5%). В 2 случаях, помимо роста гемолитического стрептококка, присутствовали другие микроорганизмы (в первом - дрожжеподобные грибы, во втором сарцины)(9%). Таким образом, гемолитический стрептококк выявлен в 86 % случаях.

ГИ в 66% случаях находится в интервале «неудовлетворительный – плохой», УИК в 38,5% интервале «средний» и в 29% в интервале «высокий – очень высокий». У студентов, у которых присутствует гемолитический стрептококк, уровень содержания кальция в слюне в 20% случаев ниже нормы. У всех лиц, в слюне которых обнаружен патогенный стафилококк, уровень кальция выше нормы. У исследуемых, у которых были обнаружены колонии гемолитического стрептококка с патогенным стафилококком, уровень кальция слюны в 25% ниже нормы.

Заключение. Данные подтверждают выдвинутую нами гипотезу о существовании зависимости между особенностями микрофлоры полости рта и интенсивностью поражения кариесом. Также удалось выявить зависимость между содержанием ионов кальция в слюне и микрофлорой полости рта (наличием гемолитического стрептококка) на интенсивность кариозного процесса. Для получения более точных данных необходимо дальнейшее исследование.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЙЗАЖА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ И ЕГО ОБОСТРЕНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Самохина В.И., Чеснокова М.Г., Мацкиева О.В.

Резюме. В данном исследовании был проведен сравнительный анализ микробиоценоза содержимого корневых каналов и периапикальных тканей постоянных зубов с незавершенным развитием корня у детей, в условиях

хронического периодонтита и его обострения у детей, проживающих в крупном индустриальном центре Западной Сибири (г. Омск). При микробиологическом исследовании установлены различия видового состава микробной флоры при исследуемых нозологических формах: хронический апикальный периодонтит и его обострения.

Abstract. In this study, a comparative analysis of the contents of the microbiota of root canals and periapical tissues of permanent teeth with incomplete root development in children, in situations of chronic periodontitis and its exacerbation in children living in a major industrial center of Western Siberia (Omsk). In microbiological study found differences in species composition of the microbial flora in the studied nosological forms: chronic apical periodontitis and its exacerbation.

Нарушение микробиоценоза в системе эндодонта, а именно изменение количественного и качественного состава микроорганизмов, как правило, сопровождается воспалительными заболеваниями одонтогенного характера. Ассоциативная флора продуцирует ферменты и эндотоксины, которые препятствуют процессам хемотаксиса и фагоцитоза в периодонте, и ингибируют активность антибактериальных препаратов, применяемых для антисептической обработки корневых каналов (Максимовский М.Ю., 2004). Однако наиболее частой причиной неудачного исхода первичного эндодонтического лечения является инфицирование периапикальных тканей или неадекватно проведенная дезинфекция системы корневых каналов. Несмотря на значительные успехи в лечении постоянных зубов с незаконченным формированием корня, в клинической практике встречается еще немало осложнений после проведенного консервативного лечения в период нестабильного зубочелюстного аппарата (Kirkevang L.L., Vaeth M., Hörsted-Bindslev P., 2006).

Целью данного исследования явилось изучение микробиоценоза корневых каналов и периапикальных тканей постоянных зубов с незавершенным развитием корня у детей, в условиях хронического периодонтита и его обострения у детей, проживающих в крупном индустриальном центре Западной Сибири и установление соответствующей корреляции между видовым составом микроорганизмов и патологическим процессом.

Под наблюдением находилось 33 пациента в возрасте от 6 до 13 лет. Диагноз выставлялся на основании общеклинических методов исследования и дополнительного рентгенологического обследования периапикальных тканей с целью определения степени сформированности корня и состояния периапикальных тканей. В результате комплексного обследования все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 16 пациентов с диагнозом «периапикальный абсцесс без свища» (МКБ-10) (16 клинических случаев), а во вторую группу вошли дети с хроническим апикальным периодонтитом (МКБ-10) (20 клинических случаев).

Микробиологическое исследование включало в себя проведение бактериологического посева биоматериала, полученного из содержимого корневых каналов и с апикальной части постоянных зубов с несформированными корнями у детей при хроническом периодонтите или его обострении. По числу полученных колоний определяли количественную обсемененность исследуемого биоматериала и устанавливали величину КОЕ/мл (колониеобразующая единица).

Нами было установлено, что видовой состав микробной флоры у детей, при исследуемых нозологических формах – хроническом апикальном периодонтите и его обострении разнообразен. Из 22 клинических изолятов, выделенных при

хроническом периодонтите, лишь 9 видов микроорганизмов были обнаружены при хроническом периодонтите в стадии обострения.

При хроническом апикальном периодонтите в стадии обострения в составе ассоциаций доминируют Streptoccocus spp. (50%), а при хроническом периодонтите - Clostridium spp. (84%).

В постоянных зубах с незавершенным развитием корня при хроническом апикальном периодонтите наблюдались представители нормофлоры (Lactobacterium spp. (60%), Bifidobacterium spp. (40%), а при хроническом периодонтите в стадии обострения данные микроорганизмы не встречались.

Идентифицированные дрожжеподобные грибы рода Candida принадлежали к виду Candida albicans, причем во второй группе наблюдалась в 75% , а в первой группе - в 28% случаев. Уровень обсемененности в обеих группах характеризовался умеренной концентрацией (3,8±0,5 КОЕ/мл и 4,0±1,2 КОЕ/мл, соответственно) биоматериала.

Таким образом, данные нашего исследования подтверждают, что основной источник инфекции находится в корневом канале, а не в периапикальных тканях, что, в последующем определяет дальнейшую тактику лечения и прогноз в отношении исхода заболевания.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Семенова Н. А, Мариенко Н. Л., Яковлева Н.В.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра детской стоматологии

Актуальность. Высокая распространенность аллергических заболеваний у детей является одной из важнейших проблем педиатрии. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в различных регионах России, аллергической патологией страдает до 15% детского населения. В настоящее время произошел существенный прогресс в понимании фундаментальных механизмов, лежащих в основе развитии аллергических заболеваний. Сегодня ясно, что бронхиальная астма, атопический дерматит и аллергический ринит относятся к одной группе заболеваний, в основе которых лежит аллерген-специфический опосредованный иммунный ответ, приводящий к воспалению тканей в шоковом органе с локальной инфильтрацией клетками иммунной системы. При аллергических заболеваниях изменяется иммунологическая реактивность организма, нарушается белковый и минеральный обмен, нарастает гипоксия, и это не может не оказывать влияния на стоматологический статус больных. Изменения слизистой оболочки полости рта при аллергии являются не только симптомами основного заболевании, но и могут быть обусловлены приемом гормональных препаратов. У детей с аллергической патологией наблюдаются воспалительные заболевания тканей пародонта, обусловленные неудовлетворительным состоянием гигиены полости рта, а также снижением скорости слюноотделения, изменением параметров ротовой жидкости, нарушений процессов микроциркуляции. У детей с аллергозами снижен минерализующий потенциал слюны и отмечается предрасположенность зубов к развитию кариеса. Распространенность кариеса у детей с аллергической патологией достигает 90-100%. Установлено, что кариес у этих больных приобретает неблагоприятное течение, а его интенсивность зависит от тяжести основного заболевания. Однако существующие данные не позволяют провести сравнительный анализ

стоматологической заболеваемости при различных видах аллергической патологии.

Цель исследования. Изучить состояние полости рта у детей с бронхиальной астмой и атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Нами обследованы 35 детей 6 и 12 лет с бронхиальной астмой и атопическим дерматитом. Контрольную группу составили 16 соматически здоровых детей.

Результаты исследования: у пациентов с аллергической патологией: бронхиальная астма, атопический дерматит и их сочетание, отмечается более высокая распространенность стоматологических заболеваний, чем у здоровых детей и подростков того же возраста. Интенсивность кариеса временных зубов по индексу КП у детей 6-летнего возраста, страдающих бронхиальной астмой составляет 4,78±0.32, атопическим дерматитом - 4,47±0,19, сочетанной аллергической патологией - 5,64±0,5, в то время как у здоровых достоверно ниже 3,75±0,19

Величина индекса КПУ зубов у детей 12-летнего возраста, больных бронхиальной астмой равна 4,35±0,35,атопическим дерматитом 4,23±0,12, сочетанной аллергической патологией 5,07±0,12. У здоровых детей того же возраста значительно ниже – 2,47±0,12. Состояние постоянных зубов у детей с аллергозами находится в прямой зависимости от длительности и тяжести течения аллергических заболеваний, наличия сопутствующей патологии, формы и длительности применения кортикостероидов.

Среди детей и подростков, страдающих аллергическими заболеваниями, распространенность системной гипоплазии временных зубов отмечалась в 30-40% случаев, а постоянных зубов составляла до 55,7% в 15-летнем возрасте, что в 2-3 раза выше, чем у детей, не имеющих соматической патологии.

Заключение. У детей и подростков с аллергической патологией гигиеническое состояние полости рта во всех возрастных группах расценивалось как неудовлетворительное, и было хуже, чем у здоровых детей, что обусловлено не только недостаточным гигиеническим уходом, но и связано со снижением скорости слюноотделении и нарушением защитных свойств слюны у детей с аллергической патологией.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ С УЧЕТОМ ИХ АНАТОМИИ.

Силин А. В., Пяткова И. В.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра общей стоматологии

Резюме. При сопоставлении анатомо-топографических особенностей удаленного зуба и его изображения на 3D КТ установлено, что топография корневого канала передается достаточно достоверно для принятия решения о выборе метода препарирования и обтурации. Благодаря предложенному способу визуализации корневых каналов удаленных зубов возможен детальный анализ анатомии корневого канала зуба, что существенно для процесса обучения**.**

Abstract. Comparison of extracted tooth anatomical and topographical features and its 3D CT image shows that the topography of root canal is transmitted quite authentically to make a decision about choosing method of preparation and obturation. Transparent tooth preparation allows to conduct a detailed analysis of the root canal anatomy, which is important for education process.

Актуальность. Несмотря на попытки систематизировать все возможные конфигурации корневых каналов, имеется противоречивая информация о строении корневых каналов: во время лечения в каждом конкретном случае врач сталкивается с уникальной и строго индивидуальной формой. Дентальная компьютерная томография применяется для анализа топографии и анатомии корневых каналов для принятия решения о выборе метода препарирования и обтурации. В то же время имеется необходимость сравнить анатомию корневого канала на трехмерном изображении и на настоящем зубе, который будет сделан прозрачным.

Цель исследования. Сравнить топографию корневых каналов на 3D изображении и в прозрачном препарате удаленного зуба после обработки по специальной методике путем визуальной оценки структуры каналов зуба.

Материалы и методы. В рамках санации полости рта и перед планирующимся удалением нижнего третьего моляра пациенту была проведена дентальная компьютерная томография на аппарате I – Cat Vision. Следующая часть исследования заключалась в удалении зуба и создании эндодонтического доступа. Зуб обработали по методике, позволяющей сделать удаленный зуб прозрачным. Патент на изобретение № 2373582 от 20 ноября 2009 года.

Результаты. Следующие критерии зуба: угол коронки, кривизна коронки, отклонение корня - были выявлены на трехмерном КТ, в то время как другие анатомические параметры были хорошо видны на прозрачном препарате зуба. При экспертной оценке кривизна корневых каналов на препарате в трех плоскостях больше, чем при оценке изображения 3D КТ.

Заключение. Прозрачный препарат зуба обеспечивает превосходную визуализацию реальной анатомии корневых каналов по сравнению с трехмерной КТ, однако КТ 3D может дать нам больше информации о положении зуба в челюсти.

Прозрачный препарат удаленного зуба незаменим в качестве наглядного пособия высокого уровня для обучения по разделу эндодонтия, позволяющим обучающимся увидеть нативное строение корневых каналов, контрастированных красителем, в натуральном зубе, имеющем индивидуальное анатомическое строение, апикальные дельты и перешейки между каналами, дополнительные каналы и искривление в двух и более плоскостях. Понимая особенности анатомии корневых каналов и оптимизируя их препарирование путем выбора соответствующего метода обработки корневых каналов, можно повысить качество эндодонтического лечения.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ И ВИСОЧНЫХ МЫШЦ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Симоненко А.А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра ортопедической стоматологии

Резюме. В исследовании проведена оценка состояния жевательных и височных мышц, у пациентов спустя 2 месяца после завершения ортопедического лечения. Использовался электромиограф «Миоком» для проведения поверхностной электромиографии. Гранулометрический анализ показал эффективность жевательной функции. В результате исследования определена зависимость между результатами лечения и функциональной активностью жевательных и височных мышц.

Abstract. This study assesses the state of masseter and temporalis muscles in patients 2 months after completion of prosthodontics. Used electromyograph "Myokom" for surface electromyography. Particle size analysis shows the effectiveness of chewing function. The study determined the relationship between treatment outcome and functional activity of the masseter and temporalis muscles.

Актуальность. После завершения ортопедического лечения, ряд пациентов испытывает дискомфорт, заключающийся в неприятных ощущениях со стороны височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), мягких тканей полости рта и жевательных мышц. Практическому врачу-стоматологу объективизировать жалобы пациента со стороны ВНЧС и мышц зубочелюстного аппарата (ЗЧА) достаточно сложно вследствие отсутствия доступных, простых и объективных методов оценки их состояния.

Цель исследования. Определить функциональную активность мышечного компонента зубочелюстного аппарата у стоматологических пациентов после завершения ортопедического лечения.

Материалы и методы. Обследовано 47 человек после завершенного ортопедического лечения в возрасте от 27 до 67 лет из них мужчин - 22, женщин - 25. Обследование проводилось спустя 2 месяца после ортопедического лечения. Методы исследования: 1. Клинико-анамнестическое обследование, включающее в себя: осмотр лица, полости рта, пальпацию области сустава и жевательных мышц, сбор анамнеза.

2. Электромиографическое обследование. Проводилась оценка состояния жевательных и височных мышц. Использован восьмиканальный электромиограф «Миоком» (ОКБ «Ритм», г. Таганрог), поверхностные электроды Kendall ARBO ECG. Определялась функциональная активность жевательных и височных мышц на этапе измельчения тестового материала, на этапе покоя после жевательной функции и на этапе покоя после речевой пробы. Учитывались: асимметрия амплитуд биологической активности мышц, превышение активности любой мышцы после речевой пробы над фоновым значением, показатель полезной работы мышц. Оценку результатов осуществляли в баллах. Максимальное значение показателя 27 баллов. При общем количестве баллов от 0 до 8 диагностируют оптимальное функциональное состояние зубочелюстного аппарата, от 9 до 15 - диагностируют сниженное функциональное состояние зубочелюстного аппарата, от 16 до 27 - диагностируют неудовлетворительное состояние зубочелюстного аппарата.

3. Гранулометрический анализ. Оценивалась эффективность измельчения тестового материала, изготовленного из пищевого желатина. В результате просеивания измельченного материала образовывалось три фракции: 1-я фракция – диаметр частиц больше 4.7мм, 2-я фракция – частицы от 2.4мм до 4.7мм, 3-я фракция – частицы менее 2.4мм. Полученные значения характеризовали сохранную функцию измельчения (преобладание 3-й фракции), сниженную функцию измельчения (преобладание 2-й фракции), декомпенсированную функцию измельчения (преобладание 1-й фракции)

Результаты. У 38 из 47 пациентов (81%) интегральный электромиографический показатель находился в пределах оптимальных значений (0-9 баллов), что подтверждает достаточную эффективность проведенного стоматологического лечения. У 9 пациентов (19%) этот показатель соответствовал сниженному функциональному состоянию мышечного компонента зубочелюстного аппарата (10-19 баллов). У всех пациентов определена патологическая феноменология в виде веретен парафункции. У 42 из 47

пациентов (89%) определено оптимальное измельчение тестового материала, с преобладанием 3-й фракции, у 5 из 47 пациентов (11%) определено удовлетворительное измельчение тестового материала с преобладанием 2-й фракции. Оптимальные и удовлетворительные результаты гранулометрического анализа являются следствием восстановления анатомической формы зубов в результате ортопедического лечения.

Заключение. Эффективное измельчение тестового материала не всегда сопровождается адекватной биоэлектрической активностью мышечного компонента зубочелюстного аппарата. Электромиографическое обследование позволяет объективно оценить жалобы пациентов и выявить неоптимальное функциональное состояние жевательных и височных мышц после проведенного ортопедического лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ПЛАСТМАССОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ.

Смирнова А.В.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Резюме. Первоочередными задачами при лечении ЛПТЭ являются устранение травматического фактора, восстановление и стабилизация состояния тканей пародонта в пораженном участке зубного ряда. Применение шинирующих временных конструкций (пластмассовые мостовидные протезы, межзубные вкладочные шины) позволяет создать условия для более быстрого заживления тканей пародонта, обеспечивает фиксированное положение зубов в месте локального пародонтального кармана.

Abstract. There are some main aims in complex treatment of localized periodontitis of traumatic origin: elimination of traumatic factor, recovery and stabilization of periodontal tissues in local area. Because of use of splinting temporary constructions it is possible to lead to conditions for best recovering of periodontal tissues, make immovable position of teeth in local region.

Актуальность. В комплексном лечении локализованного пародонтита травматической этиологии (ЛПТЭ) первоочередной задачей является устранение травматического фактора с последующим восстановлением и стабилизацией состояния тканей пародонта в пораженном участке зубного ряда.

Цель исследования. Выбор оптимальной лечебной тактики на начальном этапе комплексного лечения ЛПТЭ.

Материалы и методы. Были изучены и проанализированы результаты комплексного лечения 80 пациентов с ЛПТЭ. Возраст пациентов варьировал от 22 до 63 лет, среди них было 68 женщин и 12 мужчин. Все пациенты были разделаны на 2 группы с помощью метода рандомизации. 1 группа – основная, 2 – группа сравнения. В основной группе для временного и постоянного протезирования использовали металлокерамические мостовидные протезы или межзубные вкладочные шины с использованием системы для непрямой реставрации «Tescera®» (BISCO), в группе сравнения протезирование проводилось с помощью одиночных металлокерамических коронок.

После обследования пациентов и установления диагноза всем пациентам была проведена профессиональная гигиена полости рта. Область пародонтального кармана у всех пациентов обрабатывали препаратом «Метрогил Дента Профессиональный®» (Unique Pharmaceutical Lab.). На первом этапе комплексного

лечения ЛПТЭ были получены оттиски верхней и нижней челюстей, изготовлены рабочие модели. В зависимости от выбранного вида постоянного протезирования были изготовлены в зуботехнической лаборатории временные пластмассовые мостовидные протезы (на 2 соседних зуба) или межзубные вкладочные шины из пластмассы. После препарирования зубов под металлокерамические коронки на опорные зубы фиксировали с помощью временного цемента «Tempbond®» (KERR) мостовидный протез из пластмассы. В случае протезирования адгезивными вкладочными шинами проводили препарирование опорных зубов под вкладки и фиксировали вкладочную шину из пластмассы на временный цемент. После припасовки вкладочной шины из пластмассы и пластмассовых мостовидных протезов уточнение прилегания конструкций осуществляли с использованием быстротвердеющей пластмассы «Snap®» (PARKELL). У пациентов группы сравнения препарирование зубов в области пародонтального кармана проводилось под одиночную металлокерамическую коронку или осуществляли замену некачественных, дефектных реставраций с восстановлением плотного контактного пункта. Спустя неделю у пациентов со средней степенью тяжести ЛПТЭ (26 пациентов, 17 – в основной группе, 9 – в группе сравнения) проводили кюретаж пародонтального кармана, накладывали швы. Швы снимали через 5-7 дней. Пластмассовые мостовидные протезы, одиночные коронки и межзубные вкладочные шины фиксировали на зубах сразу после проведения операции.

Результаты оценивали через 3 недели после полного заживления мягких тканей. В послеоперационном периоде у пациентов обеих групп инфекционных осложнений не было выявлено. В основной группе наблюдали более быстрое заживление тканей пародонта, признаки воспаления уменьшались к 4 суткам. В группе сравнения воспалительные изменения стихали к 7-10 суткам. Пациенты отмечали улучшение физического и эмоционального состояния во время жевания, отсутствие неприятного запаха изо рта, что, по их мнению, было связано с отсутствием промежутка между зубами и застревания пищевых частиц.

По данным лазерной доплеровской флоуметрии изменение уровнь локальной микроциркуляции был выше в основной группе, чем в группе сравнения ($p<0,05$). Улучшение местного кровотока в области пародонтального кармана было зафиксировано на основании повышения перфузии в обеих группах. Так, в основной группе увеличение перфузии было на 46,5% больше по сравнению с исходным уровнем. До лечения показатель микроциркуляции в основной группе составлял 8,6±0,3 пф.ед., а после лечения - 12,6±0,4 пф.ед. В группе сравнения увеличение перфузии от начального уровня составляло 22%. Средний показатель микроциркуляции увеличился на 1,9 пф.ед., что соответствовало 8,7±0,2 пф.ед. до лечения и 10,6±0,4 пф.ед. после лечения. Глубина зондирования пародонтального кармана в основной группе после лечения уменьшалась на 0,9±0,11 мм, а группе сравнения на 0,45±0,12 мм ($p<0,05$).

Заключение. 1. Лучшая эффективность заживления тканей пародонта в основной группе по сравнению со второй группой обусловлена применением шинирующих временных конструкций (пластмассовые мостовидные протезы, межзубные вкладочные шины).2. В процессе исследования обнаружено недостаточно быстрое заживление пародонтальных тканей в пораженном участке у пациентов с одиночными металлокерамическими коронками по сравнению с пациентами с мостовидными протезами после проведения хирургического вмешательства, что связано с отсутствием неподвижного соединения двух соседних зубов в процессе послеоперационного периода.

3. Проведенное исследование выявило преимущество использования временных шинирующих мостовидных протезов из пластмассы и межзубных вкладочных шин на начальном этапе комплексного лечения ЛПТЭ.

СНИЖЕНИЕ ТРУДОЕМКОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ СИСТЕМОЙ ПАССИВНОГО САМОЛИГИРОВАНИЯ DAMON.

А.В. Тихонов, С.А.Попов
СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра ортодонтии

Резюме. Исследование проводилось на типодонтах, имитирующих скученное положение зубов. Измерялось общее время замены дуги. В среднем, разница составила около 8 минут на оба зубных ряда. Если предположить, что врач заменяет дуги до 8 раз в процессе лечения (учитывая плановые замены, поломки, переустановку брекетов, детализирующие изгибы), то экономия времени составит около 2 часов за все лечение при использовании самолигирующих систем. Результаты данного исследования подтверждают, что самолигирующие брекеты значимо снижают трудовые и временные затраты врача на замену дуг в повседневной клинической практике.

Abstract. The study was performed on typodonts simulating crowded teeth. Duration of wire change was measured in self-ligating configuration and with steel ligatures. The mean difference in wire change was around 8 min for two arches. If one makes wire change 8 times in treatment, time saving will be about 2 hours during treatment. Results of this study confirm the idea, that self-ligating breckets save orthodontist's time in daily practice.

Актуальность. В последние годы самолигирующие разновидности несъемной ортодонтической техники активно внедряются в повседневную практику врача-отодонта. В конструкцию самолигирующих брекетов в отличие от традиционных лигатурных входит собственный механизм удержания дуги в пазе. Основными преимуществами применения современных надежных систем самолигирования считаются более надежный контроль дуги в пазе брекета и снижение трудовых и временных затрат врача-ортодонта на замену дуг.

Поскольку самолигирующие системы не требуют применения лигатур для удержания дуги, это очевидно должно сокращать время приема пациента и трудовые затраты врача-ортодонта. Этот факт отмечают большинство практикующих клиницистов как наиболее очевидное преимущество надежных современных самолигирующих систем ведущих мировых производителей. В литературе имеются частичные доказательства ускорения процесса замены дуг для самолигирующих брекетов. Однако данных о разнице в скорости замены дуг между лигатурными брекетами и современными вариантами самолигирующих брекетов Damon мы не нашли, хотя данная технология широко распространена в отечественной ортодонтической практике.

Цель исследования. Определить разницу во времени, затрачиваемом на замену дуги, при использовании традиционного лигирования металлическими лигатурами и в самолигирующей брекет-системе Damon 3 MX.

Материалы и методы. Типодонт верхнего зубного ряда, имитирующий скученное положение зубов, с установленными брекетами Damon 3 MX фиксировался к стоматологическому креслу для приближения к реальной ситуации. Три врача-ортодонта выполняли на типодонте установку и снятие дуги Damon CuNi-Ti .014. Дуга фиксировалась при этом в 9 брекетах (один зуб не подразумевал установку на него брекета из-за выраженного дефицита места и

поэтому не участвовал в эксперименте). Серия из пяти установок и снятий проводилась для каждой из двух конфигураций:

1. С использованием металлических лигатур, путем их установки и снятия (путем разрезания или раскручивания по выбору врача) при открытых крышках брекетов Damon 3 MX
2. Без применения лигатур, то есть в конфигурации самолигирующей системы – путем открывания и закрывания крышек брекетов, как и предусмотрено для данной системы.

Исследование выполнялось на типодонте, а не на реальных пациентах с этической точки зрения и для того, чтобы исключить влияние на время замены дуги большого числа факторов, действующих в реальной ситуации (разговоры с пациентом, размер ротовой полости, степень скученности и дистопии отдельных зубов, межбрекетные расстояния, круглая или прямоугольная дуга, особенности поведения пациента и тд.). По условиям эксперимента докторам необходимо было работать максимально приближенно к реальной практике с точки зрения доступа к брекетам, особенно в боковом отделе.

Полное время установки и снятия дуги (с введением в пазы брекетов и выведением из полости рта), измерялось с помощью секундомера с точностью до секунды. Работа проводилась с ассистентом.

Результаты исследования представлены в таблице (средняя длительность манипуляций по всем врачам).

	Установка дуги	Снятие дуги	Общее время замены
Лигатуры	5 мин. 53 сек. ± 26 сек.	2 мин. 21 сек ± 31сек.	8 мин. 14 сек. ± 32 сек.
Damon	54 ± 10 сек.	27 ± 5 сек.	1 мин. 21 сек. ± 12 сек.

Можно констатировать, что время, затраченное на замену дуги с брекетами Damon, примерно на 7 минут меньше, чем при работе с металлическими лигатурами в расчете на 9 брекетов (на использованном типодонте). Разница статистически достоверная ($P<0.01$).

Если экстраполировать результаты на 10 брекетов, то получается, что разница составляет примерно 8 минут (47 секунд на один брекет). На две дуги (верхняя и нижняя) это составляет почти 16 минут, что довольно весомо при наличии значительного количества пациентов.

Говоря о клинической значимости полученных цифр, необходимо заметить, что замена дуги требуется не только в фазе нивелирования и выравнивания. В рабочей и завершающей фазах лечения жесткие дуги также требуют снятия для коррекции формы, нанесения изгибов и тд. Также снятие и установка дуги требуются при отклейке и переустановке брекетов. Можно считать, что замена дуг требуется около 4-5 раз в фазе нивелирования и выравнивания, еще хотя бы 2-3 раза для коррекции и детализации, еще 1-2 раза для фиксации отклеенных брекетов, еще хотя бы 1 раз для переустановки неправильно фиксированных брекетов. То есть, всего в процессе типичного лечения на двух челюстях, снятие и установка дуги может требоваться не менее 8 раз, то есть всего 16 раз для обеих челюстей. Тогда с учетом разницы в 8 минут на замену дуги между брекетами Damon и лигатурными, общая разница во времени составит до 2 часов, что довольно много. Если у доктора на лечении находится,

например, 100 пациентов, а средний срок лечения составляет 20 месяцев, то получается, что в месяц врач тратит лишних 10 часов (100*2/20) только на установку и снятие лигатур. За год это 120 часов, то есть практически лишний месяц работы (20 смен по 6 часов).

Заключение. Применение системы пассивного самолигирования Damon System достоверно снижает время, затрачиваемое на замену дуг, по сравнению с применением металлических лигатур.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСЛОКАЦИЯМИ СУСТАВНОГО ДИСКА ВНЧС.

Худорошков Ю.Г., Фелькер В.В., Игумнов А.И., Савченко Р.К.
Омская государственная медицинская академия, кафедра ортодонтии

Резюме. Представлены результаты исследования, целью которого было повышение эффективности диагностики, прогнозирования и лечения больных с вторичным остеоартрозом ВНЧС. Предложен алгоритм диагностики и лечения, включающий артролаваж, хондропротектор "Алфлутоп" и окклюзионные шины. Рассмотрены критерии прогнозирования исходов лечения.

Abstract. This article represents the results of the study, purpose of which was to increase of efficiency of diagnostics, forecast and treatment of patients with second osteoarthrosis of TMJ.The algorithm of diagnostics and treatment of patients with lavaging of the superior joint space, injection of "Alflutop" and splint therapy is offered. Results of clinical examination were estimated with regard of their prognostic value.

Актуальность. Патология ВНЧС по частоте встречаемости занимает третье место после кариеса и заболеваний пародонта. Наиболее распространенной ее формой являются дислокации суставного диска, которые — в случае отсутствия репозиции последнего ведут к стойким функциональным расстройствам.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики, лечения и прогнозирования течения невправляемых дислокаций суставного диска височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2011 г. нами на кафедрах ортодонтии (заведующий кафедрой доц. Худорошков) и ЧЛХ (заведующий кафедрой проф.Сулимов) ОмГМА на базе ГКСП №1 и Стоматологического комплекса ОмГМА были обследованы и проходили лечение 458 пациентов с различной патологией ВНЧС. Из них 45 пациентов с передним невправляемым смещением суставного диска.

Все больные были подвергнуты общепринятым клинико-лабораторным и инструментальным методам обследования. Диагностика дислокаций суставного диска основывалась на функциональных магнитно-резонансных томограммах с определением толщины суставных хрящей. При невправляемом вывихе диска больному изготавливали разгружающую окклюзионную шину, далее выполняли артроцентез с лаважем суставной полости, после чего производим мануальную дистракцию суставных поверхностей и репозицию суставного диска. Пациентам основной группы (22 человека) проводили курс интра- и периартикулярного введения хондропротектора – «Алфлутоп» (20 инъекций). После восстановления амплитуды открывания рта больной направлялся к врачу – ортодонту или ортопеду для проведения дальнейшего лечения, которое включало в себя переход с разгружающей шины на окклюзионную, моделирующую функциональную окклюзию. Моделирование положения суставной головки проводилось в аппарате

MPV, с учетом проведенной аксиографии и MPI-диагностики. Исходя из данных диагностики, конструировалась и изготавливалась окклюзионная шина для постоянного ношения, являющаяся одним из основных лечебных средств. Реабилитация, в свою очередь начиналась при появлении стойкой положительной динамики, включая в себя комплексное ортодонтическое лечение или рациональное протезирование соответственно. Ортодонтическое лечение и протезирование больных, имеющих патологию ВНЧС, проходило с некоторыми особенностями: медленная поэтапная коррекция окклюзии, периодическое использование разгружающих шин, активное динамическое наблюдение.

Результаты проведенного лечения в обеих группах регистрировали через 1 год. Критериями успешного лечения считали совокупность следующих признаков: снижение интенсивности болевого синдрома не менее 40% по ВАШ, увеличение амплитуды открывания рта не менее 30% по сравнению с исходным или при достижении 40 мм, снижение индекса дисфункции ВНЧС Helkimo. Т.о., мы модифицировали критерии, выбранные Y.Hamada et al. (2008), которые не учитывали динамики улучшения функции. В полной мере всем критериям успеха отвечал 21 пациент. У 24 пациентов хотя бы по одному из показателей не было отмечено необходимой динамики. В целом, все больные продемонстрировали положительную динамику; как успешный, расценили результаты лечения все вошедшие в исследование пациенты. В качестве признаков- кандидатов в предикторы результата лечения, рассматривались (на момент обращения): амплитуда открывания рта и боковых движений нижней челюсти в «здоровую» сторону, интенсивность болевого синдрома, давность заболевания, наличие дисплазии соединительной ткани, индекс дисфункции ВНЧС Helkimo, психо-эмоциональный статус, характер окклюзионных нарушений. Для выявления информативных предикторов исхода применялся ROC-анализ.

В результате проведенного анализа получены следующие данные: наибольшей прогностической значимостью обладает амплитуда открывания рта при обращении ($P<0,02$; порог отсечения – 27 мм); далее – в порядке убывания: давность блокировки сустава ($P>0,05$); окклюзионный фактор ($P>0,07$); амплитуда боковых смещений ($P>0,1$); исходная толщина суставного хряща ($P>0,24$); уровень боли по ВАШ в наилучший и наихудший период болезни ($P>0,80$ и $P>0,24$ соответственно); наличие признаков дисплазии соединительной ткани ($P>0,55$); продолжительность заболевания ($P>0,67$); уровень реактивной тревожности ($P>0,77$); первоначальный индекс Helkimo ($P> 0,81$); уровень личностной тревожности, оцененный тестом Спилберга ($P>0,85$);

Т.о., единственным критерием, имеющим прогностическое значение, можно считать амплитуду открывания рта до лечения на уровне 27 мм и меньше. Этот результат свидетельствует в пользу того, что при относительно сохранной функции ВНЧС вероятность достижения названных критериев успеха невелика, что ставит под сомнение целесообразность проведения активного лечения.

Заключение. Приведенный алгоритм комплексного лечения является эффективным при невправляемых смещениях суставного диска. Из всех параметров, доступных для регистрации на первичном приеме, только амплитуда открывания рта является прогностически значимой для оценки прогноза результатов лечения. Для выявления критериев отбора больных, подлежащих лечению или, напротив, динамическому наблюдению, необходимы дальнейшие исследования.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МУЗЫКАНТОВ, ИГРАЮЩИХ НА ДУХОВЫХ ИНСТРУМЕНТАХ, И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕННОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА **OHIP – 14.**

Хрынин С.А., Золотницкий И.В., Чикина Н.А., Прокопова М.А.
МГМСУ (Московский Государственный Медико - Стоматологический Университет имени А.И. Евдакимова)

Резюме. Профессиональная деятельность музыкантов, играющих на духовых музыкальных инструментах, определяет главную особенность и сложность ортопедического стоматологического лечения (Porter M., 1987). При изготовлении несъемных зубных протезов у музыкантов, профессионально занимающихся игрой на духовых инструментах, врач – стоматолог должен хорошо представлять, каким образом несъемные ортопедические конструкции могут влиять на музыкальное воспроизведение звука и на технику исполнения.

Abstract. Professional activities of musicians playing wind instruments, defines the main feature and the complexity of orthopedic dental treatment. In the manufacture of non-removable dentures for musicians who are professionally engaged playing a wind instrument, the doctor - dentist has a good idea of how the fixed prosthetic design can affect the sound and music reproduction in the technique.

Актуальность. Профессиональная деятельность музыкантов, играющих на духовых музыкальных инструментах, определяет главную особенность и сложность ортопедического стоматологического лечения (Porter M., 1987).

При изготовлении несъемных зубных протезов у музыкантов, профессионально занимающихся игрой на духовых инструментах, врач – стоматолог должен хорошо представлять, каким образом несъемные ортопедические конструкции могут влиять на музыкальное воспроизведение звука и на технику исполнения. Изготовление наиболее адекватной ортопедической конструкции дает возможность музыкантам заниматься их профессиональной деятельностью. Поэтому врач – стоматолог должен уделять большое внимание лечению профессиональных музыкантов – трубачей (Grundig C., 1982).

Знания врача – стоматолога о возможном влиянии определенного музыкального инструмента на анатомические структуры челюстно – лицевой области помогут дать правильный совет по профилактике возможных стоматологических проблем, назначить необходимый план ортопедического лечения и грамотно смоделировать вместе с зубным техником ортопедические конструкции, необходимые индивидуальные для каждого пациента – музыканта, что особенно актуально для профессиональной деятельности данной группы пациентов (Schonekerl H., 1990).

Цель исследования. Оценка качества ортопедического лечения несъемными зубными протезами во фронтальном отделе музыкантов играющих на духовых инструментах, с помощью специализированного стоматологического опросника OHIP – 14.

Материал и метод. В ходе работы нами произведена оценка качества жизни 20 музыкантов – трубачей (мужчины в возрасте от 40 до 60 лет) до и после ортопедического лечения. Ежедневная продолжительность занятия на инструменте у музыкантов составляла 3 часа в сутки.

Для адекватного исследования качества жизни пациентов, и получения наиболее эффективных результатов проведенного исследования, использовались специальные опросники, отражающие наиболее важные проблемы, учитывающие динамику заболевания, и включающие вопросы, относящиеся к данному конкретному заболеванию (Allen P.F., McMillan A.S., Locker D., 2001).

Для оценки эффективности ортопедического лечения нами проведено анкетирование музыкантов – трубачей, профессионально занимающихся игрой на духовых инструментах с помощью предложенной нами адаптированной методики обследования и лечения данной группы пациентов - Индекс Профиль влияния стоматологического здоровья – Oral Health Impact Profile (OHIP-14) (Slade G., Spenser J., 1997), включающий 14 - опросное измерение.

Результаты и обсуждения. По результатам анкетирования после проведенного ортопедического лечения мы отметили значительное улучшение качества жизни пациентов – музыкантов, играющих на духовых инструментах. Среднее число баллов по опроснику OHIP – 14 уменьшилось более чем в 2 раза, что свидетельствует об улучшении качества жизни музыкантов. Только на вопрос: «Испытываете ли Вы неудобства из-за проблем с протезами?» 7 музыкантов – трубачей ответили «почти никогда», а 13 музыкантов ответили «никогда». На все остальные вопросы ответы были «никогда».

Заключение. Результаты анкетирования свидетельствуют о высокой эффективности предложенной методики ортопедического лечения музыкантов несъемными зубными конструкциями, которое сопровождается значительным улучшением качества жизни музыкантов, как во время профессиональной игры на духовых инструментах, так и повседневной их жизни при использовании данных несъемных ортопедических конструкций во фронтальном отделе, изготовленных по усовершенствованной технологии.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ГАЛИТОЗА.

Цимбалистов А.В., Бачуринская И.Е.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра ортопедической стоматологии

Резюме. Галитоз (соматодисодия, озостомия) - термин, используемый для обозначения устойчивого неприятного запаха воздуха, выдыхаемого человеком. Обследовано 45 больных в возрасте от 20 до 67 лет. Установлено, что только совместные действия врачей стоматологов всех специальностей, а также оториноларингологов дает долгосрочный положительный результат.

Abstract. Halitosis-a term used to refer to sustained odor of air exhaled by man. The study involved 45 patients aged from 20 to 67 years. Correction of halitosis was conducted in two groups surveyed by the Special Plan.

Актуальность. В настоящее время успех человека во многом определяется его имиджем и межличностными связями. Именно поэтому в последние годы галитоз рассматривается как социальная проблема. Галитоз – это устойчивый неприятный запах воздуха, который выдыхает человек.

Цель исследования. Изучение особенностей диагностики и лечения галитоза у пациентов с сочетанной патологией.

Материалы и методы. Обследовано 45 больных в возрасте от 20 до 67 лет, 15 мужчин и 30 женщин. Сформировано 3 группы исследования. В первую группу включены 23 человека (51,1% наблюдений) на основании жалоб на неприятный запах изо рта и наличия стоматологической патологии. Вторую группу составили 12 пациентов (26,7% случаев) на основании жалоб на

неприятный запах изо рта при наличии стоматологической патологии и хронического тонзиллита. Третью контрольную группу составили 10 человек (22,2%) - это обследуемые, которые не предъявляли жалоб на неприятный запах изо рта, но имели стоматологические заболевания.

У всех пациентов проводилось клиническое обследование, включающее подробный сбор анамнеза и анкетирование, изучение стоматологического статуса, определение индекса гигиены полости рта (OHI-S;Грин, Вермиллион,1969), для исследования налета на языке использование индекса WTC (Winkel Tongue Coating, предложенный E.Winkel в 1998 году), проведение специфических тестов с флоссом и с салфеткой, регистрация концентрации летучих сернистых соединений (ЛСС) с помощью диагностического аппарата Halimeter (США).

Коррекция галитоза проводилась в двух группах обследуемых по следующему плану:

-в группе № 1 сначала осуществлялась профессиональная гигиена и обучение навыкам индивидуального ухода за зубами и языком, включающее в себя очищение зубной щеткой, использование зубной нити и очищение языка с помощью набора «Silver care». Через 2-3 недели проводились повторный осмотр и галиметрия, и, в случае, если показатели не приходили в норму, назначались дополнительные препараты: ополаскиватель «President» (с хлоргексидином в концентрации 0,12%, не содержащий спирта; не более 2-3 недель), зубная паста и ополаскиватель «Air-lift» на основе натуральных природных компонентов, сроки использования которых не ограничены, а так же проводилась санация полости рта и лечение у врача-пародонтолога.

-в группе № 2 пациенты проходили курс лечения хронического тонзиллита у врача-оториноларинголога и, по показаниям, дополнительно проводены стоматологические мероприятия, описанные для группы № 1.

Результаты исследования. Выявлено, что все пациенты нуждаются в проведении санации полости рта, что подтверждено следующими показателями:

-индекс гигиены более 1 выявлен у 40 пациентов, что соответствует 88,9% наблюдений,

-индекс WTC больше 6 выявлен в 35 случаях, что соответствует 77,8%,

-тесты с флоссом и с салфеткой положительны у 32 пациентов, что составило 71,1% наблюдений.

Установлено, что концентрация ЛСС в выдыхаемом воздухе более 170 ppb наблюдалась у всех больных 1 и 2 групп при социально приемлемом уровне равном от 120 до 170.

В первой группе после проведения начальных мероприятий (профессиональная и индивидуальная гигиена) социально приемлемый уровень концентрации ЛСС был достигнут только у 4 пациентов (8,9%), остальные 19 больных (42,2%) нуждались в более полном стоматологическом лечении, а так же использовании ополаскивателя «President» и зубной пасты и ополаскивателя «Air-lift» .

Во второй группе после проведения курса лечения у врача-оториноларинголога произошло снижение концентрации ЛСС в выдыхаемом воздухе, что, однако, оказалось недостаточным для достижения социально приемлемого уровня. Добавление в комплекс лечебных мероприятий стоматологической коррекции в объеме профессиональной гигиены и санации полости рта, обучения навыкам индивидуального ухода за зубами и языком, снизили галиметрические показатели до нормальных значений.

Третью контрольную группу составили 10 человек(22,2%), пациенты, имеющие стоматологические проблемы без ЛОР-патологии и без признаков галитоза.

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что одним из предрасполагающих факторов в возникновении галитоза является комбинация неудовлетворительного состояния полости рта и хронического тонзиллита. Следует отметить, что в решении проблемы галитоза существует ряд особенностей. Поэтому как на диагностическом, так и на лечебном этапах необходим комплексный подход.

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ – ВАЖНОЕ ЗВЕНО КОНТРОЛЯ**.**

Щербакова, Т.Е.
СГМА, кафедра терапевтической стоматологии

Резюме. Обсуждаются вопросы многокритериальной оценки качества диагностики и лечения стоматологических заболеваний в зависимости от использования тех или иных количественных и качественных параметров, что позволяет оптимизировать определенный комплекс лечебно-диагностических услуг, обеспечить право пациента на их достаточный объем и качество.

Abstract. The issues ofmulti-criteriaquality evaluation of diagnostics andtreatment of dental diseases depending on somequantitative and qualitative parameters are discussed. Quality examination allows to optimize the particular complex of diagnostic and treatmentmanipulations and to ensurethe patient's righttosufficientquantity and quality of dental care.

Актуальность. В Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 64, п.1) сказано, что «экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Публикации последних лет показывают, что качество стоматологической помощи неадекватно потребностям сегодняшнего дня. Единый подход к данной проблеме в России отсутствует. По данным социологических опросов, свыше 90% пациентов обращаются к стоматологу по поводу острой зубной боли и только 4-5% – с профилактической целью.

Цель исследования. Оценка качества стоматологической помощи в городской стоматологической поликлинике.

Материалы и методы. Из контингента взрослых лиц обоего пола, обратившихся за стоматологической помощью в 2011 и 2012 годах, при сплошной выборке нами проанализировано по 150 «Медицинских карт …». Для экспертизы качества стоматологической помощи за основу взята схема, предложенная В.Г. Бутовой и соавт. [2011], с нашими дополнениями и изменениями. Основными критериями оценки явились данные разделов, указанных в «Медицинских картах стоматологических больных», отражающие диагностическую, лечебную, профилактическую работу стоматологов.

Результаты. Анализа «Медицинских карт стоматологических больных» показывают, что только за год работы консультативно-экспертной комиссии с начала реализации системы контроля качества лечебно-профилактической помощи в городской поликлинике выявлено существенное улучшение ($p<0,05$) значений ряда показателей, указанных в «Медицинских картах…» и отражающих состояние здоровья пациентов, гигиеническое состояние полости рта, анамнез

заболевания, стоматологический статус, результаты рентгенологических исследований зубов и челюстей, обоснованность диагноза, онкологическую настороженность стоматолога, алгоритм ЛПУ в диагностике и лечении стоматологических заболеваний. Важно отметить, что в 2012 году врачи стали чаще прибегать к консультативной помощи коллег, вести электронную историю болезни. Они начали более чётко отражать в документации ошибки и осложнения при лечении, больше внимания уделять профессиональной гигиене полости рта пациентов. В результате качественно улучшились как диагностика и лечение стоматологических заболеваний, так и ведение медицинской документации.

Заключение. Управление качеством медицинской помощи должно стать *системой* – совокупностью организационно-управленческих структур и действий, которые устанавливают, реализуют, оценивают, анализируют и корректируют условия (процесс) оказания и результат медицинской услуги для обеспечения пациенту гарантированного объёма качества медицинской помощи. По этим аспектам в настоящее время и оценивается эффективность функционирования стоматологической службы ЛПУ и региона.

Таким образом, данные проведенного исследования позволяют рекомендовать использование результатов, полученных на основе организации комиссии по экспертизе качества в городской стоматологической поликлинике, в других ЛПУ стоматологического профиля. Справедливости ради следует отметить, что пока критериями качества работы ЛПУ служат параметры, положенные в основу системы обязательного медицинского страхования, нет возможности реального применения новых методик и технологий в диагностике и лечении основных стоматологических заболеваний.

УНИВЕРСИТЕТСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР СТОМАТОЛОГИИ

РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ НА ОКТЯБРЬ - ДЕКАБРЬ 2012 г.

2 НОЯБРЯ
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ -ЧАСТЬ I
(мастер-класс)
Сатыго Е.А. (СЗГМУ им. И.И.Мечникова)

9 НОЯБРЯ
КОНСЕРВАТИВНАЯ ПАРАДОНТОЛОГИЯ ОТ А ДО Я
(мастер-класс)
Кондратьева Н.А. (СЗГМУ им. И.И.Мечникова)

28-29 НОЯБРЯ
СОВРЕМЕННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ
(мастер-класс)
Ронкин Константин (СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Бостонский Институт Эстетической Стоматологии)

7 ДЕКАБРЯ
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ -ЧАСТЬ II
(мастер-класс)
Коско А.В. (СЗГМУ им. И.И.Мечникова)

14 ДЕКАБРЯ
БАЗОВЫЙ КУРС ИМПЛАНТОЛОГИИ
(мастер-класс)
Кондратьева Н.А. (СЗГМУ им. И.И.Мечникова)

Место проведения:
г. Санкт-Петербург, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Университетский научно-исследовательский центр стоматологии, улица Парадная дом 2, (кабинеты 1,6).
Телефоны для справок: 8-950-222-56-35, 8-921-884-45-37, 8-953-148-07-13
Заявку на участие можно отправить по электронной почте:
stommapo@mail.ru