**ФГБОУ ВО**

**ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В ФОРМАТЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

**«ПРАКТИКА. НИР»**

**Материалы II научно-практической конференции**

**(7-8 мая 2018 года)**

**Чита - 2018**

**УДК 61(078)**

**ББК 51/57**

**М 41**

Научно-исследовательская работа студентов стоматологического факультета: Материалы II научно-практической конференции студентов стоматологического факультета в рамках дисциплины «Практика. НИР». 7-8 мая 2018 года, г. Чита [Электронный ресурс]:сборник научных трудов / Читинская государственная медицинская академия.- Электрон.текстовые дан. - Чита: РИЦ ЧГМА, 2018. - 1 электрон.опт. диск (CD-ROM) - Мин. систем. требования: IBMPS 100 МГц; 16 МбRAM; WindowsXP; AdobeReader

В настоящий сборник включены научные работы, выполненные студентами стоматологического факультета ФГБОУ ВО ЧГМА, в рамках дисциплины «Практика. НИР». В работах рассматриваются актуальные вопросы медицины и здравоохранения, экологии и безопасности жизнедеятельности, медико-биологические проблемы.

Материалы конференции предназначены для студентов, обучающихся по специальности 31.05.03 Стоматология (уровень специалитета), в соответствие с ФГОС ВО для самостоятельного освоения модуля «Практика. НИР».

Ответственные за выпуск:

Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии,

д.м.н., профессор **Ю.Л. Писаревский;**

ассистент кафедры ортопедической стоматологии,

к.м.н. **Щеглакова Г.Ю.**

© ЧГМА, 2018

|  |  |
| --- | --- |
| **СОДЕРЖАНИЕ** |  |
| **1. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ** | **Стр.** |
| Туранов О.А., Савченко Г.Э., Айвазян В.Л.  ИЗМЕНЕНИЕ ВЫСОТЫ КОРОНКИ ПЕРВЫХ И ВТОРЫХ МОЛЯРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕДУЩЕЙ РУКИ........................ | 6 |
| Сизенко Т.Н., Богомягкова Т.С., Галсанова Б-Л. А.,  Бальжинимаева Р.В., Цыбикова А.О, Часовских И.Е.  ОБОСНОВАНИЕ СОХРАНЕНИЯ ВИТАЛЬНОСТИ ЗУБОВ  ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОРОНКАМИ ........................................................................................... | 8 |
| Найданова И.С., Аршинский А.А., Пермяков О.Н.,  Полывянная Ю.И.  РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ...................................................... | 10 |
| Пономарев Е.С., Паламова Т.В., Николаева Б.В. Першиков А.Ю., Гомбоев Ж.Д.  ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОБЪЕМА ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ДИСФУНКЦИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ...................................................... | 13 |
| Раднаев Б.Б., Лысенко С.В., Жамсуев Ж.З.  ВЗАИМОСВЯЗЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ЭСТЕТИЧЕСКОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ .............................................. | 15 |
| Абрамян Г.А.  ВЗАИМОСВЯЗЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ  В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ................................................ | 17 |
| Ошуркова С.С., Портных Е.С., Литвиненко С.А.  РАБОТА В ЧЕТЫРЕ РУКИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ..................................................................................................... | 19 |
| Иванникова А.С., Мешков В.А., Уржумов Р.Л.  СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ CAD/CAM В СТОМАТОЛОГИИ.. | 21 |
| **2.АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ**  **СТОМАТОЛОГИИ** |  |
| Мнацаканян А.И., Исаева Т.И., Велихер М.Г.  АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ........................................................ | 23 |
| Карбышев М.А.  ОБЗОР ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ............................................................................................. | 25 |
| Макагон А.С., Романов И.А., Гаджиева Э.И.  ОТСРОЧЕННАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ. АУГМЕНТАЦИЯ КОСТИ  ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА...................................................................... | 27 |
| Базаров Э.А., Цыденов А.А.  СОВРЕМЕННЫЕ ВИДЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.............. | 29 |
| Мутуев Д.А., Дугаржапов Б.А.  СОВРЕМЕННЫЕ АНЕСТЕТИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ...................... | 34 |
| Зориктуев Т.З., Ширибон С.А.  СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН В ЧЛО........................................................ | 39 |
| Гармаева Р.Д, Зубайруева Д.М.  ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МЕСТНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.................................................................................................. | 41 |
| Ширяев. К. В., Карнаков. А. С.  КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ....................... | 46 |
| Кузнецов В.А  ЗУБОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ.................................................... | 52 |
| Цырендашиева А.Б., Старчекова У.А.  ЧАСТОТА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬЯ........................... | 55 |
| **3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ** |  |
| Абакарова М.Т., Бороева Т.А., Будажапова Э.Б., Раднаева Б.Б.  СРАВНЕНИЕ КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ФОТОКОМПОЗИТАМИ........................................................................... | 59 |
| Антипина Ю.Д.  РЕЗОРЦИН-ФОРМАЛИНОВЫЙ МЕТОД: ПОРА РАССТАВАТЬСЯ?..................................................................................... | 61 |
| Кривуля Ю.Е.  ПРЯМЫЕ РЕСТАВРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ФОТОКОМПОЗИТОВ................................................................................ | 67 |
| Ранжурова М.В., Арутюнян Н.Л., Дамбаев Б.М., Гашов Д.А.  ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННЫХ И ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА БИОПОТЕНЦИАЛЫ В ПОЛОСТИ РТА................................................. | 71 |
| Савиных М.Н., Бархатова М.С., Сташкевич Л.О., Богомякова Т.С.  АНАЭРОБНАЯ МИКРОФЛОРА ЭНДОДОНТА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА. | 73 |
| Пермяков О.Н.  ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРИЕСА ЗУБОВ И ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА (ПО ДАННЫМ ГАУЗ КСП, Г. ЧИТА)........................... | 75 |
| Ширяев К.В., Кузнецов В.А.  ТАБАКОКУРЕНИЕ НА ПУТИ СТАНОВЛЕНИЯ МОЛОДОГО ВРАЧА........................................................................................................ | 80 |
| Богомягкова Т.С., Жаргалова Б.Б., Курихина К.А.  АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ  СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГОВ ........................................................... | 82 |
| Иванова М.С., Васильева Е.В.  ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ИРРИГАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА  ОТ АПИКАЛЬНОГО РАЗМЕРА.............................................................. | 84 |
| Оруджова Г.С., Новикова Л.С., Бищак А.В.  ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК НА СОСТОЯНИЕ  СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.......................................... | 86 |
| **4. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ**  **ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА** |  |
| Аршинский А.А., Пермяков О.Н.  ПОКАЗАТЕЛИ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НЕДОРАЗВИТИЕМ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ......................................................................... | 88 |
| Батомункуев Б.Б., Даширабданова У.Ц., Доржиева Б.Б ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛОР-ПАТОЛОГИИ И РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ АНОМАЛИИ У ПОДРОСТКОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ. РОЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА................................................................................................. | 89 |
| Кокарева О.А., Потапова И.В.  ИЗМЕНЕНИЯКИСЛОТНО-ОСНОВНОГО РАВНОВЕСИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИЯБЛОЧНОГО СОКА........... | 92 |
| Оруджова Г.С., Новикова Л.С, Чимитдоржиев Б.М.,  Бальжинимаева Н.Б.  СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ..................................................................... | 94 |
| Ранжурова М.В., Арутюнян Н.Л., Дамбаев Б.М.  ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ НА  ДЕТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ................................. | 95 |
| Совпель Ю.К., Бищак А.В., Мальцев Р.В., Долинин А.С.  ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ  НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ.............................................. | 97 |

**1. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ**

**СТОМАТОЛОГИИ**

**ИЗМЕНЕНИЕ ВЫСОТЫ КОРОНКИ ПЕРВЫХ И ВТОРЫХ**

**МОЛЯРОВ В** **ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕДУЩЕЙ РУКИ**

Туранов О.А., Савченко Г.Э., Айвазян В.Л.

Научные руководители: д.м.н., профессор Авходиев Г.И.,

д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л.

**Актуальность.** Во многих странах мира дентальная идентификация признана самым действенным и надежным методом. Идентификация личности чаще всего необходима при обнаружении трупа неизвестного лица либо костей и костных останков в случаях травматического или криминального расчленения. Особую значимость приобретает решение этого вопроса при стихийных бедствиях и крупномасштабных катастрофах, сопровождающихся большим количеством человеческих жертв со значительным разрушением тел, что затрудняет опознание погибших. Многие исследователи полагают, что ни у одного человека нет двух одинаковых зубов, а стоматологический статус представляет собой совокупность врожденных и приобретенных при жизни особенностей, выявляемых визуально, путем отображения в материальных средах или специальных исследованиях. Следует помнить, что для отождествления особенно важны специфические детали идентифицируемого объекта, которые могут оказаться решающими.

**Цель работы.** Выявление закономерностей изменения высоты коронки первых и вторых моляров в зависимости от ведущей руки.

**Задачи:**

1. Определение ведущей руки посредством анкетирования и проведения функциональных тестов.
2. Измерение морфометрического показателя – высоты коронки на моделях челюстей.
3. Изучение зависимости изменения высоты коронки первых и вторых моляров от ведущей руки.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие99студентов стоматологического факультета ФГБОУ ВО ЧГМА в возрасте от 19 до 25 лет (средний возраст 21,3±1,8), физиологическим видом прикуса. На 1-ом этапе работы проводили анкетирование, состоящее из вопросов и функциональных тестов, направленных на определение ведущей руки. Отбор исследуемых проводили по методу случайной выборки. 2-ой этап работы включал в себя получение анатомического оттиска с помощью альгинатной массы «Ypeen» и отливки гипсовых моделей из супергипса IV класса прочности; Измерения проводили штангенциркулем с точностью до 0,01 мм на первых и вторых молярах по методикам А.А. Зубова и И.Ю. Лебеденко, А.Б. Перегудова. Полученные данные были подготовлены посредством пакета анализа Microsoft Excel 2013. Статистическая обработка выполнена с помощью языка R (http://cran.r-project.org) версии 3.4.3. Сравнения групп производили по критерию Манна-Уитни с поправкой на множественное сравнение по Hommel (1988). Различия считали статистически значимыми при p≤0,05.

**Результаты.** Среди обследованных студентов было45 (45%)лиц мужского и54(55%) женского пола; правшей 78 (79 %), левшей 12 (12 %) и 9 (9%) амбидекстров. Анализ результатов измерений высоты коронки первых и вторых моляров позволил установить достоверную разницу их высоты в группе правшей и левшей. Однако отсутствие достоверных различий в группах левшей и амбидекстров позволяет объединить их в одну группу исследования. Так, в объединенной группе значения искомого параметра было достоверно ниже по сравнению с таковым у правшей.

**Выводы.**

1. Совпадение значений данных, полученных при измерении высоты коронки первых и вторых моляров в группах левшей и амбидекстров, позволяет объединить их в одну общую группу.
2. Высота коронки первых и вторых моляров достоверно меньше с левой стороны в объединенной группе.
3. Отсутствие достоверных различий по изучаемому параметру у правшей, указывает на необходимость проведения дополнительных исследований с изучением интегральных показателей абсолютных размеров зубов.
4. Полученные результаты могут быть использованы в судебно-медицинской практике для определения ведущей руки в постмортальном периоде.

**ОБОСНОВАНИЕ СОХРАНЕНИЯ ВИТАЛЬНОСТИ ЗУБОВ**

**ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОРОНКАМИ**

Сизенко Т.Н., Богомягкова Т.С., Галсанова Б-Л. А.,

Бальжинимаева Р.В., Цыбикова А.О, Часовских И.Е.

Научные руководители: д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л.,

к.м.н. Петрова А.М.

**Актуальность.** Ортопедическое лечение металлокерамическими конструкциями является одним из самых востребованных, отвечающим высоким требованиям эстетики и функции. Сошлифовывание значительного объема твердых тканей опорных зубов может привести к повреждению пульпы. Одни авторы предлагают перед препарированием обязательно депульпировать зубы; другие считают возможным сохранять витальность пульпы. В доступной литературе мы не нашли четких клинических обоснований по сохранению жизнеспособности пульпы при подготовке зубов к покрытию металлокерамическими коронками.

**Цель работы.** Обосновать сохранение жизнеспособности пульпы при протезированииметаллокерамическими конструкциями.

**Материал и методы.** 16пациентов были распределены на2группы.Критерием формирования групп служили клинические условия, способствующие предшествующему отложению заместительного дентина и, соответственно, изменению объемов пульповой камеры. 1-я группа – 9 пациентов с препарированными ранее зубами; 2-я группа – 7 пациентов с повышенной стираемостью 1 степени. Контрольная группа – 8 человек с интактными зубами. Реакцию пульпы изучали до препарирования, в день препарирования, через 1 неделю, 1 и 3 месяцев после препарирования с помощью электроодонтометрии (ЭОМ). Соблюдали разработанный нами щадящий режим препарирования: рекомендованное максимальное давление наконечника составило 2,8 бар (40 p.s.i). Давление зависело от расстояния к пульпе зуба; скорость бора при минимальном давлении (1,5 бар) составила 199±5 тыс. об/мин; при максимальном давлении (1,9 бар) 253±5 тыс. об/мин; оптимальное давление воды при щадящем режиме 0,9-1 бар (при 0,8-2,5 возможных). Использовали временный цемент с гидроокисью кальция, уменьшающий сосудисто-воспалительную реакцию и деструктивные процессы, способствующий более быстрой реализации защитных свойств пульпы и восстановлению её функции. Статистическую обработку проводили по U-критерию Манна-Уитни, значения считали достоверными при p<0,05.

**Результаты.** Сощлифовывание твердых тканей интактных зубов(контрольная группа) способствовало повышению электровозбудимости пульпы (ЭВП) в день препарирования начальных данных 9**±**0,05 мкА, до 4,5**±**0,05 мкА; сохранялось на данном уровне в течение 7 дней, а через 1 месяц значения показателей увеличились до 6**±**0,05 мкА. Через 3 месяца значения ЭВП соответствовали уровню до препарирования и уже не изменялись до конца 6-месячного наблюдения. Сощлифовывание твердых тканей ранее препарированных зубов (2-я группа) способствовало повышению ЭВП с 12±0,05 мкА до 8 ±0,05 мкА в день препарирования; к концу 1 недели значения ЭВП соответствовали уровню до препарирования и уже не изменялись до конца 6-месячного наблюдения. Препарирование твердых тканей зубов с явлениями повышенной стираемости 1 степени (2-я группа) также приводило к повышению ЭВП: при исходных значениях 13±0,05 мкА до 10 ±0,05 мкА, в течение 1 и 3 месяцев оставались на прежнем уровне и полностью восстанавливались к концу 6-месячного наблюдения.

**Заключение.** Соблюдение щадящего режима препарирования твердых тканей зубовпод несъемные металлокерамические конструкции способствует повышению электровозбудимости пульпы в 0,5-1,5 раза. Наиболее защищенными к травматическому поражению пульпы оказались зубы, ранее препарированные под несъемные штампованные конструкции, покрытые полными коронками в течение нескольких лет. Зубы, с явлениями повышенной стираемости твердых тканей зубов 1 степени, также показали возможность полного восстановления уровней электровозбудимости пульпы в течение 6-месячного наблюдения. Эти сведения убедительно доказывают, что факторы, способствующие отложению заместительного дентина в течение нескольких лет, могут служить критерием к сохранению витальности пульпы при подготовке зуба к покрытию металлокерамической конструкцией.

**РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ**

**ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Найданова И.С., Аршинский А.А., Пермяков О.Н., Полывянная Ю.И.

Научный руководитель: к.м.н. Писаревский И.Ю.

**Актуальность** оптимизации диагностики дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) обусловлена не только широкой распространённостью данного заболевания, но разнообразием методов исследований с различной степенью информативности. Одним из эффективных методов диагностики с высокой степенью валидности является магнитно-резонансная томография (МРТ), позволяющая оценить состояние твердых тканей фокуса обследования и обнаружить поражения мягко-тканных структур ВНЧС, что открывает перспективы получения новых научных данных, недоступных при использовании других высокоинформативных технологий.

**Цель работы**.Оптимизация диагностики дисфункции ВНЧС с помощью МРТ.

**Материалы и методы**.Нами обследованы25пациентов с дисфункцией ВНЧС в возрасте от 18 до 35 лет. Контрольную группу составили 20 добровольцев соответствующего возраста. МРТ выполняли на томографе Excelart Vantage Atlas-X (Toshiba, Япония). Всем пациентам проводили сканирование в положениях привычной окклюзии и максимально открытого рта. На МРТ оценивали структуру губчатого вещества, контуры кортикального слоя головки и суставного бугорка; положение головки при закрытом и открытом рте; положение, форма, структурные изменения диска при закрытом и открытом рте; целостность внутрисуставных связок; изменения биламинарной зоны; структуру и толщину собственно жевательных и латерально крыловидных мышц. Статистическая обработка проводилась с применением пакета прикладной программы «STATISTICA 10.0» и программы статистического анализа Microsoft Excel 2013.

**Результаты исследования.** Анализ полученных МРТ-изображений позволил выявитьасимметричное расположение головок нижней челюсти в положении привычной окклюзии у большинства исследуемых (88%); при максимально открытом рте определялся подвывих и деформации головок (28%). В случаях ограниченного открывания рта головка нижней челюсти не доходила до вершины суставного бугорка на ½ его высоты при максимально открытом рте (72%). При этом нарушений целостности кортикального слоя головки нижней челюсти и ската суставного бугорка не выявили. При проведении функционального исследования в 100% случаев наблюдали дислокацию диска. Так, в 48% случаев зарегистрировано вентральное смещение диска; в 36% случаев отмечено сочетанное смещение (вентрально и медиально/латерально); в 12% наблюдений установлено медиальное смещение; и только в 4% случаев каудальное смещение суставного диска. Дистрофические изменения структуры диска выявлены также у всех обследуемых, в том числе с участками жидкостного включения (8%); фиброза (68%); участками вертикального надрыва в проекции центральной части диска (16%); участками перфораций диска (8%). Результаты исследования области «биламинарной зоны» позволили выявить признаки склерозирования в 64% случаев; участки мелкофокусных кровоизлияний в 8% случаев; сокращение «задискового» пространства в 28% случаев. При измерении толщины собственно жевательных и латерально крыловидных мышц в аналогичных срезах аксиальной проекции у всех обследуемых выявлялась асимметрия (в 80% наблюдений толщина мышц справа была больше на 2 мм, в остальных случаях толщина мышц превалировала слева на 1,5 мм). Были выявлены в 100% случаев явления фиброза в жевательных мышцах справа и слева.

**Вывод.** Компрессионная нагрузка приводит к деформациям диска(участки вертикального надрыва, перфорация, «сморщивание», уплощение) и его дистрофическим изменениям, что проявляется микроучастками умеренного гиперинтенсивного сигнала на Т1-изображениях. Дисфункция ВНЧС способствует возникновению в области «биламинарной зоны» участков мелкофокусных кровоизлияний, участков склерозирования; сокращению «задискового» пространства. При дисфункции ВНЧС возникают структурные изменения жевательных мышц, что проявляется участками фиброза, частота которых увеличена в зависимости от преимущественной стороны жевания.

**ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОБЪЕМА ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ДИСФУНКЦИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Пономарев Е.С., Паламова Т.В., Николаева Б.В.,

Першиков А.Ю., Гомбоев Ж.Д.

Научный руководитель: Алиева Л.В.

**Актуальность.** Одним из симптомов функциональных расстройств в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) является изменение объема движений нижней челюсти в различных физиологических направлениях. Количественно определить объем движений в сочленениях опорно-двигательного аппарата человека позволяет метод углометрии. Однако в доступной литературе мы не нашли информации относительно указанного метода в стоматологии и, в частности, относительно нижней челюсти. Количественное определение изменений объема движений нижней челюсти при патологии ВНЧС позволило бы повысить точность диагностики и эффективность лечебных мероприятий.

**Цель работы**.Оценить количественные изменения объема движений нижней челюсти при начальных проявлениях дисфункции ВНЧС с помощью разработанного нами метода углометрии.

**Задачи.** Определить физиологические количественные характеристики объема движений нижней челюсти в сагиттальном и трансверзальном направлениях; установить изменения количественных характеристик в объеме движений нижней челюсти при начальных проявлениях дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

**Материалы и методы.** Нами разработано устройство для измерения углов отклонения нижней челюсти в сагиттальном и трансверсальном направлениях. Суть устройства заключалась в том, что на очковой оправе в области переносья и ушных дужек были зафиксированы транспортиры, уровень которых устанавливали параллельно зрачковой линии и камперовской горизонтали. Прикреплен указатель: одно плечо которого на метке 90° (0°) и другое плечо указателя обоих транспортиров фиксируется на пересечении линий нижнего края нижней челюсти и центральной линии лица. При смещении нижней челюсти вправо или влево, открывании рта указатели на транспортире указывают величину угла отклонения (сагиттального или трансверсального). Устройство апробировано на 14 добровольцах (средний возраст 21,2 ± 3,6 лет), не имеющих патологии зубочелюстной системы и не предъявляющих жалоб на височно-нижнечелюстной сустав (контрольная группа). В группу сравнения вошли 15 человек соответствующего возраста с начальными проявлениями дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (клиническая группа). Статистическую обработку проводили по U-критерию Манна-Уитни, значения считали достоверными при p<0,05. Связь показателей оценивалась по корреляционному коэффициенту Спирмена. Зависимость признаков статистически значима при p<0,05.

**Результаты.** Сравнение количественных изменений объема движений нижней челюсти с помощью разработанного нами метода углометрии выявило слабую корреляционную разницу между величинами объёма трансверзальных движений нижней челюсти у добровольцев (группа контроля) и у пациентов с начальными проявлениями дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (клиническая группа) (коэффициент Спирмена P=0,291, связь статистически незначима p>0,05). Однако в сагиттальной плоскости у пациентов с дисфункциями ВНЧС по сравнению с таковым параметром у здоровых лиц объём движений нижней челюсти оказался достоверно больше на фоне корреляционной зависимости средней силы (P = 0,93, p>0,05).

**Выводы:**

* Разработанный метод углометрии при смещениях нижней челюсти позволил оценить объем движений в височно-нижнечелюстном суставе в сагиттальной и трансверзальной плоскостях.
* При начальных проявлениях дисфункции височно-нижнечелюстного сустава объем движений нижней челюсти количественно изменяется в большую сторону в сагиттальной плоскости.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ЭСТЕТИЧЕСКОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ**

Раднаев Б.Б., Лысенко С.В., Жамсуев Ж.З.

Научный руководитель: Алиева Л.В.

**Актуальность.** На этапе формирования вестибулярного овала стоматологами-ортопедами учитывается угол между основанием носа и верхней губой, величиной 90 градусов. В настоящее время мнения стоматологов по вопросу антропометрических показателей при эстетическом лечении неоднозначны. Нами выдвинуто предположение, что величина угла между верхней губой и основанием носа (колюмела) может быть связана с другими показателями эстетических норм, соответствующим потребностям пациента для гармоничного восстановления вестибулярного овала (высота верхней губы, длина переднего участка верхней челюсти по Коркхаузу, расстояние от резцового сосочка до резцовой точки).

**Цель работы**:установить взаимосвязь высоты верхней губы,длины переднего участка верхней челюсти по Коркхаузу, расстоянием от резцового сосочка до резцовой точки с величиной угла между верхней губой и колюмелою носа.

**Задачи:**

1. Установить взаимосвязь между высоты верхней губы и углом между верхней губой и осно-ванием носа (колюмела).
2. Установить связь между длиной переднего участка верхней челюсти по Коркхаузу и углом между верхней губой и колюмелою.
3. Измерить расстояние от зубного сосочка до резцовой точки и сравнить показатель с вели-чиной угла между верхней губой колюмелою носа.

**Материалы и методы:** Нами обследовано46человек в возрасте от18до24лет.Быловыполнено фотографирование лица с одного итого же ракурса профиль: измерен угол между верхней губой колюмелою носа. Измерена длина верхней губы, ширина передних верхних резцов и расстояние от резцового сосочка до резцовой точки. Определена длина переднего участка верхней челюсти по Коркхаузу. По результатам исследования была выявлена связь между антропометрическими показателями и угол между верхней губой колюмелою носа. Статистическая обработка проведена по U-критерию Манна-Уитни, значения считались достоверными при p <0,05. Связь показателей оценивалась по корреляционному коэффициенту Спирмена и шкале Чеддока. Зависимость признаков статистически значима при p <0,05.

**Результаты:** По результатам исследования была выявлена слабая и статистически незначимая связь (P = 0,095, p>0,05) по шкале Чеддока между длиной верхней губы и углом между верхней губой колюмелою носа. У обследованных лиц слабая связь по шкале Чеддока между шириной передних резцов и величиной угла между верхней губой колюмелою носа (P и 0,299, зависимость статистически не значима p>0,05). Величина угла между верхней губой колюмелою носа в большей степени связана с длиной переднего участка верхней челюсти по Коркхаузу (P= 0,381, связь средняя, зависимость статистически значима p <0,05) и расстоянием от резцового сосочка до резцовой точки(P= 0,387, связь средняя, зависимость статистически значима p<0,05)

**Выводы:**

1.Статистичеки значимой взаимосвязи между длиной верхней губы и углом между верхней губой колюмелою носа нет.

2. Ширина передних резцов и угол между верхней губой колюмелою носа статистически не значима и не может быть рекомендована при эстетическом лечении.

3. Угол между верхней губой и колюмелою носа связан с длиной переднего участка верхней челюсти по Коркхаузу и расстоянием от резцового сосочка до резцовой точки и может быть рекомендован при формировании вестибулярного овала.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ**

**В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Абрамян Г.А.

Научный руководитель: Алиева Л.В.

**Актуальность.** В настоящее время мнения стоматологов по вопросу взаимосвязи антропометрических показателей при эстетическом лечении неоднозначны. Нами выдвинуто предположение, что понимание эстетических потребностей пациента должно быть связано с его антропометрическими показателями. При выборе размера и формы передней группы зубов должны учитываться не только эстетические требования пациента, но и такие антропометрические показатели как форма лица, тип улыбки или, например, форма его ногтевой пластинки, ширина запястья, расстояние между суставными головками височно-нижнечелюстного сустава.

**Цель работы**: установить взаимосвязь соответствия ширины, высоты и формы передней группы зубов у молодых лиц и антропометрическими показателями формы лица, окружности запястья, расстоянием между суставными головками височно-нижнечелюстного сустава, расстоянием между крыльями носа.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 40 человек в возрасте от 18 до 24 лет. Было выполнено фотографирование лица с одного итого же ракурса в анфас; фотографирование улыбки с захватом эстетической зоны верхнего зубного ряда; измерена ширина и высота передних верхних резцов. Измерена окружность запястья и расстояние между головками височно-нижнечелюстного сустава, расстояние между крыльями носа. Определен морфологический индекс Гарсона (отношение величин высоты лица и наибольшей ширины по скуловой кости умноженное на 100). По результатам исследования была выявлена связь между антропометрическими показателями и формой, величиной передних зубов. Статистическая обработка проведена по U-критерию Манна-Уитни, значения считались достоверными при p<0,05. Связь показателей оценивалась по корреляционному коэффициенту Спирмена и шкале Чеддока. Зависимость признаков статистически значима приp<0,05.

**Результаты.** По результатам исследования была выявлена слабая связь по шкале Чеддока между формой лица (в соответствии c индексом Гарсона) и шириной передних зубов (коэффициент Спирмена P= 0,295, связь статистически не значима p>0,05). У обследованных лиц слабая связь по шкале Чеддока между шириной передних резцов и окружностью запястья (P= 0,299, зависимость статистически не значима p>0,05). Ширина передних резцов в большей степени связана с расстоянием между суставными головками височно-нижнечелюстного сустава (P= 0,381, связь тесная, зависимость статистически значима p<0,05). Ширина передних резцов имеет слабую и статистически незначимую связь с окружностью запястья (P= 0,095, p>0,05) и расстоянием между крыльями носа (P= 0,109, p>0,05). Слабая и статистически не значимая связь между высотой коронки и показателями расстояния между суставными головками височно-нижнечелюстного сустава (P= 0,193, p>0,05), шириной запястья (P= 0,221, p>0,05), расстоянием между крыльями носа (P= 0,274, p>0,05), шириной коронки (P= 0,313, p>0,05).

**Выводы:**

1.Статистичеки значимой взаимосвязи между формой лица (морфологическим индексом) и шириной передних зубов нет.

2.Ширина и высота передних резцов верхней челюсти не зависит от ширины между крыльями носа, шириной запястья.

3. Ширина передних резцов в большей степени связана с расстоянием между суставными головками височно-нижнечелюстного сустава, чем с формой лица.

Актуальность????

В современное время применяют рентгенологические исследования. Однако ранее применяемые снимки для современного лечения могут быть недостаточно информативными и не давать полного представления о состоянии твердых тканей зубов и костей. Поэтому популярность начали приобретать методики, которые позволяют провести трехмерную визуализацию строения костей лица и головы в целом.

**РАБОТА В ЧЕТЫРЕ РУКИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ**

Ошуркова С.С, Портных Е.С, Литвиненко С.А

Научный руководитель: Алиева Л.В.

**Актуальность.** В настоящее время считается, что требованиям эргономики наиболее соответствует работа врача-стоматолога с ассистентом «в четыре руки»при горизонтальном положении пациента. Кроме экономии времени, такая организация работы дает врачу ряд технологических преимуществ. Современный прием практически невозможно вести без ассистента, так как требования к препарированию (охлажде­ние водяным аэрозолем), работе слюноотсосом-пылесосом, требова­ния к инфекционному контролю, соблюдение технологий пломбирования светоотверждаемыми материалами и др. просто невозможно выполнить полноценно без помощника.

**Цель:** изучить совместную деятельности врача - стоматолога и ассистента.

**Задачи:**

1. Выявить плюсы и минусы совместной работы врача-стоматолога и ассистента.
2. Определить какое количество времени затрачивает врач стоматолог работая с ассистентом и без него.

**Материалы и методы.** Объектом исследования стали врачи стоматологи частных клиники. Был проведен опрос 10 врачей. Опрос позволил нам выявить плюсы и минусы работы врача стоматолога с ассистентом.

Основные вопросы задаваемые врачам:

1. Ваш опыт работы в четыре руки?
2. Возрастает ли эффективность вашей работы при работе с ассистентом?
3. Сокращается ли время потраченное на прием пациента ,работая с ассистентом.

**Результаты** анкетирования выявили, что врачи имеют достаточный опыт работы в четыре руки:

* 15% опрошенных врачей работают в тандеме с ассистентом от 1 года до 5 лет,
* 37% врачей клиники работают в четыре руки 5-10 лет
* 48% опрошенных врачей с ассистентом работают более 10 лет,
* Причем 5 из 10 докторов не представляют свою работу без ассистента врача стоматолога.
* Возрастает ли эффективность вашей работы при работе с ассистентом?

100% возрастает

Сокращается ли время потраченное на прием пациента ,работая с ассистентом?

* + Из опроса нами было выявлено, что 83% врачей считают, время на прямую зависит от стажа, опыта работы и компетенции ассистента.
  + 17% врачей считают, что время потраченное на приём пациентов не зависит от работы ассистента.

Нами был проведен подсчет времени, который затрачивает врач – стоматолог на стандартные манипуляции при работе 4 руки (таблица 1).

Таблица 1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Манипуляции | Без ассистента | С ассистентом |
| Подготовка рабочего места | 10м | 0м |
| манипуляции с креслом | 30с | 0с |
| накрывание пациента салфеткой | 10с | 0с |
| настройка светильника | 5с | 0с |
| ожидание сплевывания пациента в плевательницу (в среднем за прием одного пациента) | 1м | 5с |
| Проведение анестезии | 1м | 30с |
| Наложение системы раббердам | 15м | 3 м |
| замешивание и внесение пломбировочного материала | 3м | 30с |
| Итого | 30м45с | 4м5с |

Таким образом, средняя экономия рабочего времени с ассистентом только на этих манипуляция достигает 26 мин 40сек.

**Вывод.** Стоматология в четыре руки это наиболее эргономически удачный способ оказания стоматологических услуг, по причине уменьшения нежелательных движений рабочей команды и сокращения времени выполнения практически всех лечебных процедур. Исследования, проведенные нами, показали, что стоматологи затрачивают на выполнение вспомогательных манипуляций, которые можно было бы передать медсестрам, в среднем от 20 до 35% своего рабочего времени.

**СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ CAD/CAM В СТОМАТОЛОГИИ**

Иванникова А.С., Мешков В.А., Уржумов Р.Л.,

Научный руководитель: к.м.н., доц. Шаповалов А.Г

**Актуальность.** Технология CAD/CAM в стоматологии используется около десятилетия и является практически незаменимой при изготовлении коронок, абатментов для имплантов и протезов высочайшей точности и отличного качества. Суть этой технологии заключается в предварительном трёхмерном моделировании изделия при помощи компьютера и последующем изготовлении на фрезерном блоке.

**Задача:** выявить преимущества CAD-CAM системы в сравнении с классическим методом.

**Материалы и методы:** был проведен анализ статей, учебных пособий и диссертаций по исследованию различных CAD-CAM систем для изготовления несъёмных каркасов зубных протезов.

CAD/CAM материалы продолжают быстро развиваться и совершенствоваться, обеспечивая стоматологов новыми более эффективными возможностями для лечения пациентов. Поэтому врачи должны быть осведомлены о спектре доступных материалов, чтобы обеспечить индивидуализированный подход к каждой клинической ситуации. Несомненно, существующие материалы будут и впредь развиваться, инициируя возникновения новых методов CAD/CAM производства, а поэтому мониторинг динамики прогресса и совершенствования обеспечит более адаптивный поход к выбору алгоритма лечения каждого отдельного пациента. Пациент в любом случае получит высокоэстетичную реставрацию, восстанавливающую красоту улыбки и функцию пережевывания пищи. Однако использование CAD/CAM -систем позволяет упростить и ускорить изготовление реставраций: во-первых, уменьшается общее время, необходимое для создания коронки, вкладки и т.д. Во-вторых, вместо традиционных оттискных материалов врач может использовать внутриротовой сканер, который «оцифровывает» ситуацию в полости рта. Это избавляет пациента от необходимости проходить через процедуру снятия обычных слепков. Пациент непосредственно ВИДИТ, как врач вначале на компьютере моделирует индивидуальную коронку, которая затем автоматически вытачивается из керамического блока.

**Вывод.** Стоматологические системы CAD/CAM в перспективе будут иметь несомненное преимущество перед традиционными методами протезирования. Чем больше и шире будут применяться данные технологии, тем активней они будут развиваться. В связи с динамикой развития этой системы и ростом интереса к её применению, максимальная осведомленность в вопросах внедрения данных методов в стоматологическую практику является приоритетной.

**2. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ**

**СТОМАТОЛОГИИ**

**АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Исаева Т.И., Велихер М.Г., Мнацаканян А.И.

Научные руководители: Бакалова Ю.В., Комаров В.В.

**Актуальность.** На сегодняшний день актуальность проблемы ранней диагностикионкологических заболеваний ротовой полости обусловлена их обширной географической распространенностью и увеличением частоты встречаемости. Основой первичной профилактики онкологических заболеваний полости рта служит: отказ от курения, соблюдение аспектов правильного питания, соблюдение гигиены полости рта и регулярное посещение стоматолога. Данные профилактические меры, направленные на коррекцию факторов риска онкологии ротовой полости, позволяют предупредить развитие рака, а также являются эффективным средством ранней диагностики данной патологии.

**Цель работы.** Исследовать приверженность развития онкологии ротовой полости,сцелью проведения первичной профилактики онкологических заболеваний.

**Материалы и методы**.Для достижения поставленной цели,было проведено анкетирование 76 человек в возрасте от 28 до 65 лет, женщины составили 46 человек (60%), мужчины составили 30 человек (40%). Все респонденты являются пациентами ГУЗ ККБ. В анкете было сформулировано 5 вопросов оценивающих предрасположенность респондентов к онкологии ротовой полости: факт курения; соблюдение аспектов правильного питания, в частности ограничение потребления горячей пищи и обжигающих напитков, жареной и богатой консервами пищи; соблюдение гигиены полости рта (чистка зубов с соблюдением правил: полоскание рта); регулярное посещение стоматолога (своевременной лечение воспалительных процессов); наличие травматизации полости рта зубными протезами. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программы Microsoft Excel.

**Результаты исследования.** Все пациенты были разделены на3группы: 1-ую группу составили пациенты в возрасте до 40 лет: 32 человека 42%, 2-ую группу составили пациенты в возрасте от 41-60 лет: 24 человека (32%), 3-я группа представлена пациентами в возрасте старше 60 лет: 20 человек (26%). Результаты анкетирования показали, что в 1-й группе факт курения отмечают 18 человек (56%), соблюдение правильного питания 9 человек (28%), соблюдение аспектов гигиены 24 человека (75%), контроль у стоматолога осуществляют 26 респондентов (81%), травматизация полости рта 7 человек (22%). Во 2-й группе: факт курения отмечают 9 человек (37%), соблюдают правильное питание 5 человек (24%), соблюдение аспектов гигиены 6 человек (25%), контроль у стоматолога осуществляют 20 человек (83%), травматизацию полости рта отмечают 13 человек (54%). В 3-й группе: факт курения отмечают 3 человека (16%), соблюдают правильное питание 4 человека (20%), соблюдение гигиены рта 4 человек (20%), контроль у стоматолога осуществляют 3 человека (58%), травматизацию полости рта отмечают 12 человек (65%).

**Выводы.** Результаты анкетирования продемонстрировали низкую информированность граждан различных возрастных категорий, к вопросам касающихся основ первичной профилактики онкологических заболеваний полости рта. У респондентов 1-й группы отмечается тенденция к не соблюдению аспектов правильного питания 9 человек (28%), часто отмечают травматизацию полости рта 7 человек (22%). Во 2-й группе отмечается частое несоблюдение правильного питания 5 человек (24%), низкая посещаемость стоматолога для ос-мотра, которая составила 5 человек (12%), также отмечается травматизация полости рта у 13 человек (54%). В 3-й группе наблюдается тенденция к не качественному соблюдению гигиены полости рта 16 человек (80%), часто отмечается пациентами травматизация полости рта 12 человек (65%), соблюдение основ правильного питания отмечается только у 4 анкетируемых (20%). Во всех возрастных группах наблюдается тенденция к курению. Таким образом, можно сделать вывод, о необходимости повышения информированности населения о факторах риска онкологических заболеваний полости рта, формировать осознанную позицию о ведении здорового образа жизни, отказа от вредных привычках, а также регулярности прохождения профилактических осмотров.

**ОБЗОР ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА**

**В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Карбышев М.А.

Научный руководитель: к.м.н. Турчина Е.В.

**Актуальность.** Лечение больных с хроническими околоверхушечными деструктивными процессами является важной и актуальной проблемой амбулаторной хирургической стоматологии, так как эти изменения встречаются с большой частотой среди всех заболеваний челюстно-лицевой области. Хронические периодонтиты составляют 15-30% от общего числа хирургических заболеваний челюстей и часто требуют оперативного лечения.

**Цель работы.** Изучить распространенность хирургических методов лечения периодонтита в различных регионах Российской Федерации.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели была изучена распространенность хирургических методов лечения периодонтита в трех регионах Российской Федерации. А именно: 1) Белогорский район, Амурская область, Дальневосточный Федеральный округ; 2) Бужбулякский район, республика Башкортостан, Приволжский Федеральный округ; 3) город Чита, Читинский район, Забайкальский край, Сибирский Федеральный округ. Проведён анализ историй болезни в клинике ФГБОУ ВО ЧГМА и в КБ №4 г. Краснокаменска.

**Результаты:**

1. Проанализировав данные ГУЗ «Белогорская центральная районная больница», были получены следующие результаты: Зубосохраняющие вмешательства проведены 267 пациентам (100%). Операции резекции верхушки корня было подвергнуто 205 больных (78,1%), из них у 172 (83,9%) операция производилась с образованием в послеоперационной полости кровяного сгустка. Операция ампутации одного корня многокорневых зубов верхней челюсти произведена у 18 человек (6,3%). Операция гемисекции нижних моляров произведена у 20 (7,1%) больных. Операция реплантации произведена 24 больным (8,5%).
2. По данным ГУЗ «Бужбулякская Центральная районная больница», получено следующее: Зубосохраняющие операции выполнялись 22 пациентам (100%). Резекция верхушки корня проводилась у 7 больных (31,8%). Операция реплантации произведена 10 больным (45,4%). Операция ампутации корня производилась 2 пациентам (9,09%). Гемисекции подвергнуто 2 пациента (9,09%).
3. У 11,1% больных пожилого возраста (61-75 лет) в ближайшие сроки наблюдения появилась боль в оперированном зубе. У 5,5% страдающих гипертонической болезнью, периодонтит осложнился пародонтитом, с глубоким костным карманом. У 5,5% больных, после хирургического вмешательства обострилась язвенная болезнь желудка. У данных больных зубы были удалены из-за постоянных болей.
4. По данным клиники ФГБОУ ВО ЧГМА зубосохраняющие операции проведены 57 пациентам, что составило 1,59% из 3572 больных с периодонтитом, которым была проведена операция удаления зуба. Операция резекция верхушки корня проводилась на всех группах зубов и составила 98,6%. На долю других зубосохраняющих операций пришлось 1,4%. Осложнений зубосохраняющих операций не отмечалось.
5. По данным стоматологической поликлиники г. Краснокаменска, зубосохраняющие операции не проводились. При лечении хронического периодонтита в 100% проведена операция удаления зуба.

**Выводы:**

* Наиболее распространенным хирургическим методом лечения периодонтита является ре-зекция верхушки корня, так как она не нарушает целостности зубодесневого соединения и сохраняет эстетический вид пациента.
* Зубосохраняющие операции вызывают осложнения лишь при снижении иммунной защиты организма у больных пожилого возраста, либо с сопутствующей соматической патологии. Если реактивность организма пациента не снижена, осложнений не наблюдается.

**ОТСРОЧЕННАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ. АУГМЕНТАЦИЯ**

**КОСТИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА**

Макагон А.С., Романов И.А., Гаджиева Э.И.

Научный руководитель: к.м.н. Катман М.А.

**Актуальность.** На этапе планирования дентальной имплантации очень часто врач сталкивается с проблемой недостаточного объема костной ткани для фиксации импланта. Имплантологическое лечение должно учитывать необходимость обеспечения первичной фиксации импланта и стабильность окружающей костной ткани. Неправильное позиционирование импланта в кости может привести к неравномерному распределению жевательной нагрузки или даже невозможности рационального протезирования. В настоящее время существует ряд методик увеличения объемов костной ткани с одномоментной и отсроченной имплантацией, но при этом срок от момента установки импланта до этапа ортопедического лечения увеличивается в 3-4 раза.

**Цель работы.** Определить преимущества одномоментной аугментации костной тканипосле сложного удаления по сравнению с отсроченной костной пластикой.

**Задачи:** 1)изучение результатов лечения с применением остеопластических материа-лов, в случаях с отсроченной и одномоментной имплантацией; 2) определение наиболее оп-тимального метода аугментации кости и сроков последующей имплантации; 3) разработать клинические рекомендации для врачей после сложного удаления зубов.

**Материалы и методы.** Нами было проанализировано40компьютерных томограммпациентов после сложных удалений зубов нижней и верхней челюстей, в том числе с частичной альвеолотомией, которые были сделаны с целью планирования дентальной имплантации.

**Результаты.** Из 40 обследованных пациентов только у 10 пациентов проведена первичная аугментация. В оставшихся 75 % случаев был выявлен недостаток костной ткани челюстей, т.е. невозможность одномоментной имплантации и необходимость увеличение объемов кости. Методы, которые обеспечивают сохранение, аугментацию или пластику высоты альвеолярного гребня сразу после удаления, как и процедуры по регенерации костной ткани или установки костных трансплантатов, представляются необходимыми для восстановления вертикальных и горизонтальных размеров кости. А в будущем это позволит упростить и оптимизировать планирование и проведение дентальной имплантации, а также уменьшить сроки остеоинтеграции и ортопедического этапа лечения. Методика одномоментной аугментации обеспечивает механическую прочность и предотвращает резорбцию вестибулярной и оральной кортикальных пластинок, задерживая атрофию костной ткани.

**Выводы:** 1)Поскольку размеры альвеолярного гребня имеют большое значение,товыгоднее будет сохранить эти размеры сразу после удаления, вместо того, чтобы восстанавливать их позднее. Таким образом, мы сохраним вертикальные и горизонтальные размеры альвеолярного отростка, а также снизим вероятность возникновения осложнений у пациента. 2) В сравнении с отсроченной костной пластикой метод с аугментацией кости исключает необходимость проведения дополнительных операций, в 2-3 раза уменьшает сроки лечения, риск осложнений и упрощает работу врача-стоматолога-хирурга.

**СОВРЕМЕННЫЕ ВИДЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.**

Базаров Э.А., Цыденов А.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Пинелис. И. С.

**Актуальность.** В современной стоматологии одной из самых частых патологий является отсутствие зубов. Дентальная имплантация продолжает активно внедряться в повседневную практику челюстно-лицевых хирургов и стоматологов хирургов. Несмотря на высокие результаты, достигнутые ею за последние десятилетия, в настоящее время существует ряд таких имплантаций, как: (двухэтапная имплантация, одноэтапная имплантация, лазерная имплантация и базальная имплантация). При этом постоянно обсуждаемым остается вопросов выборе вида имплантации.

**Целью** нашего исследования явилось рассмотрение основных видов дентальных имплантаций. и проведение сравнительной характеристики современных дентальных имплантаций.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе стоматологической поликлиники №2 г. Ула-Удэ. Проанализированы истории болезней за 2016 год. Произведен подсчет объема проведений дентальных имплантаций в стоматологической поликлинике №2 г. Улан-Удэ, составлено соотношение частоты применения данных видов дентальных имплантаций. Изучены преимущества данных видов, используемых в поликлинике №2 на хирургическом приёме, а именно таких видов как: (двухэтапная имплантация, одноэтапная имплантация, лазерная имплантация и базальная имплантация). Проведена статистическая обработка данных.

1) Базальная имплантация – это один из современных методов восстановления утраченных зубов. Данный метод заключается во введении конструкции индивидуально подобранных по размеру и форме базальных имплантатов. Важным отличием этого метода является то, что такой вид имплантации не требует процедуры [синус-лифтинга](http://www.lafater.ru/160.html) (наращивания костной ткани), ее можно выполнять даже при полном отсутствии зубов в полости рта. Также данный способ позволяет значительно сократить время, которое необходимо для восстановления зубного ряда.

Преимущества:

1. Базальная имплантация – это менее травматичная процедура, по сравнению с классической [имплантацией зубов](http://www.lafater.ru/implantaion_general.html). В связи с этим реабилитационный период проходит более легко и быстро.
2. Установка данного вида имплантатов осуществляется за одно посещение, даже если требуется одновременно выполнить фиксацию сразу нескольких конструкций или восстановить весь зубной ряд.
3. Базальные конструкции успешно применяются даже у пациентов с сильной атрофией костной ткани (при этом не требуется процедура наращивания зубов) или полным отсутствием зубов.
4. Эти имплантаты можно установить сразу после удаления зуба.
5. При этом виде имплантации риск инфицирования и отторжения тканей сведен к минимуму.
6. Несмотря на то, что в первые дни после операции нагрузка на челюсть должна быть снижена, уже через короткое время вы сможете полноценно наслаждаться и твердой пищей.

Еще одним немаловажным преимуществом является то, что данный вид имплантации экономичнее по сравнению с традиционным методом, поскольку сокращено количество этапов, сроки лечения, а также объем работы стоматолога.

*Лазерная имплантация* считается одним из передовых в сфере имплантологии и отличается более совершенным подходом по сравнению с традиционным способом вживления. Лазерная имплантация проводится так же, как и классическая. С той лишь разницей, что вместо скальпеля используется лазерный луч. Десна разрезается, в кость вставляется *имплант*, и рана зашивается. Во избежание деформации других зубов на десну устанавливаются пластиковые протезы. После приживления рана вновь разрезается, и к титановой основе присоединяется искусственный зуб.

Преимущества.

* *Отсутствие кровотечения во время операции*. Мягкие ткани десны рассекаются не скальпелем, а лучом лазера. Лазер мгновенно прижигает кровеносные сосуды. Поскольку кровотечения нет, то риск проникновения инфекции сводится к минимуму.
* *Малая площадь разреза.* Длина разреза – 1 см для одного зуба. Ткань просто выпаривается, повреждения минимальны. Костная ткань также травмируется по минимуму. Заживление тканей проходит очень быстро. После завершения первого этапа имплантации пациент может вести обычный образ жизни.
* *Экономия времени.* Процесс использования лазера занимает около получаса. За эти полчаса врач успевает надрезать десну, вживить зубной имплантат, сшить рассеченные ткани.
* *Стерильность.* Лазерный луч обладает бактерицидными свойствами.
* *Отсутствие побочных эффектов.* Как бы ни был искусен хирург, делающий надрез скальпелем, он не может гарантировать того, что на имплант не попадет металлическая «пыль». Невидимые глазом частички металла вступают в реакцию с поверхностью имплантанта, электризуются, и пациент испытывает неприятные ощущения. В случае с лазерной имплантацией попадание частичек металла в рану невозможно, так как скальпель не используется.
* *Использование небольшого количества анестезирующих препаратов.* Поскольку наблюдается меньше травмирующих факторов и боли, для обезболивания нужно меньше препаратов. За счет снижения количества анестетиков уменьшается нагрузка на организм.
* *Психологический эффект*. Человек легче переживает процедуру, не связанную с большим кровотечением. На взгляд пациентов, рассекание ткани лазером — это «несерьезная» операция, в отличие от традиционного операционного вмешательства.
* *«Пожизненный» срок эксплуатации.* Имплантат крепится к челюсти так же прочно, как и собственный здоровый зуб человека. Однажды сделав имплантацию, человек на всю жизнь избавляется от проблем с зубами.

3)Одноэтапная имплантация зубов отличается от классической тем, что выполняется за одно посещение врача. При отсроченной имплантации после удаления корня разрушенного зуба делают перерыв на несколько месяцев, чтобы мягкие ткани полностью восстановились, и только после этого приступают к имплантации. При одноэтапной сразу же после удаления зуба в освободившуюся лунку устанавливается металлический стержень, на который надевается временная коронка. Иногда коронку ставят в тот же день, иногда через несколько дней, убедившись в отсутствии признаков воспаления. Постоянные коронки устанавливаются через год, иногда раньше, уже через несколько месяцев. Максимальный срок службы временных коронок в среднем составляет полтора года, поэтому желательно заменить их до истечения этого времени.

Преимущества одноэтапной имплантации

У одноэтапной имплантации есть целый ряд преимуществ перед обычной имплантацией:

* Мгновенное восстановление эстетики зубного ряда при помощи временного протеза;
* Отсутствие проблем с прикусом из-за отсутствия зуба в зубном ряду в течение нескольких месяцев;
* Невысокий период адаптации к временной конструкции;
* Нет нужды в повторном рентгенологическом обследовании после имплантации;
* Стоимость подобной имплантации несколько ниже, чем у двухэтапной, так как не требуется повторной операции;
* Оперативное вмешательство проводится всего один раз, нет нужды снова проходить восстановление после разрезания десны.

4)Двухэтапная имплантация зубов с отсроченной нагрузкой – это самый распространенный протокол протезирования. Весь процесс занимает два этапа: на первом проводится установка имплантов, на втором – протезирование. В отличие от методики немедленной нагрузки, в данной ситуации между двумя этапами проходит достаточно внушительное количество времени – от 3-4 месяцев и более.

Преимущества метода:

* Имплантат ощущается как собственный зуб
* Имплантат полноценно участвует в пережевывании пищи
* Высокая эстетика: Ваша улыбка будет выглядеть абсолютно естественно
* Нет необходимости устанавливать временную коронку (как при экспресс-имплантации)
* Отсроченная нагрузка на имплантат позволяет ему легко срастись с костью челюсти
* Имплантаты успешно приживаются более чем в 99% случаев
* Многие производители предоставляют на имплантаты пожизненную гарантию.

**Результаты исследования.** Проанализировав данные карт и сводные ведомости врачей был произведен статистический подсчет объема проведения имплантаций в хирургической стоматологии Стоматологической поликлиники №2 г.Улан-Удэ. При этом установлено значительное превалирование проведений двухэтапной имплантации над другими видами. Количество двухэтапной имплантаций – 54, одноэтапная– 7. Базальная – 7, лазерная – 11. Таким образом, двухэтапной имплантаций применялась чаще (Рис.1).

Рис. 1. Частота применения разных видов имплантатов.

**Вывод**: анализ результатов показал, что по частоте проведения двухэтапные имплантации превалируют над другими видами. Учитывая характеристики данных имплантаций, можно объяснить это многолетней практикой, прогнозируемость течения и результатов.

**СОВРЕМЕННЫЕ АНЕСТЕТИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ**

Мутуев Д.А., Дугаржапов Б.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Пинелис. И. С.

**Актуальность** проблемы заключается в том, что местные анестезирующие средства имеют огромное значение для организма человека. И без применения местных анестетиков здесь просто не обойтись. Они способствуют устранению при местном применении возбудимости периферического рецепторного аппарата нервной системы.

**Цель работы:** изучить современные местные анестетики, применяемые в стоматологии.

**Методы исследования.** Нами проведено анкетирование 40 врачей стоматологов, при котором выявляли наиболее часто применяемые анестетики. Объектом изучения были современные анестетиков, которые используются в разных стоматологических клиниках.

**Результат исследований.** Ультракаин - это раствор, который не обладает ни запахом, ни цветом. Выпуск его производится в специальных капсулах. Для его использования потребуется применение особого шприца.

Данный шприц является устройством, в которое устанавливается капсула и одноразовая игла маленького диаметра, в результате чего инъекция проводится совершенно безболезненно. На такую процедуру даже дети реагируют спокойно, чего не скажешь о проведении анестезии с применением обычного шприца и иглы. При этом капсула и игла одноразовые и подлежат уничтожению и при неполном расходе лекарства.

*Действие ультракаина***.** Это средство применяется в стоматологии для осуществления инфильтрационной анестезии. Эффект после введения наступает спустя 1-3 минуты, продолжается около часа. Не исключается и более долгое действие данного анестетика, что можно объяснить индивидуальными особенностями каждого организма и дозой лекарства.

*Плюсы и минусы ультракаина.*Главным преимуществом такого анестетика, как ультракаин, является отсутствие консервантов, а это уменьшает риск аллергии, увеличивает эффективность.

Минусы препарата выражаются в побочных действиях и чувствительном уколе. Рассмотрим побочные действия, которые при использовании ультракаина достаточно часты.

Большинство их обусловлено эпинефрином из-за сосудосуживающего действия. Это головная боль, снижение артериального давления, нарушенное дыхание, нечеткость зрения, тошнота, позывы на рвоту, аллергические реакции в виде зуда, крапивницы.

Себестоимость 1 капсулы ультракаина – 30 рублей (по такой цене осуществляется закупка стоматологическими клиниками)., Стоимость анестезии составляет 250-300 рублей.

Ультракаинвыпускается французской компанией «Санофи Авентис» в 3-х возможных вариантах, которые будут отличаться наличием/отсутствием эпинефрина в составе, а также его концентрацией:

«ультракаин ДС форте» – с концентрацией эпинефрина 1:100.000,

«ультракаин ДС» – с концентрацией эпинефрина 1:200.000,

«ультракаин Д» – без эпинефрина, без консервантов.

Убистезин (Ubistesin) относится к препаратам, обладающим местно анестезирующим действием. Препарат является одним из самых современных и эффективных представителей группы местных анестетиков. Удобство использования, малое количество консервантов и побочных реакций позволили Убистезину стать вариантом выбора при наличии соматических патологий у пациента. Стоматологи широко используют анестетик для проводниковой и инфильтрационной анестезии.

Убистезин и тем более Убистезин Форте нельзя использовать при индивидуальной непереносимости компонентов препарата, пароксизмальной желудочковой тахикардии и мерцательных тахиаритмиях, гипертиреозе, закрытоугольной глаукоме, тяжелых формах печеночной недостаточности, бронхиальной астме, лечении трициклическими антидепрессантами и препаратами, содержащими моноаминоксидазу, кардиогенном шоке, метгемоглобинемии, В12-дефицитной анемии.

В составе препарата содержатся:

- артикаина гидрохлорид 40 мг;

- эпинефрина гидрохлорид или адреналин;

- вода для инъекций;

- хлорид натрия;

- сульфит натрия.

Убистезин, выпускаемый фирмой «3М» (Германия), по составу абсолютно не отличается от аналогичных форм Ультракаина. Существует две формы выпуска: Убистезин (с концентрацией эпинефрина 1:200000) и Убистезин форте (с концентрацией эпинефрина 1:100000).

*Септанест* выпускается в дозировках 1: 100000 и 1: 200000. В его состав входят: артикаина гидрохлорид 68 мг; эпинефрина гидрогенотартрат (адреналин) 30,94 мкг (эквивалент эпинефрина 17 мкг) в 1 заполненной ампуле (1,7 мл). Дополнительные компоненты, входящие в состав препарата: натрия метабисульфит; хлористый натрий; динатрийэдетат; натрия гидроксид – раствор 1 моль/л для доведения рН; вода. Лекарственная форма представлена прозрачным инъекционным раствором. Срок хранения: 2 года. Специальные меры и рекомендации для хранения препарата следующие: в оригинальной упаковке при температуре 25°С, защищая от света; защищать от мороза.

Противопоказания к использованию: гиперчувствительность к любому из компонентов медикамента, расстройство проводимости сердечной системы, неизлечимая эпилепсия, высокая чувствительность к сернистым соединениям (обычно, у лиц с бронхиальной астмой), пароксизмальная тахикардия, сердечная недостаточность, глаукома.

Ввиду содержания в нем адреналина необходима осторожность и тщательный контроль в случаях, если у пациента в анамнезе: аритмия; коронарная недостаточность; тяжелая гипертензия.

Септанест в стоматологии применяется очень давно. Этот анестетик имеет 2 формы выпуска с концентрациями адреналина 1:100000 и 1:200000. Однако этот анестетик в отличие Ультракаина и Убистезина имеет в составе большее количество консервантов (натрияметабисульфит, ЭДТА), которые обладают мощным аллергическим действием.

*Скандонест.* Анестетик фирмы Septodont (Франция) на основе Мепивакаина 3%. Не содержит сосудосуживающих компонентов, а также консервантов. Скандонест в стоматологии применяется в основном только у пациентов группы риска, которым нельзя анестетики с адреналином и эпинефрином, а также у больных с бронхиальной астмой. Полным аналогом Скандонест 3% является анестетик Мепивастезин 3%, выпускаемый фирмой «3М» (Германия).

Показан больным с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом, а также всем пациентам, которым не рекомендуется использование адреналина и других сосудосуживающих веществ. В составе анестетика Скандонест содержится: мепивакаина гидрохлорид в количестве 54 мг, хлорид натрия и гидроксид натрия, вода для инъекций.

Препарат выпускается в виде карпул объемом 1,8 мл. В одной упаковке их содержится 50, по 10 штук в одном блистере.

Анестетик применяется в следующих случаях:

- удаление зубов;

- лечение кариеса и корневых каналов;

- обработка зубов под ортопедические конструкции;

- оперативные вмешательства на слизистой оболочке полости рта или кости;

- закрытие сообщения с верхнечелюстной пазухой;

- удаление кисты зуба;

- установка металлических пластин при переломах челюстей.

Противопоказания к инъекциям Скандонеста:

- индивидуальная непереносимость компонентов препарата;

- тяжелая степень миастении;

- низкое содержание холинэстеразы в крови;

- порфирия;

- серьезные нарушениях в работе печени;

- почечная недостаточность.

С осторожностью используют при:

- заболеваниях, связанных с работой периферических сосудов;

- желудочковых аритмиях;

- сердечной недостаточности;

- атриовентрикулярной блокаде;

- эпилепсии;

- порфирии;

- лечении антиагрегантами и антиаритмическими препаратами.

**Заключение.** Впервые проведено сравнительное исследование эффективности современных и местных анестетиков. Практическая значимость работы заключается повышение эффективности и безопасности применения местных анестетиков.

На основании выше изложенных данных мы пришли к выводу, что данные анестетики отвечают современным требованиям, наиболее эффективны и безопасны в применении.

**СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ**

**ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН В ЧЛО**

Зориктуев Т.З., Ширибон С.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Пинелис. И. С.

**Актуальность** **темы** связана с высоким уровнем распространения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, таких как абсцессы и флегмоны. И для общего лечения, которых применяется множество медикаментозных препаратов, и как дополнение применяется плазмаферез. Поэтому для улучшения качества оказания медицинской помощи, врачи-стоматологи должны быть осведомлены о методах современной детоксикации.

**Цель:** изучить современный метод детоксикации - плазмаферез при лечении абсцессов и флегмон в челюстно-лицевой области.

**Материалы и методы.** По данным ГАУЗ Республиканской клинической больницы им. Семашко города Улан-Удэ, нами проанализировано 50 историй болезней пациентов поступивших в отделение ЧЛХ с диагнозом абсцессы и флегмоны лица и шеи. У 39 из них были с абсцессы и у 11 – флегмоны ЧЛО. Степень интоксикации определяли по лейкоцитарному индексу интоксикации(ЛИИ).

Формула лейкоцитарного индекса интоксикации:

ЛИИ=(4мц+3ю+2п+с)×(пл.кл+1)  
 (лимф+ мон) × ( э+ 1)

Нормативная величина ЛИИ в зависимости от возраста колеблется от 0,62 ± 0,09 до 1,6 ± 0,5 и даже до 1–3 усл. ед. ЛИИ 2,7–3,7 ± 0,67 усл. ед. соответствует легкой степени интоксикации, 3,6–4,8 ± 0,53 усл. ед. — средней степени, 5,8–8,5 ± 1,4 — тяжелой степени, ЛИИ > 8,6 усл. ед. указывает на крайне тяжелую степень (Я.Я. Кальф-Калифа)

Данный анализ предназначен для оценки степени тяжести интоксикации у пациентов с воспалительными заболеваниями.

**Результаты исследования.** По результатам ЛИИ- 34 пациента имели легкую степень интоксикации, 14- средней степени и 2 пациента с величиной ЛИИ 6.1 и 7.7, что соответствует тяжелой степени интоксикации.

План лечения у пациентов с тяжелой степенью интоксикации был стандартным, только у пациента с ЛИИ равным 7.7 был проведен плазмаферез.

***Плазмаферез проводился на аппарате Гэмос-ПФ).* П**роцедура плазмафереза направлена на очищение крови от различных токсических веществ. Этот метод относится к экстракорпоральным способам гемокоррекции. При этом кровь извлекают из организма, очищают, а затем возвращают обратно в кровеносное русло. При плазмаферезе происходит разделение крови на плазму (жидкую часть) и форменные элементы (кровяные клетки: [эритроциты](https://www.polismed.com/subject-ehritrocity.html), [лейкоциты](https://www.polismed.com/subject-lejjkocity.html), [тромбоциты](https://www.polismed.com/subject-trombocity.html)). Плазму удаляют, а форменные элементы разбавляют специальными кровезаменителями и возвращают обратно.

Анализ полученных результатов показал, чтона 2-е сутки после плазмафереза у пациента уровень ЛИИ снизился с 7.7 до 2.8, по сравнению с традиционным лечением, где уровень ЛИИ за то же время упал с 6.1 до 3.1. Следовательно, после плазмафереза у пациента уровень ЛИИ снизился на 4.9 единицы, в то время как при стандартном лечении уровень интоксикации сокращался только на 3.0.

**Вывод.** Представленные сведения убедительно свидетельствуют о целесообразности применения плазмафереза, как эффективного метода детоксикации при лечении абсцессов и флегмон в челюстно-лицевой области, где показатель ЛИИ соответствует тяжелой и крайне тяжелой степени. Также применение этой методики позволяет уменьшить риск развития тяжелых осложнений (медиастинит, менингит, сепсис, септический шок и др.).

**ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МЕСТНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Гармаева Р.Д, Зубайруева Д.М.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Пинелис. И. С.

**Актуальность**. Местные анестетики широко применяются в современной стоматологии, благодаря им пациенты избавились от боязни «бормашины» и стоматологи получили свободу действий. Однако широкое использование местных анестетиков, различных веществ и материалов в стоматологии, а также увеличение распространенности аллергических заболеваний среди населения привели к нарастанию частоты аллергических реакций на местные анестетики. Лекарственная аллергия на препарат – первое условие отказа от анестетика. Проблема аллергических реакций на местные анестетики в стоматологии затрагивает не только медицину, но и право. И хотя данные статистики свидетельствуют о сравнительно небольшом количестве летальных исходов у стоматологических пациентов вследствие аллергических реакций на местные анестетики, долг каждого специалиста обеспечить своему пациенту максимальный уровень безопасности.

Обезболивание - не частный вопрос какого-либо раздела стоматологии, а одна из наиболее актуальных проблем современной стоматологии. Обеспечение полной безболезненности при выполнении всех стоматологических вмешательств обязательно для каждого стоматолога в его повседневной работе. Несовершенство методов лечения, дефицит анестетиков, отсутствие мотивации, а зачастую некомпетентность врачей-стоматологов способствуют ухудшению качества оказываемой квалифицированной стоматологической помощи населению.

**Цель:** выявить основные методы профилактики аллергических осложнений при местном обезболивании стоматологических больных.

**Задачи:**

1. Определить особенности использования местных анестетиков врачами-стоматологами.
2. Выявить частоту встречаемости аллергических осложнений при местном обезболивании стоматологических больных.
3. Изучить правила сбора и интерпретации данных анамнеза жизни и заболевания стоматологического пациента.
4. Обобщить методы профилактики осложнений при проведении анестезии.
5. Дать рекомендации по диагностике аллергических реакций с помощью приктеста.

**Методы исследования.** Исследования по изучению аллергических осложнений при местном обезболивании стоматологических больных проводилось по данным обращаемости населения в стоматологическую поликлинику ЦРБ г.Закаменска. Проведено одномоментное поперечное исследование (анкетирование), которое включает однократный опрос групп участников. В анкетировании приняли участие 26 врачей-стоматологов г.Закаменска. Анкета содержала 13 вопросов по использованию местных анестетиков на стоматологическом приеме.

**Результаты.** Всего опрошено 26 врачей. Из них 18 (69%) ведет терапевтический прием, 3 (12%) ортопедический прием, хирургический 2 (7%) и общий 3 (12%). По месту работы электорат распределился следующим образом: 73% врачей-стоматологов работает в государственных поликлиниках, 19% в частных кабинетах и 8% совмещают работу в обоих учреждениях. Средний стаж работы составил 16,4 года. Средний стаж работы врачей- стоматологов государственных учреждений – 16 года, а частных - 8,32.

На вопрос «В каких случаях вы проводите обезболивание на стоматологическом приеме?» были даны следующие ответы: при лечении пульпита — 54 %, при возникновении болевых ощущений — 54 %, при оказании неотложной помощи — 53 %, по желанию пациента — 47 %, при лечении кариеса — 35 %, при каждом стоматологическом вмешательстве - 8% (стоматологи-хирурги), не проводит вообще — 3 % (стоматологи-ортопеды).

Распространенными препаратами при проведении обезболивания являются «Ультракаин» и «Убистезин» 83 % и 70 % соответственно. Реже «Септонест» 42 %, «Лидокаин» 36 %, «Скандонест» 30 % и «Новокаин» 2 %. В частных кабинетах самым популярным местным анестетиком является препарат на основе артикаина — «Убистезин» (92 %). Ультракаин используют 65%, «Септонест» – 66%, раствор мепивакаина - лишь 60 % врачей-стоматологов, а «Лидокаин» — 7 %. В государственных учреждениях также самый часто используемый препарат на основе артикаина - «Ультракаин» (88 %). 43 % врачей в ежедневной практике используют «Лидокаин», «Убистезин» - 63%, «Септонест» - 35% и только 21% — «Скандонест» (Рис. 1).

Рис. 1. Частота использования местных анестетиков в частных и государственных структурах.

Количество общих осложнений, возникших при применении местных анестетиков, составило 45%. В превалирующем количестве случаев — обморок (78 %), часто отмечались аллергические реакции, которые проявлялись в виде крапивницы (2 случая), анафилактического шока (1 случай), отека Квинке (1 случай). На хирургическом приеме общие осложнения зарегистрированы в 62 % случаев, значительно превышая количество на терапевтическом (44 %) и ортопедическом (24 %) приеме, так как именно врачи-хирурги используют местные анестетики практически при каждом стоматологическом вмешательстве.

При наличии в анамнезе аллергической реакции на местные анестетики 50 % респондентов отправляли пациентов в аллергоцентр для проведения анализа на реакцию дегрануляции тучных клеток (РДТК). Однако результаты этого теста устраивали лишь 27 % опрошенных. К врачу аллергологу направлены 7% респондентов, основным методом диагностики которых являются кожные скарификационные пробы. Только 4 человека указали на использование теста иммунноферментного анализа (ИФА) при отягощенном аллергоанамнезе.

На вопрос «Испытываете ли вы беспокойство за состояние пациента при проведении местной анестезии» только 20 % ответили отрицательно, причем половина из них — стоматологи-хирурги, которые не могут обойтись без применения местных анестетиков. Вторую половину составили врачи, на приеме у которых никогда не было случаев возникновения общих осложнений при проведении местного обезболивания.

Профилактика аллергических реакций заключается в тщательном сборе аллергоанамнеза. При подозрении на аллергию на местный анестетик пациент направляется для диагностики в аллергологический центр.

Для подтверждения аллергии и возможного подбора препарата следует рекомендовать проведение современных аллергологических тестов.

Кожный прик-тест на сегодняшний день (данные литературы и результаты исследований) является самым достоверным, простым, быстрым и безопасным методом диагностики аллергических реакций немедленного типа. Этот метод может быть использован врачом-стоматологом для быстрого диагностирования аллергической реакции непосредственно перед проведением анестезии на рабочем месте при наличии в кабинете условий: медсестра, аптечка скорой медицинской помощи, набор реагентов.

Показания к применению прик-теста: отягощенный аллергоанамнез. Противопоказания: диффузные изменения кожи (кожные пробы можно ставить только на здоровой коже), отказ пациента от постановки кожных проб.

Относительные противопоказания: беременность; период после острой аллергической реакции (рефрактерный период); прием антигистаминных лекарственных средств, трициклических антидепрессантов, топических стероидов, β-блокаторов.

*Методика выполнения прик-теста.* Кожа предплечья обрабатывается 70% спиртом, после его высыхания на 5 см ниже локтевого сустава наносится одна капля раствора гистамина 0,01%– позитивный контроль, на 2 см ниже наносится капля растворяющей жидкости – негативный контроль, еще на 2 см ниже – раствор контрольного препарата (1% «Новокаин», 2% «Лидокаина гидрохлорид», 3% «Мепивакаин»). Если в анамнезе аллергическая реакция на препараты, содержащие в своем составе адреналин («Ультракаин», «Убистезин», «Септонест», «Артикаин-Боримед» и др.), кожные пробы необходимо проводить на каждый составляющий элемент по отдельности (4% артикаина гидрохлорид, бисульфит натрия, ЭДТА). Затем через капли специальными ланцетами (приками, рис. 8) производится микропрокол кожи на глубину до 1 мм. Допускается плавный проворот ланцета на 180 градусов (ротационный прик-тест). Возможно тестирование до 5 препаратов. Результат оценивается через 15–20 минут. Сначала промокают невысохшие остатки жидкости отдельными для каждого аллергена ватными тампонами, затем измеряют волдырь и гиперемию. Результат прик-теста считается положительным, если диаметр волдыря ≥3 мм при отрицательном тест-контроле и положительной реакции на гистамина гидрохлорид (10 мг/мл).

Оптимальное время проведения прик-тестов – от 3 недель до 6 месяцев после аллергической реакции на местные анестетики.

Возможные ошибки при проведении прик-теста: несоблюдение показаний для выполнения; нарушение техники проведения тестирования (близкое расположение аллергенов, слишком глубокий или недостаточный прокол кожи, прием препаратов, тормозящих аллергическую реакцию, до или во время проведения тестирования).

При положительном результате аллергологического тестирования на местные анестетики, вызвавший аллергическую реакцию, применение данного препарата в дальнейшем запрещается. Необходимо дальнейшее обследование на другие местные анестетики этой же группы или другой. При положительных результатах на эти препараты лечение проводится под наркозом.

Окончательное заключение о наличии/отсутствии аллергической реакции на местные анестетики выдает врач-аллерголог.

**Выводы:**

1. Местные анестетики являются основой методов контроля над болью в стоматологии.
2. При применении препаратов местных анестетиков всегда следует помнить о вероятных общих осложнениях. Важен тщательный сбор анамнеза и умение дифференцировать различные виды реакций. Отличительная особенность психогенной реакции – быстрое восстановление сознания после использования нашатырного спирта и переведения пациента в горизонтальное положение. Токсические реакции появляются головокружением, головной болью и судорогами, тяжелые – в виде комы. Аллергические реакции немедленного типа характеризуются отеком мягких тканей (губы, веки), затрудненным дыханием, цианозом, резким падением артериального давления.
3. Для купирования аллергической реакции немедленного типа и тяжелой токсической реакции проводятся интенсивные реанимационные мероприятия бригадой скорой медицинской помощи.
4. В качестве профилактики общих осложнений предлагается снижение психоэмоционального напряжения, введение раствора медленное – не более 1 мл в минуту, аспирационная проба, использование современных карпульных шприцев и специальной иглы для проведения анестезии в стоматологии.
5. Для диагностики аллергических реакций на местные анестетики следует проводить прик-тест. Сроки аллергологического тестирования – через 3-4 недели после купирования аллергической реакции, но не позднее 6 месяцев.

**КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Ширяев. К. В., Карнаков. А. С.

Руководитель: д.м.н., проф. Пинелис. И. С.

**Актуальность.** Переломы нижней челюсти являются наиболее распространенными среди всех переломов костей лицевого скелета и по данным разных авторов составляют от 75 до 96,5 %, а от общего количества стационарных больных стоматологического профиля 28–36 %. В 67–82 % случаев переломы нижней челюсти локализуются в пределах зубного ряда и, следовательно, являются открытыми. В связи с этим некоторые зарубежные авторы называют такие переломы уже первично осложненными из-за инфицирования костной раны патогенной микрофлорой. Причинами , способствующими возникновению осложнений при переломах нижней челюсти также являются, позднее обращение пострадавших за специализированной помощью, диагностические ошибки на до госпитальном этапе, неточная репозиция и неадекватная фиксация отломков, неверная тактика по отношению к зубу в щели перелома. В то же время высокий риск развития инфекционно-воспалительных осложнений при переломе определяется анатомо-физиологическими особенностями нижней челюсти и окружающих ее мягких тканей. Серьезной предпосылкой к развитию воспалительных осложнений может явиться нарушение кровоснабжения поврежденных тканей, усугубляемое травматическим отеком, а также снижение иммунитета в связи с приемом антибиотиков или стрессом. При переломах нижней челюсти, в связи с наличием в полости рта фиксирующих конструкций, резко нарушается микроциркуляция тканей пародонта и процесс самоочищения ротовой полости. В связи с этим увеличивается количество патогенных микроорганизмов на поверхности зубов и слизистой оболочки, возрастает вероятность инфицирования раневого субстрата. Несмотря на постоянное совершенствование комплексного лечения переломов нижней челюсти частота воспалительных осложнений остается довольно высокой и достигает 41 %. Недостатком большинства известных методов лечения переломов нижней челюсти является возможность влияния на регенерацию отдельных неблагоприятных факторов: бактериального, системы микроциркуляции, состояние иммунного статуса и т. д. При этом большинство используемых для лечения препаратов имеют химическую природу и, как следствие, обладают токсическим действием, имеют множество побочных эффектов, уничтожают, кроме патогенной, и нормальную микрофлору, вызывают аллергические реакции. Комбинированное применение нескольких препаратов для воздействия на различные звенья патогенеза неизбежно приведет к суммации их нежелательных эффектов. В связи с этим особо актуальным является поиск более совершенных препаратов, лишенных этих недостатков и, в то же время, обладающих многокомпонентным действием: антибактериальным, противовоспалительным, стимулирующим процессы репаративной регенерации кости.

**Цель исследования**. Определить характер и время получения травмы. Выявить сроки оказания специализированной помощи больным с переломами нижней челюсти.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения поставленной цели нами проведено клиническое обследование 18 больных с переломами нижней челюсти, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургий ГУЗ Краевой клинической больнице в ноябре 2017 года.

**Результаты исследования и их обсуждение** Клиническое обследование и лечение проведено у 18 больных с переломами нижней челюсти, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургий ГУЗ краевой клинической больнице за ноябрь 2017 года. Среди них мужчин было 16 (93,3 %), женщин — 2 (6,7 %). Возраст больных — от 18 до 63 лет. В процессе обследования и лечения больных обращали внимание на возраст, пол, характер и время получения травмы, наличие сопутствующих заболеваний и вредных привычек, локализацию и сроки оказания специализированной помощи с момента травмы, способы иммобилизации нижней челюсти. Наибольшее число больных составили лица молодого трудоспособного возраста (от 18 до 40 лет) — 14 (83 %) человек. По этиологии преобладали бытовые травмы — 13(70,5 %) человек, причем 2 (12,7 %) из них получили травму, находясь в состоянии алкогольного опьянения. В меньшей степени встречались транспортные — 3(18,3 %) человека и спортивные травмы — 2 (11,1 %). Всего из поступивших — 7 (39,4 %) больных проживают в городе, 11 (60,5 %)- в сельской местности. Вследствие позднего обращения больных за специализированной помощью, а также не всегда правильной диагностики и выбора метода лечения, пациенты поступали в клинику в поздние сроки после травмы. В связи с этим сроки лечения также отдалялись. Так, в сроки до 3 суток после травмы поступило 5 больных, от 3 до 7 суток — 11 больных, от 8 до 14 суток — 2 больной. По характеру прохождения линии перелома наиболее часто встречались поперечные — 10 больных (54,4 %), оскольчатые переломы определялись у 3 больных (18,9 %), косые переломы у 5 человек (26,7 %). По локализации самыми распространенными были переломы нижней челюсти в области угла — 9 больных (49,4 %), далее в области тела — 5 (27,8 %) и фронтального отдела — 4 (22,8 %). Всем больным с переломами нижней челюсти, поступившим в клинику, проводилось полное обследование с помощью клинических, лабораторных, рентгенологических методов. По общепринятой методике выяснялись жалобы, проводили сбор анамнеза, оценивали общее состояние больных и необходимость соответствующей предоперационной подготовки. Особенно тщательному исследованию подвергались не удаленные зубы в линии перелома, оставленные для наблюдения — по цвету, подвижности, реакции на перкуссию. О сохранении зубов, находящихся в линии перелома, в каждом конкретном случае решали индивидуально. В случае перелома корня зуба, находящегося в линии перелома челюсти, разрыва нервно-сосудистого пучка, наличия зубов с хроническим периодонтитом, а также вывиха или подвывиха зуба, когда он препятствует репозиции отломков нижней челюсти, приемлема тактика, предусматривающая немедленное их удаление. Мы считаем возможным сохранение зубов в линии перелома, если они не попадают в пределы вышеуказанных показаний. Уточнение диагноза, выявление характера смещения отломков челюсти, динамический контроль процессов репаративной остеорегенерации, проводили с помощью рентгенологического исследования нижней челюсти в прямой и боковой проекции или пантомографии в день госпитализации в стационар, на 1–2 сутки после операции. Лечение заключалось в применений проволочной назубной шины С.С.Тигерштедта. (1916) .Медикаментозные и терапевтические воздействия комплексного лечения заключались в применении антибиотиков В схему лечения входило также полноценное питание с последующей тщательной гигиенической обработкой антисептическим раствором фурациллина.

Сроки поступления находились в пределах от 1 суток до 14 дней с момента получения травмы. Наибольшее число пациентов обращались за медицинской помощью в челюстно-лицевое отделение ГУЗ краевой клинической больницы на 1–7 сутки.

**Вывод** Таким образом, подводя итог, можно говорить о том, что цель данной работы достигнута: был изучен возрастной и гендерный состав больных с переломами нижней челюсти .Были рассмотрены особенности и причины получения травм .

**ЗУБОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ**

Кузнецов В.А

Руководитель: д.м.н., проф. Пинелис. И. С.

**Актуальность:** Зубы с осложнениями после проведенного терапевтического или ортопедического лечения раньше удалялись, что в настоящее время не всегда целесообразно, поскольку их можно сохранить за счет зубосохраняющих операций.

Вопросы консервативного лечения зубов довольно хорошо разработаны. Однако в ряде случаев невозможно с их помощью добиться излечения зуба, поэтому лечение проводят и консервативно-хирургическими методами. На первом этапе осуществляют эндодонтическое лечение во всех проходимых каналах зуба, а затем – хирургическое вмешательство. Хирургические методы позволяют во многих случаях сохранить или весь зуб или его часть, устранить дальнейшее разрушение зуба, создать условия для функционирования зуба в челюсти и дальнейшего рационального протезирования. При хирургическом лечении зубов используют следующие методы:

1. Резекцию верхушки корня;

2. Корону-радикулярную сепарацию;

3. Гемисекцию и ампутацию корней моляров и премоляров;

4. Реплантацию зубов;

5. Компактостеотомию и кюретаж

В каждом случае выбор метода лечения зависит от ряда условий:

1. Наличия анатомического препятствия для инструментальной обработки и обтурации корневого канала (изгиб, сужение канала, наличие дентиклей, облитерации, пломбировочного материала в канале зуба).

2. Близость верхнечелюстной и носовой полостей, наличия сросшихся корней в многокорневом зубе, близость нижнечелюстного нерва.

3. Анатомического расположения зуба на альвеолярном отростке, положения пораженного корня по отношению к корням соседних зубов и возможности вовлечения их в воспалительный процесс.

4. Характера патологического процесса (одонтогенная киста, остеомиелит, опухоли челюстей и др.).

5. Наличия мостовидного протеза, в котором штифтовые зубы используются в качестве опоры.

6. Наличия отломков инструментов в канале зуба и их локализации,

7. Возможность включения зуба или отдельных его корней в мостовидный или бюгельный протез.

8. Общего состояния организма, перенесенных инфекционных заболеваний, состояния неспецифической резистентности организма, которые влияют на репаративные процессы в пародонте.

**Цель исследования:** выявить эффективность и частоту лечения с помощью зубосохраняющих операций.

**Материалы и методы.** Для достижения данной цели были обследованы больные, находящиеся на амбулаторном лечении в кабинете хирургической стоматологии на базе стоматологической клиники ЧГМА (Таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по нозологическим формам

|  |  |
| --- | --- |
| Диагноз | Количество больных |
| Периодонтит | 45 |
| Периостит | 25 |
| Хронический остеомиелит | 2 |
| Абсцесс | 1 |
| Флегмона | 1 |
| Альвеолит | 2 |

**Результаты исследования.** Анализ проведения хирургических методов лечения за период прохождения производственной практики в качестве помощника врача стоматолога-хирурга на базе стоматологической клиники ЧГМА (Таблица 2).

Таблица 2

Распределение больных по видам хирургического лечения

|  |  |
| --- | --- |
| Вид хирургического вмешательства | Количество больных |
| Удаление зубов постоянного прикуса | 58 |
| Разрез внутриротовой | 19 |
| Разрез внеротовой | 3 |
| Перевязки | 76 |
| Цистотомия | 2 |
| Цистоэктомия | 1 |
| Резекция верхушки корня | 1 |
| Реплантация зубов | 2 |
| Ампутация и гемисекция корня | 1 |
| Альвеолоэктомия | 3 |
| Секвестрэктомия | 1 |
| Шинирование | 1 |
| Удаление новообразований | 1 |
| Другие операции | 3 |
| ИТОГО | 172 |

**Вывод.** Таким образом, было проведено 1,7% зубосохраняющих операций, что позволило сохранить пациентам свои зубы, которые играют немаловажную роль в функционировании зубочелюстной системы.

Исследования показали, что использование реплантации зубов, резекции верхушки корня, гемисекции, ампутации корня, коронко-радикулярной сепарации приводят к благоприятному исходу, однако применение данных методик не распространены среди практикующих врачей, а пациенты не информированы о зубосохраняющих операциях.

Оставшиеся фрагменты зубов благополучно функционируют в ортопедических протезах и в полном объеме выполняют функциональную нагрузку, а также сохраняют эстетический вид.

**ЧАСТОТА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬЯ**

Цырендашиева А.Б., Старчекова У.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Пинелис. И. С.

**Актуальность.** Онкология - раздел [медицины](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0), изучающий [доброкачественные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D1%8C) и [злокачественные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D1%8C) [опухоли](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D1%8C), механизмы и закономерности их возникновения и развития, методы их [профилактики](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0), [диагностики](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0_(%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)) и [лечения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5). Онкологические болезни представляют собой обширный и разнородный класс заболеваний. Онкологические заболевания являются системными и затрагивают, так или иначе, все органы и системы человека.

Частота онкологических заболеваний челюстно-лицевой области с каждым годом повышается. В связи с этим, несмотря на достигнутые успехи в разработке методов лечения, вопрос о профилактике и своевременной диагностике опухолей не утратил своей актуальности. Решить этот вопрос без участия стоматологов, силами одной онкослужбы не представляется возможным, так как профилактика рака основана в первую очередь на санитарно-гигиеническом воспитании широких слоев населения, строгом соблюдении правил гигиены полости рта, регулярном посещении врача-стоматолога.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований зависит главным образом от онкологической настороженности врачей первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного. Значение медицинских работников ПМСП переоценить трудно. Постоянная работа онкологических диспансеров с медицинскими работниками ПМСП и населением, направленная на раннее выявление злокачественных новообразований, является важным компонентом, способным повысить уровень ранней диагностики рака различных локализаций. Совершенствование санитарно-просветительной работы, проведение скрининговых исследований, диспансерное обследование населения своевременное обращение пациентов при подозрении на различную патологию, применение комплексного обследования населения, улучшат своевременную диагностику злокачественных новообразований и результаты лечения.

Онкологическая настороженность – это действия врача любой специальности любого лечебно-профилактического учреждения, направленные на исключение симптомов, вызывающих подозрение на онкологическую патологию:

* Знание клиники злокачественных опухолей на ранних стадиях;
* Знание клиники предраковых заболеваний и их лечение;
* Знание организации онкослужбы для своевременного направления больного с опухолью по назначению;
* Тщательное обследование каждого больного обратившегося к любому врачу для исключения возможного онкологического заболевания;
* Отсутствие необоснованного оптимизма и необходимость в трудных и сомнительных случаях диагностики думать о возможности атипичного или осложненного злокачественной опухолью течения заболевания.

**Цель исследования**: определить частоту онкологических заболеваний в челюстно-лицевой области по данным ГУЗ «КОД» г.Читы за 2013-2016 гг.

**Задачи:**

1. Определить количество онкологических заболеваний в челюстно-лицевой области за 2013-2016 гг..
2. Выявить тенденцию развития онкологических заболеваний в челюстно-лицевой области;
3. Выявить процентное соотношение развития онкологических заболеваний мужского и женского населения;
4. Выявить процентное соотношение показателей различных локализаций онкологических заболеваний в челюстно-лицевой области.

**Материал и методы.** Для решения поставленных задач были исследованы истории болезни пациентов ГУЗ «Краевой онкологический диспансер» г.Читы за 2013-2016 гг.

**Результаты**. При анализе статистических данных по были выявлены следующие показатели количества больных онкологическими заболеваниями за период 2013 – 2016 гг. (Рис. 1).

Рис.1. Динамика развития злокачественных новообразований в Забайкальском крае.

Рис.2. Частота заболеваний головы и шеи в зависимости от стадии развития опухоли.

Из представленных данных прослеживается явная тенденция роста частоты онкологической заболеваемости в Забайкалье. Из общего числа онкологических заболеваний за период 2013 – 2016 гг. в челюстно-лицевой области выявлено 157 морфологически подтвержденных случаев. Из них в ранних (I и II) стадиях - 62 и поздних (III и IV) – 95 больных (Рис. 2).

Рис.3.Процентное соотношение заболеваемости среди мужского и женского населения.

Рис.4. Локализация злокачественных опухолей в зависимости от анатомической области.

**Вывод.** Из проведенного анализа статистических данных по ГУЗ «КОД» за период от 2013 до 2016 гг. была выявлена явная тенденция к росту онкологической заболеваемости в ЧЛО. Выявлено также, что мужское население страдает от онкологических заболеваний чаще, чем женское население, частота поражаемости злокачественными опухолями нижней губы встречается значительно чаще, по сравнению с другими локализациями.

**3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**СРАВНЕНИЕ КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ФОТОКОМПОЗИТАМИ**

Абакарова М.Т., Бороева Т.А., Будажапова Э.Б., Раднаева Б.Б.

Научные руководители: к.м.н. Кукушкина Е.А.; к.м.н., доц. Кукушкин В.Л.

**Актуальность.** В современной реставрационной стоматологии широко используют высокотехнологичные материалы, которые позволяют восстановить эстетические и анатомо-функциональные параметры зубов. На сегодняшний день большинство реставраций зубов выполняют в адгезивной технике, и именно адгезивные системы должны обеспечивать высокое качество сцепления фотокомпозита с твердыми тканями зуба. Стоматологические адгезивные системы представлены 7 поколениями, отличительными особенностями которых являются характер обработки смазанного слоя, состав и структура.

**Цель исследования.** Оценка краевого прилегания нанокомпозита по уровню проницаемости красителя в условиях применения разных поколений адгезивных систем.

**Материалы и методы.** В ходе исследования использовали 4 удаленных боковых зубов с интактной коронкой, с жевательной поверхности которых сняли двойной оттиск силиконовой массой «Express STD» и сформировали стандартные полости 1 класса по Блэку.

В качестве адгезивных систем использовали: 1.Prime&Bond NT-адгезив 5 поколения. 2.УниРест Праймер-Адгезив, 5 поколения. 3.Adper Promt L-Pop, адгезив 6 поколения. 4. Adper Single Bond2 - адгезив 5 поколения. Образцы разделили на 4 группы по 1 зубу. В 1 группе был использован Prime&Bond NT-адгезив 5 поколения. Во 2 группе УниРест Праймер-Адгезив, 5 поколения. В 3 группе Adper Promt L-Pop-адгезив 6 поколения (самопротравливающийся). В 4 группе Adper Single Bond2, адгезив 5 поколения.

Восстановление полостей проводили нанонаполненным фотокомпозиционным материалом Filtek Ultimate с использованием силиконового ключа, после чего зубы поместили в раствор фуксина на 24 часа. Через сутки зубы извлекли, промыли под проточной водой, высушили и распиливали в продольном направлении вдоль срединной линии сформированной пломбы под струей холодной воды.

Исследование краевой проницаемости проводили по методике Г.М. Барера (1997) с помощью светового микроскопа (x90) по четырехбалльной системе оценки микропроницаемости: 1 балл - отсутствие проникновения красителя вдоль границы «пломба-эмаль»; 2 балла - проникновение красителя вдоль эмалево-дентинной границы; 3 балла - проникновение красителя до середины дентина; 4 балла - проникновение красителя до дна сформированной полости.

**Результаты исследования.** Показатель краевой проницаемости в образце 1 группы, где применили адгезив 5 поколения Prime&Bond NT, составил 3 балла. В образце 2 группы (адгезив 5 поколения Праймер-Адгезив) 4 балла. В образце 3 группы (Adper Promt L-Pop само- протравливающийся) - 0 баллов. В образце 4 группы (Single Bond2-адгезив 5 поколения) - 1 балл. Это свидетельствует об определенных преимуществах однокомпонентного самопротравливаю щегося адгезива 6 поколения, над адгезивами 5 поколения, которые используют после предварительного протравливания твердых тканей зуба.

**Выводы**. Таким образом, из результатов исследования следует, что использование однокомпонентного самопротравливающегося адгезива 6 поколения обеспечивает более низкую краевую проницаемость и создает благоприятные условия для проведения реставрационных работ с качественным краевым прилеганием нанокомпозиционного материала.

**РЕЗОРЦИН-ФОРМАЛИНОВЫЙ МЕТОД: ПОРА РАССТАВАТЬСЯ?**

Антипина Ю.Д.

Научные руководители: доц. Кукушкин В.Л., к.м.н. Кукушкина Е.А.

**Актуальность.** Первые опыты обработки корневых каналов (КК) такими сильными антисептиками, как трикрезол и формалин (40% раствор формальдегида), описаны в 1874 г. Витцелем. Резорцин- формалиновый метод был предложен Альбрехтом в 1912 г. для обезвреживания распада некротизированной пульпы и пломбирования инфицированных зубов. После удаления путридных масс из коронковой полости и просвета КК на их устья наносили каплю формалина, насыщенного резорцином (производное фенола). При этом производилось активное проталкивание резорцин-формалиновой смеси (РФС) корневой иглой. Затем над устьями КК оставляли асбест, смоченный в смеси, под временной пломбой на 3-4 дня. Во второе посещение удаляли повязку, асбест и проводили повторно обработку КК. Автор полагал, что РФС обладает выраженным антисептическим действием, и кроме того, способностью медленной полимеризации; результатом считалось, что кроме обезвреживающего действия, происходит обтурация КК. При этом было замечено, что зубы, подвергшиеся обработке, приобретали розовый цвет, а дентинные канальцы были заполнены стекловидной массой. Однако широкие каналы оставались незаполненными. В этом случае автор рекомендовал в третье посещение произвести обработку зуба РФС с добавлением щелочи, которая ускорит процесс полимеризации, и, по мнению автора, обеспечит заполнение корневых каналов. Позже было предложено из оставшейся после обработки жидкости приготовить пасту путем добавления окиси цинка и ею заполнить проходимую часть КК. Этот метод стал применяться для обработки не только постоянных, но и временных зубов. Следует отметить, что клинические результаты были вполне приемлемыми, так как основным критерием считалось отсутствие болевых ощущений.

Метод приобретал все большее количество сторонников не только из-за прекращения болей: как считали и продолжают считать многие врачи, при проведении этого метода не нужно проходить и обрабатывать корневые каналы.

В 1990-х г.г. проф. Е.В.Боровским были проведены исследования клинической эффективности резорцин-формалинового метода. Из 156 осмотренных моляров и премоляров каналы были полностью запломбированы у 60; из них только в одном зубе в периодонте наблюдались изменения, а из 96 зубов с незапломбированными каналами деструкция костной ткани выявлена у 81, то есть в 84% случаев при непломбированных каналах в периодонте имелись деструктивные изменения. С очевидностью следует признать, что после проведения резорцин- формалинового метода, если канал не запломбирован, отрицательные результаты лечения наблюдаются в 84% случаях [1].

В связи с полученными данными было произведено исследование (по записям истории болезни) частоты использования РФМ в ряде районов Москвы и некоторых регионах РФ при лечении пульпита и периодонтита. Всего было обследовано 642 зуба (резцов 136, премоляров 142, моляров 364). РФМ применялся у моляров из 364 -306, у премоляров из 142 - 29, у резцов из 136 - 10. Данные свидетельствуют, что этот метод преобладает при лечении моляров. Заслуживает внимания тот факт, что его проводили при лечении не только периодонтитов, но и пульпитов.

По данным анкетирования врачей за 2001 г., 83% врачей не особенно утруждают себя поиском КК, видимо, полагая, что подобная тактика и без их пломбирования обеспечивает излечение при осложнениях кариеса.

Однако, существует вопрос о правомерности применения РФМ. В литературе имеются многочисленные указания о неблагоприятном влиянии формальдегида на периодонт и организм в целом. Так, Lewis B.B. и др.(1981) сообщили, что цитотоксичность, мутагенность и канцерогенность формокрезола и формальдегида была продемонстрирована в лаборатории на экспериментальных животных. Исследователи указывали, что неблагоприятным действием обладают растворы формальдегида различных концентраций (от 35% до 19%, а также в разведении 1:5).

Myers D.P. и др. (1981) доказали системное распределение формальдегида при пульпотомии. После покрытия пульпы формальдегидом с радиоактивной меткой, он был обнаружен в периодонте, кости, дентине, моче. Небольшое количество препарата выявлялось также в печени, почках, легких, скелетной мускулатуре. Было выяснено, что и формальдегид, и формокрезол оказывают мутагенное и канцерогенное действие на животных и культуру клеток человека.

Заслуживают внимания данные Waterhous B.Y. (1995), которые ставят под сомнение безопасность применения формокрезола в качестве препарата при лечении пульпита временных зубов. В частности, автор показал, что формалин, содержащийся в формокрезоле, является гаптеном (неполным антигеном) и может вызывать иммунные реакции гиперчувствительности.

Необходимо подчеркнуть, что использование РФМ также не обеспечивает гарантированной обтурации верхушечного отверстия (паста до сих пор используется в некоторых медицинских учреждениях РФ, преимущественно государственных). В настоящее время Стоматологическая Ассоциация России (СтАР) категорически не рекомендует использовать метод в связи с высоким риском оказания неблагоприятного влияния на ткани пародонта и здоровье пациентов. При выходе РФП за пределы корня могут возникать сильные боли, парестезия (иногда необратимая) вследствие повреждения нерва (в случае попадания материала в нижнечелюстной канал), воспаления костной ткани (остеомиелит), для устранения которых требуется хирургическое лечение (см. Рис.1-2.).



Рис.1. Выведение РФП в периапекс (КТ-грамма)



Рис.2. Выведение РФП в нижнечелюстной канал

Следует также отметить, что для избежания в дальнейшем различного рода конфликтных ситуаций с пациентами, зарубежные врачи-стоматологи в первое посещение получают от пациента так называемое информированное согласие на эндодонтическое лечение, которое соответствует форме, предложенной Хельсинкской декларацией по правам человека. При этом пациента знакомят с основными этапами лечения корневого канала, возможными осложнениями во время и после эндодонтического лечения.

С другой стороны, необходимо заметить, что ведущие фирмы- производители стоматологических материалов (Септодонт, Спофа Денталь) до сих пор поставляют формальдегид-содержащие пасты для эндодонтии типа «Эндометазон», «Трикредент», «Форедент». Более того, самый популярный на сегодняшний день силлер для заполнения КК- АН(+) содержит в своем составе уротропин, распадающийся в щелочной среде с выделением формальдегида, но в очень низкой концентрации.

**Результаты.** Нами проведены собственные наблюдения в клинике, связанные с перелечиванием зубов, корневые каналы которых заполнялись РФС. Ниже приведена рентгенограмма зуба 4.6, ранее леченного импрегнационным методом.



Рис.3. Рентгенограмма зуба 4.6, леченного РФС

Мы применили для растворения РФС такой препарат, как «Эндосольв -Р». Его оставляли над устьями КК на ватном шарике или бумажном штифте (при неудаче первого сеанса распломбировки – повторили наложение).

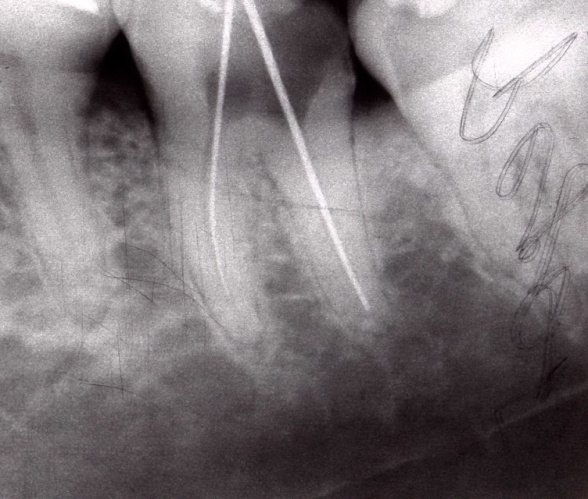


Рис.4. Зуб 46 после применения «Эндосольв Р».

Обращает на себя внимание факт неполного удаления РФС из переднего КК даже после 2-кратного наложения сольвента.



Рис.5.Рентгенограмма зуба 2.4, леченного с применением РФ-пасты. Учитывая незначительное количество пасты только в области устья КК, удалось сравнительно легко его перелечить.

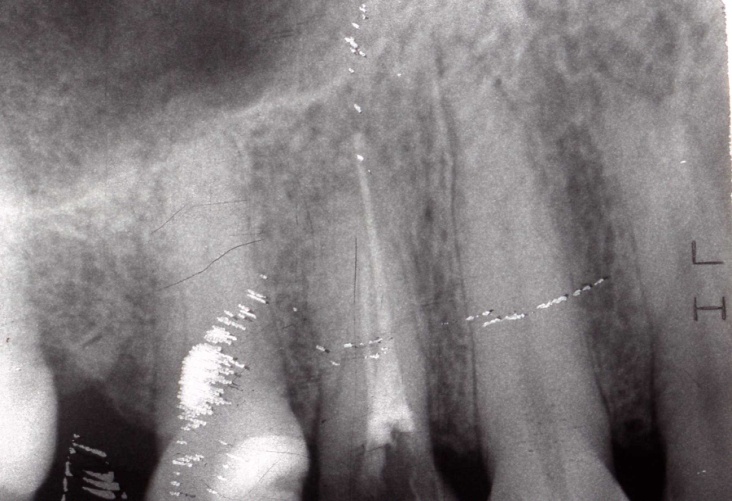


Рис.6. Зуб 2.4 после перелечивания

Замечено также, что легче распломбировываются каналы, запломбированные РФ-пастой, чем смесью. На следующем рисунке приведен случай перелечивания нижнего моляра.

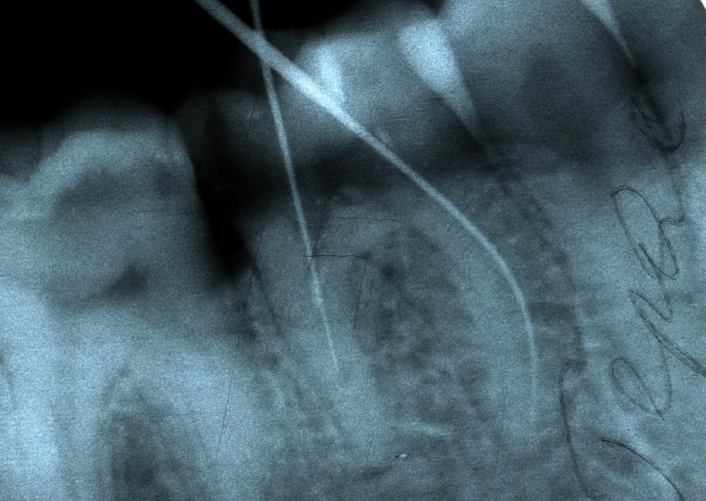


Рис.7.Зуб 3.6.после применения Эндосольва-Р.

Несмотря на многократное применение Эндосольва-Р, нам так и не удалось распломбировать дистальный канал 3.6.

Несколько по-другому мы относимся к ситуации, когда врач физически не может пройти КК до верхушки, или имеется канал со сломанным в нем инструментом, когда все попытки его извлечения (или прохождения рядом с ним) оказались безуспешны. В этом случае применение РФ-пасты является «методом отчаяния», когда врач сознательно применяет его, понимая, что альтернативы нет.

Суммируя все вышесказанное, можно сделать следующие **выводы:**

1. Препараты, содержащие резорцин-формалиновую смесь, постепенно вытесняются более безопасными. Более того, ряд стран Евросоюза законодательно запретил применение формальдегид-содержащих паст (включая эндометазон) в стоматологической практике.
2. РФ-смесь, заполимеризовавшуюся в КК, очень трудно извлечь или растворить при повторном лечении. При этом легче распломбировываются каналы, заполненные пастой.
3. Недопустимым является применение РФ Пасты для пломбирования широких КК всех групп постоянных зубов.

**ПРЯМЫЕ РЕСТАВРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ**

**СОВРЕМЕННЫХ ФОТОКОМПОЗИТОВ**

Кривуля Ю.Е.

Научные руководители: доцент Кукушкин В.Л., к.м.н. Кукушкина Е.А.

**Актуальность.** В настоящее время на стоматологическом рынке имеется большой выбор композиционных пломбировочных материалов, которые способны совмещать желаемые свойства: легко полируются, длительное время сохраняют блеск, цветостабильность, превосходную прочность, долговечность, а также устойчивость к сколам, отличную моделируемость (не прилипает к инструменту, удерживает форму) и полная система оттенков с широким диапазоном опаковости. Несмотря на столь значительные достижения, пломбировочные материалы постоянно совершенствуются. Всё это позволяет врачу-стоматологу не только восстановить внешний вид зуба, соответственно цветовому эталону и зубной формуле, но и воссоздать облик естественных зубов.

Теперь все чаще пациенты обращаются не с жалобами на болевые ощущения, а с эстетическими проблемами. Реставрация зубов наиболее востребована  в эстетически значимых местах. Особенно это актуально для региона Забайкалья в связи с широким распространением тяжелых, деструктивных форм флюороза.

Прямая реставрация в этих случаях позволяет провести коррекцию цвета зуба, размера, формы (сделать их более широкими или узкими, выдвинуть вестибулярно или наклонить орально, укоротить или удлинить, а также повернуть по оси).

Стало возможным и постэндодонтическое восстановление зубов и устранение последствий травм зубов, с высокими эстетическими и функциональными возможностями.

Но каких бы высот не достигли усовершенствования пломбировочных материалов, не следует думать, что реставрация - это замена ортопедическому или ортодонтическому лечению. На сегодняшний день эти три направления в стоматологии «работают» вместе на благо пациента.

**Выбор между прямой и непрямой реставрацией- довольно часто задаваемый вопрос у пациентов.** Даже проработав десятки лет, врач не может отдать предпочтение. Все зависит в первую очередь от исходной клинической картины. Есть ситуации, когда более правильным будет провести прямую реставрацию. И наоборот, иногда более рациональным будет остановить свой выбор на непрямом методе реставрации зубов.

В настоящее время стоматологу все чаще приходится сталкиваться с тяжелыми проявлениями некариозной патологии. Задача врача при лечении деструктивных поражений твердых тканей зуба состоит не только в том, чтобы восстановить его внешний вид соответственно цветовому эталону и зубной формуле, но и в том, чтобы воссоздать облик естественных зубов.

Повторение природного устройства зуба− суть биомиметического способа реставрации и реконструкции зубов. На практике это означает, что реставрационная конструкция должна располагаться в топографических границах естественных зубных тканей (Радлинский С.В., 1995).

**Материалы и методы.** Существенным подспорьем для анализа являются цифровые фотографии зубов пациента до и после проведения реставрации.

В настоящее время имеется многочисленный арсенал пломбировочных материалов для реставрации, и задача стоматолога -правильно выбрать их.

Наиболее распространёнными реставрационными материалами в нашей клинике являются микрогибриды с размером частиц от 0,04 до 1 мкм (типа Spectrum, Filtek) и нанокомпозит Estet-X.

Оттенки Spectrum настолько близки по прозрачности и цвету к тканям зуба, что, укладывая их в топографических границах конкретного зуба, мы легко добиваемся отличных результатов. Но реставрации из Spectrum со временем стираются и теряют блеск.

В композите Estet-X совмещены желаемые свойства «идеального» композита: легко полируется, длительное время сохраняется блеск, имеет превосходную прочность, долговечность, а также устойчивость к сколам, отличную моделируемость (не прилипает к инструменту, удерживает форму) и полную систему оттенков с широким диапазоном опаковости.

Алгоритм рекомендует сочетать два материала в одной реставрационной конструкции:

Парапульпарный дентин - оттенок повышенной опаковости WО, Estet-X.

Дентин - опаковые оттенки:

* + ОА3,5; A3 Spectrum – для темных зубов;
  + ОА2 Spectrum -для светлых зубов;
  + A4O, Estet-X.

Основная эмаль - оттенок обычной прозрачности В1, В2(чаще всего), В3 - Estet-X.

Поверхностная эмаль - прозрачный оттенок композита YЕ, Estet-X или В1 incisial, Spectrum.

Адгезивная подготовка полости включает в себя:

1. Протравливание эмали – 30 сек.
2. Протравливание дентина –15 сек. Осуществляется с использованием геля 37% фосфорной кислоты. В зависимости от резистентности эмали время контакта травящего геля меняется: при низкой резистентности оно сокращается до 15 сек., а при высокой – увеличивается до 60 сек.
3. Смывание кислоты.
4. Высушивание- желательно осуществлять пылесосом, т.к. в этом случае не происходит коллапса коллагеновых волокон, что чрезвычайно важно для хорошей адгезии. Протравленная и высушенная эмаль приобретает меловидно-белый цвет, теряет блеск, если этого нет, необходимо травление повторить, дентин должен выглядеть слегка влажным.

5. Внесение адгезива, который сначала наносится на дентин, далее на всю поверхность. Экспозиция - 30 секунд, лёгкой струёй воздуха удаляется растворитель, и полимеризация лампой 20 секунд.

На дно кариозной полости наносится жидкотекучий композит и распределяется с помощью зонда, полимеризуется 20 секунд. Исследования показали, что жидкотекучие композиты уменьшают микротечь пломбы и частоту появления пор.

Светоотверждаемые композиты вносятся в полость послойно: каждый слой полимеризуется отдельно. Толщина первого слоя не должна быть более 0,5 мм. Все последующие слои должны быть не толще 2-3 мм. Расстояние между излучателем и пломбой должно быть не более 5 мм. Каждый слой засвечивается по 10 сек. После завершения реставрации производится окончательное засвечивание с трёх поверхностей по 40 секунд.

**Выводы.** Анализ цифровых фотографий реставрационных работ позволяет сделать вывод, что в ситуациях тяжелой деструкции эмали только современные реставрационные материалы способны восстановить не только анатомическую и функциональную целостность зубов, но и удовлетворить все возрастающие косметические требования пациентов.

**ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННЫХ И ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА БИОПОТЕНЦИАЛЫ В ПОЛОСТИ РТА**

Ранжурова М.В., Арутюнян Н.Л., Дамбаев Б.М., Гашов Д.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кукушкин В.Л., к.м.н. Кукушкина Е.А.

**Актуальность.** В нашем организме непрерывно протекают электрохимические процессы, находящиеся под влиянием как эндогенных, так и экзогенных факторов. Так, в рамках данной работы рассматривается полость рта. Она представляет собой электрохимическую систему, в которой роль электролита выполняет слюна, состав ее зависит от общего состояния здоровья, состояния полости рта, наличия зубных протезов и других металлических конструкций. Также изменение биоэлектрических потенциалов в полости рта может зависеть от вредных привычек, профессиональных факторов, использования средств индивидуальной гигиены, местного применения лекарственных препаратов и т.п.

**Цель работы**: изучить величины биопотенциалов полости рта в норме, а также их изменения от различных эндогенных и экзогенных факторов.

**Задачи:** 1.Изучить величины биопотенциалов в норме и при наличии металлических включений в полости рта (ретейнеров);

1. Изучить влияние соматических заболеваний (заболевания ЖКТ) на изменение биопотенциалов в полости рта.
2. Выявить гендерные различия в указанных группах.

**Материалы и методы:** осмотрено 60 человек молодого возраста (20-27 лет). Обследованные были разделены на следующие группы: 1) 20 лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гиперацидный гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки);

2) 20 человек, имеющие в полости рта металлические конструкции (ретейнер);

3) контрольная группа: здоровые лица, без металлических включений в полости рта, вредных привычек и болезней желудка и двенадцатиперстной кишки.

Для измерения электродвижущего потенциала применяли цифровой мультиметр ДТ 700 В с внутренним сопротивлением 10 МОм, оснащенный электродами из серебро-палладиевого сплава оригинальной конструкции, позволяющий измерить электропотенциалы в диапазоне от 0-200 mV.

**Результаты и их обсуждение.** Средний показатель электропотенциалов в полости рта в контроле составил 56,3±4,5 mV. Среди обследованных 1 группы обнаружено значимое повышение электропотенциалов, относительно контроля, до 69,7±4,1 mV (р<0,05).

В группе обследованных с металлическими конструкциями (ретейнеры) выявлено недостоверное повышение значений биоэлектропотенциалов, по сравнению с контролем, до 58,3±4,5 mV (р≥0,05).

Значимых отличий электропотенциалов по гендерным признакам не выявлено.

**Выводы:** таким образом, можно сделать вывод о том, что изменение биоэлектрических потенциалов в полости рта во многом зависит от экзогенных и эндогенных факторов. Особенно значимо на рост биопотенциалов влияют заболевания желудочно-кишечного тракта, способствующие повышению кислотности в полости рта.

При наличии ретейнера в полости рта происходит взаимодействие с электролитом (в данном случае со слюной) и возможно последующее окисление, в результате чего и происходит некоторый рост величины биопотенциалов. Влияние других факторов (курение, алкоголь, уровень гигиены полости рта) требует дальнейшего изучения.

**АНАЭРОБНАЯ МИКРОФЛОРА ЭНДОДОНТА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА**

Савиных М.Н., Бархатова М.С., Сташкевич Л.О., Богомякова Т.С.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кукушкин В.Л., к.м.н. Кукушкина Е.А.

**Актуальность.** В настоящее время проблеме эндодонтического лечения зубов при различных формах верхушечного периодонтита уделяется большое внимание. Этиологическим фактором возникновения хронического апикального периодонтита (ХАП) в подавляющем большинстве случаев является микрофлора. В системе корневых каналов (КК) она представлена ассоциациями многих видов условно - патогенных аэробных и анаэробных микроорганизмов. Установлено, что при деструктивных формах ХАП в глубине КК преобладают облигатные анаэробы. Доказана роль бактероидов, пептострептококков, для роста которых в КК возникают благоприятные условия. Помимо указанных микроорганизмов, в полости зуба могут обнаруживаться различные виды грибов рода Candida и простейшие. Однако мало сведений, как меняется спектр анаэробной микрофлоры при проведении временной обтурации корневых каналов.

**Цель**: выявить изменения анаэробной микрофлоры КК зубов с деструктивными формами ХАП после временной обтурации лечебной пастой «Метапекс».

**Материалы и методы**. Для достижения цели проводили забор содержимого 35 корневых каналов у 15 пациентов с деструктивным ХАП до начала лечения и после недельного пребывания в каналах лечебной пасты «Метапекс». После препарирования кариозной полости и орошения полости зуба стерильным физ.раствором в корневой канал вводили стерильный бумажный пин, и после пропитывания экссудатом его помещали в пробирку с питательной средой «ДНК-Экспресс» для последующей транспортировки в лабораторию. Канал обрабатывали по стандартной методике и обтурировали «Метапексом». Второй забор материала проводили через неделю.

Идентификацию анаэробов проводили путем ПЦР-анализа в лаборатории молекулярной генетики ЧГМА наборами реагентов для обнаружения ДНК следующих микроорганизмов: Porhyromonas endodontalis, Prevotella intermedia, Fusobacterium nucleatum (палочка Плаута), Candida albicans и Enterococcus faecalis.

**Результаты и их обсуждение.** Во всех 35 пробахдо лечениябыли обнаруженыпалочки Плаута (100%). После временной обтурации частота выявления фузобактерий снизилась до 67% (р<0,05).

Порфиромонады и превотеллы обнаружены в 26 КК (74,3%), после контакта с «Метапексом» частота выявления снизилась до 28,6% (р<0,05).

Грибы рода Candida определены до лечения у 6 пациентов (17%), после лечения - у 5 (14,3%, р≥0,05).

Enterococcus faecalis был обнаружен у 3 больных (8,6%), что позволяет считать его редким обитателем КК. Однако именно у этих пациентов частота выявляемости энтерококка не изменилась вообще, т.е. инфекция была полностью резистентной к лечебной пасте.

**Выводы:**

1. Однократное введение в систему КК пасты «Метапекс» слабо подавляет фузобактерии, которые являются постоянными обитателями системы КК при ХАП. Более показанными являются пасты, содержащие метронидазол (метрозоль, гриназоль).

2. Пигментообразующие бактероиды достаточно чувствительны к антисептическим компонентам временной пасты, однако желательно повторное введение, так как первая порция не стерилизует КК. Лечение пациентов с соматической патологией необходимо проводить под прикрытием антибиотиков, т.к. эти микроорганизмы способны проникать в венозное русло.

3. Грибы рода Candida и Enterococcus faecalis не чувствительны к действию «Метапекса».

**ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРИЕСА ЗУБОВ И ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА (ПО ДАННЫМ ГАУЗ КСП, Г. ЧИТА)**

Пермяков О.Н.

Научные руководители: к.м.н., доц. Кукушкин В.Л., к.м.н. Кукушкина Е.А.

**Актуальность.** Для выполнения данной задачи возникла необходимость использования научной литературы. На деле оказалось, что данный вопрос по своей сути фактически нигде не рассматривается, а если и указывается связь между кариесом и состоянием организма, то только под одним понятием (общее состояние организма), без рассмотрения примеров или представления схем патогенеза, которые хоть в какой-либо мере могли бы раскрыть данный вопрос. Как правило, обоснование данной взаимосвязи ограничивается лишь снижением резистентности. В это же время много внимания уделяется местным факторам, способствующим развитию кариеса. Однако нашей целью является рассмотрение именно не местных, а системных факторов, возникающих на фоне какого-то особого общего состояния организма, которое так или иначе могло бы отразиться на развитии кариеса зубов среди населения.

Но, несмотря на всё это, необходимая информация всё же нашлась. При этом необходимо отметить именно не редкие, состояния, а те, которые будет возможно оценить в данном исследовании. Таким образом, мною было выделено несколько наиболее часто встречаемых состояний, при которых наиболее вероятна связь с кариесом:

Сахарный диабет. При данной патологии возникает сразу несколько механизмов, способствующих развитию кариеса:

Массивная дегидратация организма, развивающаяся в результате повышенного диуреза, возникающего из-за повышенного осмотического давления в моче за счёт избытка глюкозы, которая не может попасть в клетки организма. Такая дегидратация повышает вязкость и уменьшает количество слюны, необходимой для лучшего очищения зубов от детритов за счёт её интенсивной циркуляции в полости рта и одновременной минерализации твёрдых тканей зубов.

Гликозилирование белков крови из-за избытка простых углеводов в кровеносном русле. Такой ферментативный процесс приводит к потере этими белками своих свойств в результате изменении конформации молекул и блокировании их активных центров. Всё это неизменно отражается на гуморальном иммунитете, представленным защитными белками, которые, попадая в полость рта, не осуществляют своих функций. Это приводит к снижению резистентности перед микробным фактором.

Выход избытка глюкозы в составе ротовой жидкости, как фактора развития кариеса.

Беременность. Да, мы рассматриваем именно общее состояние организма и это необязательно должна быть патология. Напротив - каким-либо физиологическим состояниям необходимо уделять не меньше внимания в данном вопросе. Здесь возникает целый ряд механизмов:

Перераспределение кальция на фоне свойственных для беременности гормональных изменений. Хоть это и физиологический процесс, однако он достаточно сильно отражается на минерализации зубов.

Снижение иммунитета. Этот физиологический процесс, позволяющий организму матери не отторгнуть плод, провоцирует и размножение той или иной микрофлоры, в том числе, и способствующей развитию кариеса.

Ряд механизмов способствующих ухудшению микроциркуляции (в том числе и в пульпе), патогенетическая роль чего была описана выше.

**Цель работы.** Выявить взаимосвязь между кариесом и общим состоянием организма (или её отсутствие), опираясь на изучение документации ГАУЗ КСП г. Чита и собственные наблюдения за пациентами.

**Задачи.** Выявить группы пациентов, в которых возможна взаимосвязь кариеса и общего состояния организма.

Выборка пациентов для набора в контрольные группы

Расчет показателей для сравнения исследуемых и контрольных групп

**Материалы и методы**

Намиизучены 120 амбулаторных карт пациентов терапевтического кабинета ГАУЗ КСП г. Читы за первое полугодие 2017 г., а также проведено динамическое наблюдение за пациентами на момент прохождения производственной практики для выявления взаимосвязи (или её отсутствия) между общим состоянием организма и кариесом зубов.

*Набор пациентов в группу с сахарным диабетом*. Дабы изолировать данную патологию от любых других факторов, которые могут в той или иной степени повлиять на результаты исследования, пациенты попадали в исследуемую группу при двух условиях: это пациенты в возрасте (по рекомендациям ВОЗ для исследования) от 25 до 34 лет, и их индекс гигиены должен быть как минимум удовлетворительным (хороший или удовлетворительный). К тому же, это должны быть как мужчины, так и женщины.

*Набор пациенток в группу беременных.* В данной группе остаётся неизменным критерий с индексом гигиены (хороший или удовлетворительный), однако фактор возраста, который необходимо выбрать для максимальной изоляции данного состояния организма от всего остального, уже отличается от предыдущей группы: наиболее оптимальный возраст 18-27 лет.

Во время обработки данных из карт стало понятно, что возраст в исследуемых группах не играет роли в изменении показателей, а это означает, что возрастные группы были выбраны верно. В группе с сахарным диабетом критерий полового признака также не проявил себя: показатели у мужчин и женщин существенно не отличались.

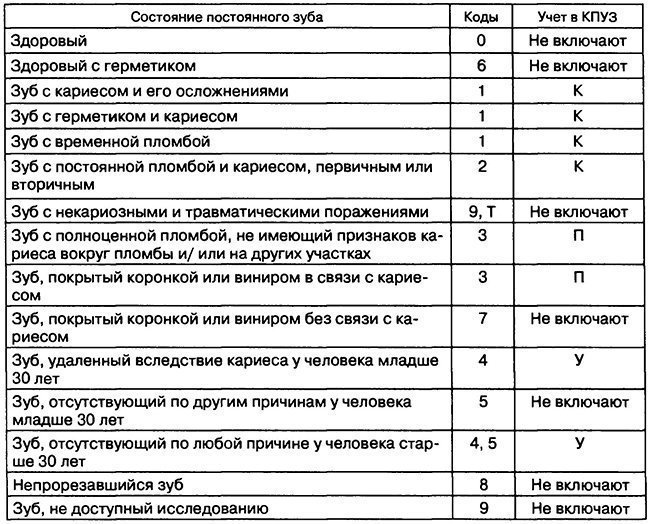
Для наиболее объективного исследования в контрольные группы были набраны пациенты по тем же критериям, что и в исследуемых.

В контрольную группу к исследуемой при сахарном диабете попали пациенты в возрасте от 25 до 34 лет, это были как мужчины, так и женщины без каких-либо сопутствующих патологий и хронических заболеваний.

В контрольную группу к исследуемой при беременности попали исключительно пациентки в возрасте от 18 до 27 лет, без сопутствующей патологии и хронических заболеваний.

Среди статистических показателей для кариеса зубов различают его распространённость и интенсивность. Распространённость рассчитывает только долю тех, у кого в принципе есть или был кариес – не более, но нам нужны более конкретные показатели, индивидуальные для каждого пациента. Таким показателем является интенсивность кариеса, предложенная Клейном и Палмером в 1939 г. – КПУ.

**Правила оценки коронок зубов в категории «К», «П» и «У» (ВОЗ, 1997)**

Выше описанные правила помогут наиболее верно оценить полученные данные по этому показателю.

Для оценки показателей были сформированы 4 группы: группа пациентов с сахарным диабетом (СД), контрольная группа для группы СД (СДк), группа беременных пациенток (Б), контрольная группа для группы Б (Бк).

**Результаты и их обсуждение.** *Исследуемая группа СД:*30 человек, среднее значение КПУ = 16,2. *Контрольная группа СДк:*30 человек, среднее значение КПУ = 7,5. В группах СД и СДк значения показателей у мужчин и женщин не имели принципиальных особенностей: как среди одних, так и среди других были и относительно высокие, и относительно низкие показатели. Поэтому данные группы не были разбиты на подгруппы по половому признаку. К тому же и по другим признакам также не было отличительных показателей, отчего ни в одной группе не были выделены какие-либо подгруппы. Однако количество женщин и мужчин в группах СД и СДк совпадало. Такой подбор преследовал цель максимально точного и объективного исследования, несмотря на то, что особых различий выявлено и не было.

*Исследуемая группа Б:*30 женщин, среднее значение КПУ = 14,6.

*Контрольная группа Бк:*30 женщин аналогичного возраста, среднее значение КПУ = 7,1. За время прохождения практики мы наблюдали как пациента с сахарным диабетом, так и беременную пациентку. Можно с уверенностью сказать, что как в одном, так и в другом случае уровень гигиены полости рта был удовлетворительным. Однако в обоих случаях показатель КПУ был чрезвычайно высок (даже выше средних значений, полученных в данном исследовании).

**Выводы.** Средние значения КПУ исследуемых групп оказались в два раза выше средних значений соответствующих контрольных групп. Да, возможно здесь имела место погрешность из-за взятия относительно небольших групп (относительно общего количества принятых пациентов в ГАУЗ КСП г. Чита). Однако настолько большая разница средних значений между контрольными и исследуемыми группами не может быть результатом погрешности, потому что погрешность не может быть настолько большой (средние значения исследуемых групп были в два раза выше средних значений соответствующих контрольных групп).

Таким образом, можно с уверенностью сделать вывод: интенсивность кариеса резко возрастает в связи с общим состоянием организма беременных пациенток и у пациентов, страдающих сахарным диабетом.

**ТАБАКОКУРЕНИЕ НА ПУТИ СТАНОВЛЕНИЯ МОЛОДОГО ВРАЧА**

Ширяев К.В., Кузнецов В.А.

Научные руководители: к.м.н. Кукушкина Е.А., доц. Кукушкин В.Л.

**Актуальность.** Известно, что в студенческие годы возникает немало вредных привычек. К ним можно отнести нерациональный режим труда и отдыха в течение дня, нерегулярное питание. Но наиболее вредными являются курение и злоупотребление спиртными напитками. Эти привычки могут незамет­но перерасти в порок, способный испортить жизнь человека. Студенты- стоматологи получают наиболее полную информацию об отрицательных последствиях табакокурения уже с первого года обучения в ВУЗе, но влияет ли это на их образ жизни, представления о том, каким должен быть врач?

**Цель.** Выявить отношение студентов стоматологического факультета Читинской ГМА к потреблению табачных изделий.

**Задачи исследования:**

1) Выявить факторы, влияющие на приобретение этой привычки.

2) Определить осведомленность молодежи о вреде здоровью.

3) Выяснить стимулы к прекращению потребления табачных изделий.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения поставленной цели нами была разработана анкета, содержащая 21 вопрос, и проведено анонимное анкетирование 119 студентов 3-5 курсов стоматологического факультета Читинской ГМА.

**Результаты и их обсуждение.** Из числа опрошенных  28% составили лица мужского пола; 72% - женского. Возрастной состав опрошенных 19 – 28 лет. Из них 83% хотя бы один раз в жизни пробовали курить.

Опрос показал, что только 13% опрошенных студентов курят. Остальные 87% ответили на вопрос о своем курении отрицательно. Это позволяет сделать заключение о хорошей информированности молодежи о вреде табака, возможно о «моде» на некурящих, и ориентированности на здоровый образ жизни (СОЖ). Наибольший процент курящих выявлен среди юношей (72%), девушек –курильщиц намного меньше - 28%.

Не выявлено четкой зависимости числа лиц с этой привычкой от срока обучения в ВУЗе (3-й курс - 7%, 4-й - 14% , 5-й - 14%). Начали курить после поступления в ВУЗ 19%.

Из числа курящих изъявили желание бросить курить 82%, что свидетель ствует о высокой готовности отказаться о вредной привычки. Но 18% курящих респондентов ответили, что пока не готовы бросить курить.

Опрос установил, что 48% курящих имеют стаж курения до 5 лет; от 5 до 10 лет – стаж у 16% опрошенных.

На вопрос, пытались ли опрошенные бросить курить, были получены следующие ответы: 63% бросали на некоторое время; 19% не пытались бросить; 18% безуспешно пытались бросить курить.

По мнению респондентов, студенты начинают курить из-за влияния социума, таковых 46%. Вторая причина (13% ) - что студент начинает курить из-за возникших трудностей в процессе учебы, желание уйти от проблем посредством выкуренной сигареты. И всего 5% опрошенных склонны считать, что курить начинают без видимых причин.

На вопрос «Считаете ли Вы, что доступность (дешевизна) сигарет способствует появлению курильщиков?», 52% сказали «нет», 41% думают, что легкодоступность сигарет напрямую ведет к сигаретной зависимости. 7% затруднились с ответом.

По мнению опрошенных, курение населения выгодно для табачных компании 57%, 17% считают, что выгоду от этой пагубной привычки извлекает государство, 26% видят в курении свои интерес.

Вызвал удивление ответ на вопрос «Имеет ли врач право курить?» Положительно ответили 37% (из них 72% курящих, 28% некурящих), студенты мотивировали свою точку зрения личным правом человека на свободный выбор.

Последний вопрос анкеты касался понимания студентами термина «Здоровый образ жизни». Подавляющее большинство вкладывает в ЗОЖ такие составляющие, как отказ от вредных привычек, занятие спортом, здоровое питание. И только в единичных случаях встречались упоминания о духовной компоненте здоровья, контроле над собственными эмоциями, важности самореализации личности через достижение поставленных целей.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

**СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГОВ**

Богомягкова Т.С., Жаргалова Б.Б., Курихина К.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Сандакова Д.Ц.

**Актуальность.** Прохождение производственной практики является очень важным этапом в обучении студента, позволяющим углублять и расширять теоретические знания, применять их в конкретных клинических ситуациях и, самое главное, закреплять мануальные навыки, получаемые во время учёбы, и которыми обучаемый должен владеть при окончании медицинского ВУЗа. Работа с пациентами формирует у студентов не только готовность к самостоятельной работе, принятие ответственных решений в рамках профессиональной компетенции, но и способствует выработке способности научного анализа медицинских и социально значимых проблем, владение навыков коммуникотивности, аргументации и дискуссии. Рабочая программа производственной практики "Помощник врача-стоматолога (терапевта)" является частью основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.05.03 Стоматология в соответствии с ФГОС ВО.

**Цель работы.** Провести анализ результатов работы студентов,проходивших произ-водственную практику «Помощник врача-стоматолога (терапевта)» и оценить эффектив-ность прохождения практики.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленных задач нами былпроведён ретроспективный анализ 45 дневников по производственной практике студентов 4 курса, проходивших практику «Помощник врача-стоматолога (терапевта)» в 2017году, про-анализированы журнал ежедневного учета работы студента, сводный отчет о проделанной работе, а также учебно-исследовательская работа. Проведено анкетирование 40 студентов, прошедших производственную практику.

**Результаты исследования.** По данным анализа дневников по практике было отмечено их правильное и грамотное оформление, в соответствии с требуемыми образцами, у 93% студентов (42 дневника). За период прохождения практики всего принято больных – 1122 человека, из них санировано – 324 человека. Было проведено лечение пациентов с кариесом– 567 человек, что составляет 25 человек на 1 студента. Эндодонтическое лечение по поводу пульпита проведено у 195 человек и соответственно на 1 студента приходится 4 случая приема, периодонтитом– 143 (3,1 случая). Среднее количество принятых пациентов в день составило 94 человека, что в расчете на 1 студента равняется 2 принятым пациентам. Результаты анализа дневников практики также выявили преувеличенные результаты по приему пациентов с осложнениями кариеса. В проведенном анкетировании, среди студентов 4 курса, приняло участие 40 человек. В стоматологических клиниках города Читы проходило практику – 23 человека (57,5%), в районе – 17 человек (42,5%). По данным анкетирования установлено, что отделения терапевтического профиля имелись на всех базах практики, хотя не всем студентам предоставляли возможность самостоятельного приема пациентов (27,5%-11человек). Большинство интервьюируемых отметили достаточное внимание и помощь со стороны кураторов баз практики (90%), хотя удовлетворенность материально-технической базой составила 70% (28 человек). Все 40 студентов оценили свой уровень теоретических знаний, как «достаточный».

**Вывод.** Резюмируя данные анализа медицинской документации и результатов анкетирования мы сделали следующие выводы.

* Все лечебные учреждения города Читы, Забайкальского края, а также других регионов имеют базы, позволяющие проводить терапевтическую стоматологическую помощь пациентам.
* Материально-техническое обеспечение баз, находящихся в районах Забайкальского края и других регионов, требует более лучшего оснащения, в плане обеспеченности стоматологическими установками и расходными материалами.
* Необходимый перечень мануальных навыков по практике выполнен студентами в полном объеме.
* Данные анализа медицинской документации (форма 37\у,039-2\у-88) указывают на преувеличение студентами количественных показателей работы.

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ИРРИГАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА**

**ОТ АПИКАЛЬНОГО РАЗМЕРА**

Иванова М.С., Васильева Е.В.

Научные руководители: асс. Лхасаранова И.Б., к.м.н. Мищенко М.Н.

**Актуальность.** Сегодня эндодонтия располагает обширными сведениями о строениисистемы корневых каналов. Известно, что в подавляющем большинстве корневые каналы имеют неправильную форму, различный диаметр, многочисленные латеральные каналы, ана-стомозы и перешейки, наличие дельты в апикальной части, образование не одного, а не-скольких апикальных отверстий и т.д. В связи с этим, становится очевидным, что такую сложную систему не представляется возможным очистить только механическим способом. Современное эндодонтическое лечение зубов должно проводиться с обязательным примене-нием антисептических растворов для основательной дезинфекции системы корневых каналов зуба, а также во избежание повторной реинфекции. Известно, что одним из важнейших эта-пов эндодонтического лечения, оказывающих существенное влияние на его прогноз, являет-ся медикаментозная обработка системы корневых каналов.

Водный раствор гипохлорита обладает выраженным бактерицидным активностью и сильным окислительным действием. Гипохлорит натрия - это главный ирригант в эндодон-тическом лечении.

**Цель.** Определить качество медикаментозной обработки корневого канала в зависи-мости от апикального размера и количества ирригационного раствора.

**Материалы и методы.** Для исследования были взяты40удаленных интактных зубов поделенных на 4 группы. Была проведена трепанация коронки, вскрытие, раскрытие по-лости зуба, ампутация и экстирпация пульпы, проведение инструментальной обработки корневых каналов ProTaper до инструмента F2.04 в первой группе и во второй группе инстру-ментальная обработка ручными файлами до 40.02 по ISO. Ирригация корневых каналов про-водилась 3% раствором гипохлорита натрия (Гипохлоран, фирма Омега) количеством 5 и 10 мл на канал после его формирования в течение 5 минут, отступая на 2 мм от рабочей длины канала. Окрашивание удаленных зубов после инструментальной обработки и проведения ир-ригации корневых каналов фуксином, после этого проводились вертикальные распилы.

**Результаты и их обсуждение.** При исследовании было выявлено,что в группе зубовобработанных до инструмента F2.04 с ирригацией 10 мл раствора гипохлорита натрия в 80% не было окрашивания, а при 5 мл раствора не было окрашивания в 55%. При исследовании в группе зубов обработанных до инструмента 40.02 по ISO 10 мл раствора гипохлорита натрия было окрашивание в 60%, а при 5 мл раствора окрашивание было в 90%.

**Выводы.** В результате исследования в корневых каналах при апикальном размереF2.04 и 10 мл раствора было выявлено лучшее качество ирригации.

**Рекомендации.** Для качественной ирригации корневых каналов нужно расширятьапикальную часть канала до F2.04, использовать 10 мл раствора гипохлорита натрия и осу-ществлять выведение ирригационного раствора непосредственно в апикальной области.

**ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК НА СОСТОЯНИЕ**

**СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Оруджова Г.С., Новикова Л.С., Бищак А.В.

Научный руководитель: Мишко М.Ю.

**Цель работы**.Выявить характерные изменения слизистой оболочки полости рта прихронических заболеваниях почек и оценить роль врача-стоматолога в диагностике, лечении и комплексной реабилитации пациентов с заболеваниями почек.

**Материалы и методы.** Обследовано30пациентов с заболеваниями почек(среднийвозраст 50,2±15,9 лет). Контрольную группу составили 15 здоровых лиц (52,6±14,1 лет). Об-следование включало в себя анамнестические и общеклинические данные: исследование уровня креатинина, стоматологическое обследование с подсчетом зубной формулы, опреде-ление pH, скорости саливации и вязкости слюны. Расчетная скорость клубочковой фильтра-ции (СКФ) определялась по формуле Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI), рН слюны определяли с помощью индикаторных pH тест-полосок, скорость са-ливации определяли по формуле: СС = V/Tv (V − объем выделенной слюны в мл, Tv − время сбора слюны в мин.), определение вязкости слюны проводили по формуле: V = T1/T2 (Т1 − время вискозиметрии слюны, Т2 − время вискозиметрии воды). Пациенты были распределе-ны на группы согласно полу, возрасту и нозологическим единицам: хронический пиелонеф-рит (ХП), хронический гломерулонефрит (ХГ), мочекаменная болезнь (МКБ), нефропатия при сахарном диабете. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 10,0. При сравнении групп использовался критерий Ман-на-Уитни (Z), различия считали значимыми при р<0,05.

**Результаты.** При осмотре слизистой оболочки полости рта(СОПР)в группе пациен-тов с ХП выявлены сухость полости рта, налет и трещины на языке, геморрагические высы-пания на твердом небе, кровоточивость десен, налет темно-коричневого цвета у шеек зубов, высокая интенсивность кариеса 85,6%. Для пациентов с ХГ характерными были бледность и отечность слизистой оболочки ротовой полости и языка, с отпечатками зубов по краям, так-же высокая распространенность (78,6%), но глубина процесса менее выражена. Распространенность кариеса увеличивалась при снижении СКФ (86,4% при ХБП IV-V стадии). Скорость секреции нестимулированной смешанной слюны в группе больных ХП и ХГ была снижена − 0,27±0,15 мл/мин и 0,24±0,06 соответственно (p<0,05), в группе больных с ДН отмечалось повышение скорости саливации (0,68±0,16 мл/мин., p<0,05), у пациентов с МКБ данный показатель был в норме (0,50±0,02 мл/мин.). Наблюдалось заметное снижение скорости саливации у пациентов со СКФ менее 30 мл/мин (в группе больных с ХБП IV стадии − 0,28±0,11 мл/мин, ХБП V – 0,20±0,10 мл/мин). Выявлено увеличение вязкости слюны у больных ХП и ХГ (1,96±0,33 отн. ед., p=0,02 и 1,8±0,53 отн. ед., p=0,01 соответственно). При анализе вязкости слюны у пациентов с ДН отмечалось ее снижение (3,07±0,04 отн. ед., p=0,04), значения данного показателя в группе больных МКБ соответствовали норме (2,20±0,08 отн. ед.). С ухудшением фильтрационной функции почек наблюдалось увеличение вязкости слюны с достижением максимального значения в группе больных с СКФ менее 30 мл/мин. (ХБП IV-V стадии, p<0,05). Установлена отрицательная корелляционная взаимо-связь между вязкостью слюны и скоростью ее выделения (r=-0,5). У больных ХП отмечалось смещение pH слюны в кислую сторону (5,78±0,61, p<0,05), тогда как в группе больных ХГ отмечено незначительное повышение значений pH (7,5±1,2, p<0,05).

**Выводы.** 1.Установлены характерные изменения СОПР при заболеваниях мочевыделительной системы. 2. Анализ физико-химических свойств слюны показал, что с увеличением вязкости снижается количество ее выделения, выявлены характерные изменения pH слюнной жидкости при разных формах патологии почек. 3. Полученные данные свидетельствует об актуальности изучения влияния хронических заболеваний почек на СОПР и твердые ткани зубов, а также указывают на важность роли врача-стоматолога в комплексной реабилитации больных.

**4. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ**

**ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

**ПОКАЗАТЕЛИ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НЕДОРАЗВИТИЕМ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ**

Аршинский А.А., Пермяков О.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Попова Е.С.

Высокая распространенности зубочелюстных аномалий у детей в период временного прикуса, диктует необходимость более детального исследования данного вопроса с учетом региона проживания. По литературным данным, основным этиологическим фактором зубочелюстных аномалий во втором периоде развития является задержка физиологической стираемости клыков и функциональные нарушении. При этом ребенок пытается сомкнуть зубные ряды путем смещения нижней челюсти в удобном для окклюзии положении. Задержка физиологической стираемости режущих краев временных клыков диагностируется от 54 до 82% случаев. Высокий удельный вес занимают и аномалии отдельных зубов и зубных ря-дов 18,7%- 23,3%. Отсутствие трем и диастем во втором периоде развития временного прикуса, по данным литературы варьирует от 46 до 76%, что указывает на недоразвитие челюстных костей. На сегодняшний день, в доступной нам литературе, мы не обнаружили данных о состоянии микроциркуляции у детей с недоразвитием челюстных костей во втором периоде развития зубочелстной системы. В нашей работе с помощью метода лазерной допплеровской флоуметрии мы оценили состояние тканей пародонта у детей дошкольного возраста с недоразвитиемчелюстных костей.

**Цель работы**.Оценить изменения показателей ЛДФ-граммы в зависимости от степени недоразвития челюстных костей.

**Материалы и методы.** Нами обследовано18детей в возрасте5 - 6лет с недоразвитием челюстных костей, отсутствием трем и диастем и тортоаномалийным положением молоч-ых резцов и 18 детей с физиологической нормой прикуса, соответствующей данному периоду.

Проведены антропометрические измерения по методу Долгополовой З.И., ортопантомограммы зубов, клиническое ортодонтическое исследование, исследование показателей микроциркуляции на аппарате ЛАЗМА МЦ-3 по методике В.В. Сидорова, А.И. Крупаткина.

**Результаты.** Сопоставление показателей микроциркуляции в тканях пародонта,у детей с физиологической нормой прикуса и соответствующими параметрами, полученными в группе детей с недоразвитием челюстных костей, выявили изменения показателей кровоснабжения в группах детей с зубочелюстными аномалиями в альвеолярной и маргинальной зоне десны. Полученные результаты исследования установили связь между антропометрическими показателями и показателями лазерной допплеровской флоуметрии.

**Заключение.** Полученные результаты исследования выявили изменения показателеймикроциркуляции у детей с зубочелюстными аномалиями в возрасте 5-6 лет. Полученные данные указывают на необходимость проведения диспансеризации детей в возрасте 5-6 лет, с целью устранения факторов развития зубочелюстных аномалий, которые бы включали в себя

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛОР-ПАТОЛОГИИ И РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ АНОМАЛИИ У**

**ПОДРОСТКОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.**

**РОЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА**

Батомункуев Б.Б., Даширабданова У.Ц., Доржиева Б.Б.

Научный руководитель: к.м.н. Петрова А.М., Пляскина Е.С.

Зубочелюстно-лицевые аномалии достаточно актуальная проблема в наше время, согласно данным отечественной и зарубежной литературы, их распространенность колеблется от 40 до 89%. Достаточно большой процент составляют нарушения дыхания. На практике выявление начальных признаков деформации верхней челюсти представляет определенную сложность, т.к. детские стоматологи не всегда умеют диагностировать факторы риска, признаки ортодонтических аномалий, а к ортодонту ребенок зачастую попадает на приём уже со сформированной патологией. Поэтому мы предлагаем ввести в ежедневную практику детского врача-стоматолога протокол консультации для раннего выявления признаков формирующейся зубочелюстной аномалии и мотивирования детей и их родителей к лечению.

**Цель работы.** Оценка влияния ротового дыхания у детей города Чита и Забайкальского края на вертикальные и трансверзальные параметры верхней челюсти и создание протокола консультации для детских врачей-стоматологов.

**Материалы и методы.** Принято на ортодонтическое лечение25пациентов с зубочелюстными аномалиями в возрасте от 13 до 18 лет. В соответствии с целью исследования были сформированы две группы: у 12 пациентов (группа I) был диагностирован ротовой тип дыхания, вследствие заболеваний ЛОР-органов, у 13 пациентов (группа II) патология ЛОР – органов не отмечалась. Обследование включало в себя осмотр полости рта, регистрацию полученных данных, снятие оттисков, определение вида прикуса, анализ диагностических моделей челюстей.

**Результаты.** При определении ширины зубных рядов в точках Пона по методу Линдер-Харт мы выявили следующее: в группе I был получен средний показатель сужения верх-него зубного ряда в области первых постоянных моляров на 4,32 мм, а между первыми постоянными премолярами на 3,9 мм. В группе II средний показатель сужения верхней челюсти в области первых постоянных моляров равен 2,5 мм, а между первыми постоянными премолярами 1,84 мм. При оценке длины фронтального отдела верхнего зубного ряда в группе I отмечалось удлинение на 1,5 мм, а в группе II длина фронтального отдела в норме. Исследование глубины нёба по Коркхаузу в группе I составило 48,3%, что свидетельствует об углублении нёба на 6,3%, в группе II - 42,7%. В норме этот показатель равен 42%.

**Заключение.** Анализ полученных линейных параметров размеров верхней челюсти иданные анамнеза пациентов демонстрируют негативное влияние заболеваний ЛОР-органов на развитие зубочелюстно-лицевой системы. Выявлено увеличение значений параметров, причем, чем продолжительнее действие этиологического фактора (нарушение носового дыхания), тем более выражены изменения. Поэтому важна ранняя диагностика ортодонтической патологии у детей, находящихся на лечении у детских врачей-стоматологов. Именно врач-стоматолог детский выявляет аномалию, обращает на неё внимание родителей, рассказывает и мотивирует к её устранению и должен делать это как можно раньше. В ситуациях, когда детский стоматолог «не видит» аномалию, а ортодонт рекомендует «подождать» и прийти на прием «попозже», аномалия продолжает развиваться. Таким образом, предложенный нами протокол консультации для детских врачей-стоматологов поможет доступно презентовать объем знаний в виде обоснованных и логичных причинно-следственных связей для пациентов и их родителей, а также максимально скоординировать работу между различными специалистами.

**ИЗМЕНЕНИЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО РАВНОВЕСИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ЯБЛОЧНОГО СОКА.**

Кокарева О.А., Потапова И.В.

Научный руководитель: Дежкина И.В., Фатьянова Л.А.

Одной из актуальных проблем в стоматологии остается кариес зубов, который напрямую зависит от кислотно-основного равновесия полости рта. Исследования рН ротовой жидкости проводятся различными методами. Мы в своей работе решили сравнить два метода, наиболее часто используемых для определения рН ротовой жидкости, сравнить показатели и выявить наиболее достоверный метод.

**Цель работы.** Сравнить результаты рН ротовой жидкости в норме и при употреблении яблочного сока: экспресс-методом и с помощью рН-метра.

**Материалы и методы.** Использовали3вида наиболее популярных яблочных соков:«Я», «Мой» и «Фруто-няня». Исследование проводилось у 3-х групп студентов стоматологического факультета по 10 человек в каждой, которым измеряли рН ротовой жидкости универсальными индикаторными полосками рН 0-12 «Erba mannhelm» и 3-х групп студентов педиатрического факультета по 10 человек, где исследование ротовой жидкости проводили в биохимической лаборатории ЧГМА с помощью аппарата «713 рН Meter». Сбор ротовой жидкости проводили утром, между 10 и 11 часами, на голодный желудок. Последним этапом определяли водородный показатель ротовой жидкости после употребления 100мл яблочного сока различных марок и спустя 10 минут. Также определяли рН каждого вида яблочного сока: рН «Мой» и «Я» составляет 3 моль/л, «Фруто-няня» 4 моль/л.

**Результаты.** При исследовании экспресс методом(универсальной индикаторной полоской), рН ротовой жидкости до употребления сока во все трех группах показала ярко выраженную кислую реакцию ротовой жидкости (5,5; 6,1; 5,6), что говорит о кариесогенном состоянии полости рта. После употребления сока рН ротовой жидкости сместилась в сторону щелочного резерва (6,5; 6,9; 7,3) что не соответствует литературным данным, т.к рН яблочного сока имеет сильно кислую реакцию. Через 10 минут водородный показатель возвращается к исходному состоянию, слабокислому рН. Значение рН на рН- метре (потенциометрическим методом) в норме на голодный желудок показало слабощелочную реакцию, в пределах 7,3 моль/л, (по данным Боровского Е.В. этот показатель составляет 6,5-7,5). После употребления соков кислотно-основное равновесие сместилось в слабокислую сторону (5,8; 6,0; 6,53). Причем наибольшее смещение в кислую сторону от первоначального значения рН произошло при приеме сока «Мой» (5,8). При приеме детского сока «Фруто-няня» сдвиг рН кислую сторону был в меньшей степени (6,53). Через 10 минут рН ротовой жидкости восстановилась почти до первоначального значения и составила 7,19 моль/л.

**Вывод.** При употреблении сока рН ротовой жидкости смещается в слабокислую сторону при измерении на рН-метре, а при измерении индикаторной бумагой, в щелочную, что не является достоверным результатом. Следовательно, данную индикаторную бумагу «Erba mannhelm» нельзя использовать для истинного определения рН ротовой жидкости. Потенциометрический метод определения водородного показателя любой биологической жидкости является достоверным. Употреблять яблочный сок рекомендовано через трубочку, чтобы защитить зубную эмаль от негативного воздействия яблочной кислоты. Из трех наиболее популярных яблочных соков, лучше употреблять для детского питания сок «Фруто-няня», т.к. смещение рН в кислую сторону было в меньшей степени.

**СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.**

Оруджова Г.С., Новикова Л.С, Чимитдоржиев Б.М., Бальжинимаева Н.Б.

Научный руководитель: Джафарова С.М.

**Актуальность.** Одной из острых и актуальных проблем, представляющих угрозу состоянию здоровья детского населения России, является увеличение количества детей с врождённой патологией. По данным МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ, частота врожденных расщелин лица составляет в среднем 1:1000 новорожденных, однако по разным географическим регионам она может варьировать от 1:2250 до 1:300 новорожденных. В среднем по России частота рождаемости детей с расщелиной губы и нёба составляет 1:600 - 1:500 новорождённых. Высокая распространенность врожденных расщелин верхней губы и неба отмечается в Забайкальском крае. Так в городе Чита каждый год рождается один ребенок с врожденными пороками на 600 детей, с населением 250 тысяч.

**Цель работы**.Изучить структуру и распространенность врожденной патологии челюстно-лицевой области у детей Забайкальского края.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы данные,полученные из выписного эпикриза 180 детей с врожденной расщелиной верхней и нижней губы 2000 - 2016 год рождения, находящихся на реконструктивно-восстановительных операциях в ГУЗ КДКБ за период с 2015-2017 гг. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета Microsoft Excel. Анализ проводился с учетом следующих критерий: район проживания, пол ребенка, структура заболеваемости, год рождения, беременность и роды, инвалидизация детей.

**Результаты исследования.** В Центральном районе города Чита наибольшее количество детей с врожденной расщелиной верхней и нижней губы - 31,1%, в Краснокаменском, Агинском и Чернышевском районах 19,4%. При исследовании структуры врожденной патологии ЧЛО, была установлена следующая динамика: расщелина неба у 42,2%, рубцовая деформация концевого отдела носа и верхней губы – 18,3%, полная сквозная комбинированная левосторонняя расщелина верхней губы – 19,4% полная сквозная комбинированная левосторонняя расщелина верхней губы, нёба – 15%. По полу наиболее подвержены к возникновению челюстно-лицевой патологии мальчики – 54,4% , а девочек – 45,6%. Наибольшее количество детей с патологией встречается с 2011 по 2016 года, а наименьшее в 2000 и 2001 годах.

Нам представилась возможность провести сравнительную характеристику кратности беременности, которая завершилась рождением детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Также при исследовании выявлено, что большинство женщин, которые родили детей с патологией челюстно-лицевой области достигли возраста 40 лет. Из 180 детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, у 78,3 % выявлена сочетанная аномалия других органов, им была присвоена группа инвалидности.

**Выводы:** В связи с ростом и высокой распространенностью врожденных патологийчелюстно-лицевой области у детей в Забайкальском крае относительно средних Российских показателей, необходимо разработать региональную программу профилактических мероприятий совместно с врачами смежных специальностей.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ НА**

**ДЕТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ**

Ранжурова М.В., Арутюнян Н.Л., Дамбаев Б.М.

Научные руководители: к.м.н. Петрова А.М., Пронин М.Ю.

**Актуальность.** Безболезненное лечение – основа любой стоматологической практики и у детей в особенности. Вследствие определенных морфологических особенностей «молочных» зубов, незрелости центральной нервной системы, особенностей психоэмоционального состояния у детей, необходимо применение анестезии на детском приеме. От этого зависит качество и скорость выполнения любого лечения у детей. На данный момент не все врачи применяют местные анестетики. Актуальной проблемой остается также незнание врачей об осложнениях местной анестезии и резорбтивных эффектах анестетиков.

**Цель работы:** определение уровня знаний врачей стоматологов по применению местных анестетиков у детей.

**Задачи:**

1. Выявить количество врачей, использующих анестезию на детском стоматологическом приеме;
2. Определить знания врачей стоматологов о возможных осложнениях при и после проведения анестезии у детей;
3. Выявить оснащенность инструментарием, позволяющим проводить анестезию и аспирационную пробу в стоматологических клиниках.

**Материалы и методы:** проведено анкетирование врачей общей практики и детскихстоматологов г. Читы и населенных пунктов Забайкальского края.

**Результаты:** входе данного исследования было опрошено 86 врачей стоматологов общей практи-ки и детских стоматологов. Из данных анкет выяснено, что большинство врачей (85) исполь-зуют на детском приеме местные анестетики. Для постановки анестезии детям, в том числе и младше 4-х лет, 33 врача применяют артикаин, 24 – убистезин, 22 – лидокаин, 4 – септанест 2 – скандонест. Аппликационную анестезию проводят 62 врача, наиболее часто применяется гель «Lidoxor». Все врачи знают о концентрации вазоконстриктора в анестетике (1:200000– 84 врача, 1:400000 – 2 врача). Аннотацию к местным анестетикам изучали всего 18 врачей. Об аспирационной пробе знают все врачи, но проводят ее лишь 16, хотя конструкция шприца позволяет проводить ее 56 врачам. О резорбтивных эффектах местных анестетиков знают 29 врачей, но перечислили их только трое. Все врачи используют одну карпулу или ампулу с анестетиком на одного пациента.

**Вывод.** Таким образом, можно сделать вывод о том, что практически все врачи на детском приеме используют местные анестетики, но с вазоконстриктором используют не все врачи. Всего лишь 21% врачей изучали аннотации к анестетикам. Аспирационную пробу проводит только часть опрошенных (18 %). К сожалению меньше половины врачей (33,7%) знают о резорбтивных эффектах местных анестетиков. Все вышесказанное говорит о среднем уровне знания врачей стоматологов по применению местных анестетиков у детей.

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ**

**НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ.**

Совпель Ю.К., Бищак А.В., Мальцев Р.В., Долинин А.С.

Научный руководитель: Дежкина И.В., Петрова А.М., Соколова О.В.

Организация детского стоматологического приема сталкивается с рядом трудностей, связанных с поведением детей и их родителей. Для достижения успеха врач-стоматолог должен владеть различными технологиями управления поведением детей в ходе проведения каждой стоматологической манипуляции. Значительное число детей оказываются не готовыми к сотрудничеству со стоматологом, что делает стоматологическое лечение крайне затруднительным.

**Цель работы.** Выявить психологические особенности детей разного возраста на стоматологическом приёме. Разработать рекомендации для обеспечения успешного стоматологического лечения детей с различной степенью готовности к сотрудничеству с врачом.

**Материалы и методы исследования**.Основным методом исследования был анонимный опрос родителей с помощью стандартизированной анкеты, включающей 16 вопросов. Вопросы касались возраста и пола ребёнка, кратности посещения врача стоматолога, необходимости лечения молочных зубов, ранней психологической подготовки ребёнка перед приёмом, личного опыта родителей. Опрос родителей проводился в государственных стоматологических поликлиниках города Читы. В анкетировании участвовали 226 человек.

**Результаты исследования**.В опросе принимали родители детей разных возрастныхгрупп от 1 года до 18 лет. В ходе опроса выявлено, что частое посещение врача стоматолога, в большинстве случаев, не с профилактической целью, а по необходимости. Проанализировав ответы родителей, по поводу личного опыта посещения стоматолога выяснилось, что подавляющее большинство опрашиваемых указало опыт как «положительный». Высокая распространенность кариеса в группах анкетируемых обосновывается тем, что 38% опрошенных родителей не проводят гигиенических процедуры (чистку зубов) детям раннего возраста (до 2 лет), а в 9% случаев начинают прививать навык детям - с пяти лет. Необходимо отметить, что поощрения ребенка в виде обещания купить подарок (23%), похвала (65%) способствуют более успешному лечению зубов. Перед первым приемом и при наличии отрицательного опыта у ребенка, рекомендуется психологическая подготовка перед походом к врачу. Проведя анализ анкет, нами совместно с медицинскими психологами разработаны рекомендации для начинающих врачей, а также родителей (детей) на стоматологическом приеме.

**Вывод.** В результате исследования выявлены различные психологические особенности детей разного возраста. Для улучшения установления контакта ребенок-врач-родитель в процессе лечения детей на стоматологическом приеме разработаны рекомендации по поводу внешнего вида врача, тона общения с ребенком, тактильной регуляции, аудиального восприятия, дизайна стоматологического кабинета.