

**ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ  
АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ**

# **ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ  
РЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ  
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ**

**г. Чита, 19 мая 2023 г.**

**ЧИТА - 2023**

**ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ  
АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ**

# **ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ  
РЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ  
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ  
г. Чита, 18-19 мая 2023 г.**

**ЧИТА-2023**

**УДК 616.31 (08)**

**ББК 56.6**

**Т11**

**Т11** Теория и практика современной стоматологии [Электронный ресурс]: Сборник научных трудов Региональной научно-практической конференции врачей стоматологов и челюстно-лицевых хирургов/ Под редакцией профессора Пинелиса И.С.; Читинская государственная медицинская академия, 18-19 мая 2023 г. - Электрон. текстовые дан.- Чита: РИЦ ЧГМА, 2023.- 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).- Мин. систем. требования: IBM PS 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows 7, 8, 10, XP; AdobeReader

**ISBN 978-5-904934-52-1**

В настоящий сборник включены материалы научных работ, выполненных сотрудниками Читинской государственной медицинской академии и стоматологами Забайкальского края, Республики Саха (Якутия), Хабаровского и Красноярского краев, г. Иркутска, г. Санкт-Петербурга и др. В работах представлены актуальные проблемы стоматологии, а также перспективы их решения. Издание представляет интерес для студентов стоматологических факультетов, стоматологов и врачей смежных специальностей.

### **Ответственные за выпуск:**

Декан стоматологического факультета ФГБОУ ВО ЧГМА д.м.н., профессор **Н.А. Мирманова;**

Президент стоматологической Ассоциации стоматологов Забайкалья к.м.н., главный внештатный специалист стоматолог Забайкальского края, главный врач ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника», Заслуженный врач РФ

**И.Н. Попова;**

Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., профессор **Ю.Л. Писаревский;**

Заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ЧГМА д.м.н., доцент **Ю.И. Пинелис;**

Профессор кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО ЧГМА д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ **И.С. Пинелис;**

Заместитель главного врача по организационно-методической работе ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» **В.К. Афанасьева**



**ПОСВЯЩАЕТСЯ**

**70-летию**

**Читинской государственной  
медицинской академии**

**65-летию**

**образования  
стоматологического  
факультета**



## СОДЕРЖАНИЕ

Приветствие участникам конференции.....	8
Поздравление юбиляров (2022-2023 гг.).....	11
<b>ИСТОРИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА И ПРОФИЛЬНЫХ КАФЕДР ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ</b>	
Пинелис И.С., Мироманова Н.А., Кузнецов И.А. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКУЛЬТЕТУ ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ - 65 ЛЕТ.....	13
Пинелис И.С. ВETERАНЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ - ОСНОВАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ЧИТИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА (К 65-летию стоматологического факультета ЧГМА.....	24
Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЧИТИНСКОЙ ГМА.....	30
Пинелис И.С., Пинелис Ю.И. ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	34
Писаревский Ю.Л. ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ФГБОУ ВО ЧГМА.....	43
Петрова А.М., Малезик М.С., Пронин М.Ю., Шнитова И.В. ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.....	46
Смирницкая М.В., Зобнин В.В., Доманова Е.Т. ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ СТОМАТОЛОГИИ ФАКУЛЬТЕТА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ФГБОУ ВО ЧГМА.....	52
Шаповалов А.Г., Брянская М.Н. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКИ ФГБОУ ВО ЧГМА МИНЗДРАВА РОССИИ.....	59
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ</b>	
Попова И.Н., Афанасьева В.К. ИТОГИ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 2022 ГОД.....	69
Бондаренко Л.В., Тармаева С.В., Лучшева Л.Ф., Рыбак О.Г. УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ.....	78
Дамдинжапова Д.С., Найданова И.С. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПОМОЩЬЮ СПЛИНТ-ТЕРАПИИ И БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ.....	83
Добролюбов М.А., Кузнецов И. А., Смирницкая М.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В ЧАСТНОЙ И В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИКАХ.....	86

Доманова Е.Т., Зобнин В.В., Смирницкая М.В. ВЛИЯНИЕ АУТОАНТИТЕЛ НА ПАТОГЕНЕЗ ПАРОДОНТИТА И ГИНГИВИТА .....	93
Гребнев Г.А., Бондарева А.М., Гук В.А., Иванова А.К., Соколова М.О. НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОМОЩЬЮ СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ.....	100
Клюшников О.В., Подкорытов Ю.М., Газинский В.В. ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	104
Клюшников О.В., Подкорытов Ю.М., Кравцов А.А. АДГЕЗИВНАЯ ПРОЧНОСТЬ СРЕДСТВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ.....	108
Клюшников О.В., Подкорытов Ю.М., Никитин О.Н. НАРУШЕНИЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ.....	115
Клюшникова М.О., Клюшников О.В., Клюшникова О.Н. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.....	120
Клюшникова О.Н., Клюшников О.В., Клюшникова М.О. СРОКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРИОДОНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕЛИЙ НЕОНОВОГО ЛАЗЕРА.....	125
Кожевникова А. С. ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НИЖНЕГО МОЛЯРА С С-ШЕЙП КОНФИГУРАЦИЕЙ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.....	132
Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В., Кукушкина Е.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОМЕТРИЯ МОЛЯРОВ ИБЕЗОПАСНАЯ ЭНДОДОНТИЯ.....	134
Малежик М.С., Мукуфа А.С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНЫХ И СЪЕМНЫХ АППАРАТОВ.....	139
Малежик М.С., Шнитова И.В., Хоменок Е.А. СЕДАЦИЯ ЗАКИСЬЮ АЗОТА НА ДЕТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.....	146
Найданова И.С., Писаревский Ю.Л. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	152
Петрова А.М., Малежик М.С., Шнитова И.В. КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ.....	159

Петрова А.М., Малезик М.С., Шнитова И.В., Кордюк М.Ю. ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ).....	164
Пинелис И.С. ОСНОВЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ЧЛО).....	169
Пинелис Ю.И. ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.....	180
Сандакова Д.Ц., Лхасаранова И.Б. СТОМАТОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВ ПОЛОСТИ РТА.....	184
Сандакова Д.Ц., Найданова И.С. ВОЛОНТЕРСКИЙ ОТРЯД «БУЯН». ПО СЛЕДАМ НАШИХ ПРОЕКТОВ: «ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ» - СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ШКОЛЬНИКАМ.....	188
Сандакова Д.Ц., Лхасаранова И.Б. ВОЛОНТЕРСКИЙ ОТРЯД «БУЯН». ПО СЛЕДАМ НАШИХ ПРОЕКТОВ.....	191
Смирницкая М.В. ИЗВЛЕКАТЬ ИЛИ НЕТ СЛОМАННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ИЗ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.....	195
Смирницкая М.В. ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА. ВОЗМОЖНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НА ПРИЕМЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА.....	199
Смирницкая М.В. ПРОПУЩЕННАЯ МОРФОЛОГИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.....	202
Смирницкая М.В., Бровилова М.А., Зобнин В.В., Кукушкин В.Л. РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ - ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ИЛИ СТОМАТОЛОГА.....	206
Смирницкая М.В., Бровилова М.А., Зобнин В.В., Кукушкин В.Л. МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ.....	212
Смирницкая М.В., Зобнин В.В., Лебедев М.А., Алтынникова И.О. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИГИЕНА НА АППАРАТЕ AIRFLOW® PROPHYLAXIS MASTER.....	218
Смирницкая М.В., Кузнецов И.А. ЗУБНЫЕ ПАСТЫ R.O.C.S. ПРАВИЛА ВЫБОРА.....	225
Смирницкая М.В., Кукушкин В.Л. КЛИНИНГ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ.....	228
Смирницкая М.В., Кукушкин В.Л., Лебедев М.А. О ПРИМЕНЕНИИ ЙОДОФОРМ-СОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ.....	230

Ушницкий И.Д., Алексеева Т.В., Иванова А.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ МЕСТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, СВЯЗАННЫХ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	235
Фефелов А.А. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ПЛАЗМОЛИФТИНГА В МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТА.....	249
Шаповалова Н.М. ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ВЫПУСКНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	260
Яшнова Н.Б., Катман М.А., Максименя М.В., Яшнов А.А. УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ И ВЯЗКОСТЬ СЛЮНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	263





***Попова И.Н.***

*к.м.н., президент Ассоциации стоматологов  
Забайкалья, главный внештатный специалист  
стоматолог МЗ Забайкальского края,  
главный врач ГАУЗ  
«Краевая стоматологическая поликлиника»*

## **Дорогие друзья и уважаемые коллеги!**

Ректорат ЧГМА и Ассоциация стоматологов Забайкалья поздравляет Вас с участием в Юбилейной региональной научно-практической конференции врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов «ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ».

2023 год для стоматологической отрасли Забайкалья стал юбилейным — 70 лет образования Читинской государственной академии, 65 лет стоматологическому факультету и 60 лет стоматологической клинике ЧГМА.

После Великой Отечественной войны внимание Правительства было обращено на активизацию подготовки врачей в отдаленных регионах страны (Урал, Сибирь, Дальний Восток, Средняя Азия и др.). В этой связи большим событием для здравоохранения области стало открытие в г. Чита (25 октября 1953 г.) медицинского института.

Однако учитывая большую потребность в стоматологических кадрах, в 1958 году в институте дополнительно создан стоматологический факультет. Первые годы были весьма трудными. В распоряжении факультета имелись 3 учебных комнаты, лекции читали в небольшом помещении, отгороженном фанерой, занятия вели в стоматологическом отделении 321 ОВГ и в окружной стоматологической поликлинике, методических и наглядных пособий было очень мало. Профильные кафедры стоматологического

факультета организованы в 1960 г. 20 октября 1963 г. 1-й корпус ЧГМИ был отдан под профильные стоматологические кафедры и клинику стоматологического факультета В 1963 г. состоялся первый выпуск врачей-стоматологов.

За 65 лет факультет подготовил более 5000 врачей стоматологов. Сотрудники факультета постоянно оказывали большое влияние на развитие и уровень оказания стоматологической помощи в Забайкалье, Амурской областях, Хабаровском и Приморском краях, Якутии и Бурятии. Последнее заключалось во внедрении современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний, проведении научно-практических конференций и семинаров, издании сборников трудов, методических рекомендаций и пособий, организации лечебно-консультативных и методических центров, подготовке научно-педагогических кадров для стоматологических факультетов республики Саха (Якутия) и Хабаровского края (В.А. Любарский, В.А. Фрыгина, Э.В. Домбровская, И.С. Пинелис, Ю.Л.Писаревский и др.).

Сотрудниками факультета изучена эпидемиология и распространенность стоматологических заболеваний в п. Жирекен, п. Газ-Заводе, Агинском округе, Каларском районе, Нерчинский ПМК, Шерловогорском и Новоорловском ГОКах, Читинском участке БАМ и др. (Г.И. Фролова, Г.А. Лях, Ю.Л. Писаревский, С.Д. Федоров, Л.П. Бобровских, Т.П. Пинелис, Е.Н. Иванова, Н.А. Лазарева, А.В. Белоусов и мн. др.). Полученная информация стала основой для создания региональной Программы первичной профилактики стоматологических заболеваний, предложено большое число внедрений для улучшения исходов лечения и профилактики (доцент Т.П. Пинелис, профессор Е.Н. Иванова).

Одновременно с ростом научных кадров все больше повышалась роль факультета в развитии практической стоматологии. Преподаватели факультета непосредственно участвовали в освоении новых лечебных учреждений города (стоматологические отделения областной клинической больницы, областной детской клинической больницы, городской детской стоматологической поликлиники, онкологического диспансера

и др.), в которые они внедряли новейшие методы лечения, оперативной техники и ортопедии. Все детские коллективы города охвачены плановой санацией полости рта и внедрением средств первичной профилактики стоматологических заболеваний. Во многих предприятиях города и области проводилась стоматологическая диспансеризация в системе комплексного медицинского обслуживания работников. Практическое здравоохранение и коллектив факультета в одинаковой степени заинтересованы в повышении уровня стоматологической помощи населению и работа в этом отношении проводится совместно, согласованно и постоянно.

Выпускники стоматологического факультета работают на всей территории России и далеко за ее пределами, составляют основной преподавательский состав профильных кафедр факультета, являются главными специалистами в различных ведомствах (к.м.н. И.Н. Попова, Н.В. Безденежных, В.Г. Меняйло, В.М. Денисюк, И.В. Шухоев, Б-Ж. А. Будаев, В.В. Лесков и др.), заведуют больницами, поликлиниками, отделениями (А.Г. Стрельников, Л.М. Комисарова, А.Н. Падерина, Г.Ф.Шамсулина и многие др.).

В преддверии традиционной Краевой научно-практической конференции позвольте от имени Ассоциации стоматологов Забайкалья и всего стоматологического сообщества поздравить всех выпускников стоматологического факультета со славным юбилеем и пожелать Вам успехов в работе, личной жизни и дальнейшего успешного развития нашей специальности в крае.

**ПОЗДРАВЛЯЕМ**  
**НАШИХ ЮБИЛАРОВ!**

**2022 год**

*ГУЗ «Сретенская ЦРБ»  
Федоров Павел Григорьевич  
ГАУЗ «КМЦ г. Читы»  
Яремаченко Ирина Пантелеймоновна  
Пахомова Оксана Николаевна  
Жарикова Ирина Васильевна  
Соболевская Людмила Игнатьевна  
Жукова Альбина Юрьевна  
Носачева Татьяна Александровна  
Матушевская Татьяна Владимировна  
Петрова Светлана Анатольевна  
Могойтуйская ЦРБ  
Батоцыренова Дулмажап Нимаевна  
ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника»  
Андреевская Наталья Ивановна  
Гончарова Нина Алексеевна  
Скороход Сергей Николаевич  
Хомутинников Андрей Викторович  
Клиника ЧГМА  
Бабкина Ольга Викторовна  
Гринкас Мария Евгеньевна*



**ПОЗДРАВЛЯЕМ**  
**НАШИХ ЮБИЛАРОВ!**

**2023 год**

*ГАУЗ «КМЦ г. Читы»  
Васильева Ольга Георгиевна  
Бруенкова Людмила Ивановна  
Сычева Наталья Николаевна  
Читинская ЦРБ  
Келяк Ольга Николаевна  
Краснокаменск КБ №4  
Деревцов Андрей Евдокимович  
Могойтуйская ЦРБ  
Пунцукова Намсалма Батожаргаловна  
ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника»  
Васильченко Светлана Евгеньевна  
Клиника ЧГМА  
Петрова Александра Моисеевна*



# **ИСТОРИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА И ПРОФИЛЬНЫХ КАФЕДР ФГБОУ ВО «ЧГМА МЗ РФ»**

## **Пинелис И.С., Мироманова Н.А., Кузнецов И.А. 65 ЛЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКУЛЬТЕТУ ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»*

Осенью 1957 года на кафедре госпитальной хирургии (зав. - доц. Р. П. Постников) лечебного факультета организовали курс стоматологии. Для проведения занятий были приглашены начальник стоматологического отделения 321 Забайкальского окружного военного госпиталя (ОВГ) подполковник медицинской службы В.А. Любарский, стоматологи Г. Д. Мишина и К.В. Буранова.

Однако, учитывая большую потребность в стоматологических кадрах, в 1958 году в институте дополнительно создан стоматологический факультет. Его становление проходило под руководством ректора Ю.Д. Рыжкова и помощника декана лечебного факультета доцент С.И. Рассудова (1958-1961). В распоряжении факультета имелись 3 учебных комнаты, лекции читались в небольшом помещении, отгороженном фанерой, занятия проводились в стоматологическом отделении 321 ОВГ и в окружной стоматологической поликлинике с минимальным набором методических и наглядных пособий. Но несмотря на все эти трудности, в 1963 г. состоялся первый выпуск врачей-стоматологов.

20 октября 1963 г. 1-й корпус ЧГМИ отдали под профильные стоматологические кафедры и клинику стоматологического факультета. Открытие стоматологической клиники ЧГМИ стало большим событием. Студенты получили отличную, по тем временам, учебную базу, которой не было у многих стоматологических факультетов Советского Союза. Это позволило увеличить набор студентов на факультет до 100 человек.

Первым деканом факультета с 1962 по 1965 г. был доцент Михаил Маркович Царинский. Под его руководством в 1963 г. открыта стоматологическая клиника Читинского государственного медицинского института, где разместились кафедры стоматологического профиля. Поликлиника располагала 50 рабочими местами, а в челюстно-лицевом отделении было 50 коек со всеми лечебными и вспомогательными кабинетами. Первым главным врачом назначили выпускника факультета Ю.В. Попова (1963 - 1966). В последующем эту должность также занимали наши выпускники А.В. Власьевский (1966 - 1988), А.М. Сопов (1988 - 2002), к.м.н. В.С. Холмогоров (2002 - 2009), а с 2009 года – доцент кафедры ортопедической стоматологии, к.м.н. Алексей Геннадьевич Шаповалов.

Благодаря исключительным организаторским способностям доцента М.М. Царинского на факультете заложены первые добрые традиции, сохраняющиеся и развивающиеся до настоящего времени. В это же время был создан первый научный студенческий кружок. Кроме того, он уделял очень много внимания организации воспитательной работе среди будущих специалистов.

После отъезда Михаила Марковича деканом стал участник Отечественной Войны, талантливый хирург и ученый Владимир Александрович Любарский (1965 - 1970), а заместителями назначены доценты В.Н.Иванов и А.Г. Наумов. В эти годы на факультете активно создавали учебно-методическую документацию и наглядные пособия, укрепляли материально-техническую базу кафедр, готовили высококвалифицированные научные кадры. Защитили кандидатские диссертации В.А. Любарский, Г.В. Масленникова, П.П. Беликов. Возвратились из целевой аспирантуры после успешной защиты диссертаций Л.П. Бобровских (Казань, 1966), К.В. Буранова (Москва, 1967), А.В. Белоусов и Г.Г. Белоусова (Москва, 1970). Благоприятное влияние на качество подготовки врачей стоматологов на данном этапе развития факультета оказали доценты Г.И. Назаров, Т.В. Шарова и А.Д. Носков.

В течение 5 лет деканом факультета работал выдающийся хирург Филипп Еремеевич Власюк (1970 - 1974), а его помощниками были доценты К.В. Буранова и А.В. Белоусов. В это время завершился организационный период создания факультета.

Более половины преподавательского состава имели ученую степень и научные звания, факультет стал учебным, лечебным, научным и методическим центром в Забайкалье. По результатам государственных экзаменов и проверкам МЗ РФ подготовка специалистов на факультете была признана высоко качественной. В 1972 г. были развернуты научные исследования по эпидемиологии стоматологических заболеваний в Забайкалье (руководитель доцент А.В. Белоусов), оценке состояния систем гемостаза и иммунитета при челюстно-лицевой травме (руководитель асс. И.С. Пинелис), которые были объединены в одну научную проблему, исполнителями которой стало большинство преподавателей факультета.

В 1974 году деканом избран заведующий кафедрой ортопедической стоматологии доцент Сергей Дмитриевич Федоров, обладавший большими организаторскими способностями, а доцент Г.Ф. Просандеева назначена его заместителем. Под их руководством оживилась учебно-воспитательная работа в общежитии №4, которое в 1973 году было признано лучшим среди медицинских вузов страны. Художественная самодеятельность факультета неизменно занимала первые места на институтских фестивалях. Повысилась успеваемость студентов, активнее заработали научные кружки, были созданы первые студенческие строительные и сельскохозяйственные отряды. В этот период времени на факультете защищено 5 кандидатских диссертаций (Г.И.Фролова, И.С. Пинелис, В.В. Лескова, Ю.С. Бояров, Т.П. Пинелис). Кроме того, были открыты два новых курса хирургических (доцент И.В. Полукариков) и внутренних болезней (доцент Ю.И. Алексенко) стоматологического факультета. В 1975 г. под руководством Нины Гавриловны Литвинцевой был создан и ныне действующий народный академический студенческий хор "Гаудеамус". Инициаторами его создания и первыми участниками стали преподаватели и студенты стоматологического факультета.

После назначения С.Д. Федорова проректором по учебной работе деканом избран доцент Юрий Семенович Бояров (1979 - 1984), а помощником назначен доцент Александр Григорьевич Щербак. На плечи этих энергичных преподавателей легли сложные



задачи: капитальный ремонт стоматологической клиники ЧГМИ, переход на новый учебный план, подготовка методической документации в соответствии с Единой методической системой, с которой коллектив факультета справился успешно.

Кафедры стали внедрять такие новые методы обучения как предметные олимпиады, семинары-конкурсы, конкурсы “Лучший по профессии”, деловые игры и др. За их разработку и внедрение в учебный процесс профильные кафедры факультета неоднократно награждались за занятые первые места на учебно-методических конференциях Читинской медицинской академии. На Всесоюзных и Российских предметных олимпиадах и конкурсах студенты часто становились победителями или занимали призовые места (Н. Хатина, Д. Токарь, Л. Чалимова, Е. Попова, Д. Иванов, В. Астахов, А. Ненько – г. Воронеж, 1976-1989 гг.; Г. Бабичева, 2004; В. Дылгыржапова, 2006; И. Морозов, М. Багаева, А. Зобнин - г. Москва, 2000 – 2010 гг.; В. Твердохлебов - г. Владивосток, 2007, Д. Гагарина 2012; Д. Белоусов, 2020 г. – 1-е Е. Пономарев, 2022 и др). В 2012 г. студентка Д. Гагарина победила в V Всероссийской студенческой стоматологической Олимпиаде с международным участием.

С 1985 по 1988 г. факультетом руководили доцент Элбэк Аюшеевич Раднаев и его заместитель Анатолий Михайлович Сопов. Набор студентов на стоматологический факультет увеличился до 125 человек. Курс стоматологии детского возраста преобразовали в кафедру. В этот период времени происходила смена поколений преподавательского состава. Опытные педагоги уходили на заслуженный отдых, а их место занимали бывшие выпускники факультета, что неблагоприятно отразилось на количестве сотрудников с учеными степенями. С 1978 г. по 1988 г. не было защищено ни одной диссертации. Для ликвидации такой ситуации в целевую аспирантуру при Московском медицинском стоматологическом институте имени Н.А. Семашко был направлен большой «десант» молодых преподавателей (И.И. Бородулина, Е.Н. Иванова, А.А. Будаев, Т.А. Терещенко, Б.Э. Суздальницкий, С.В. Петрушин, В.Е. Иванов, Б.Д. Дугаров).

Знаменательным событием для факультета, да и для

Восточной Сибири и Забайкалья в целом, стала первая защита первой докторской диссертации по стоматологии в 1988 году ассистентом кафедры хирургической стоматологии Иосифом Семеновичем Пинелисом. В этом же году факультет успешно прошел аттестацию МЗ РФ. По инициативе и при непосредственном участии доцента Э.А. Раднаева создан студенческий бурятский ансамбль песни и пляски «Ургы», костяк которого составляли студенты стоматологического факультета (художественный руководитель - хирург-стоматолог, а ныне заслуженный артист М.М. Шагдаров).

С 1988 и до 2007 года деканом избирался профессор Иосиф Семенович Пинелис, а его помощником был доцент Э.А. Раднаев. Эти годы характеризовались перестройкой в Высшей школе, переходом на многоуровневую подготовку специалистов, неоднократной сменой учебных планов и программ, а как следствие переработкой всей учебно-методической документации. Последнее потребовало от всего коллектива факультета напряжения всех сил. Однако и с этой задачей факультет успешно справился, и в 1992 году комиссия ГУУЗа и МЗ РФ аттестовала Читинскую государственную медицинскую академию и стоматологический факультет практически без замечаний.

В 1990 году впервые на факультете по инициативе профессора И.С. Пинелиса была открыта аспирантура по специальности «Стоматология», которую успешно окончили более 30 человек. За эти годы защищено 5 докторских (Е.Н. Иванова, Ю.Л. Писаревский, А.В. Белоусов, И.И. Бородулина, С.Н. Ермольев) и более 40 кандидатских диссертаций (Д.Л. Токарь, А.В. Фефелов, Д.И. Гайдин, М.В. Козлова, Л.И. Трифонова, Н.А. Лазарева, В.В. Зобнин, А.Г. Скурлатов, В.Н. Намханов, М.С. Варванович, Е.В. Турчина, М.А. Катман, Н.Д. Векслер, Ю.И. Пинелис, О.И. Ширко, Д.В. Нищенко, М.В. Орагвелидзе, Ахмад Зухейр Фатхи, М.В. Смирницкая, А.А. Понуровская, И.С. Климова, С.В. Фоминых, А.Г. Шаповалов, Г.Ю. Щеглакова, А.В. Сарафанова, Б.Ц. Дармаев, А.Ю. Белозерцев, В.Л. Кукушкин, Е.А. Кукушкина, М.Н. Брянская, Д.Ц. Сандакова, М.Н. Мищенко,

Е.Н. Калинина, Е.С. Попова, И.А. Кузнецов, А.Ю. Дульянинова, А.Д. Куликов, М.А. Белоусова, Ю.В. Кухаренко, Н.В. Гришаева, А.М. Петрова, С.А. Соловьев, Е.А. Понуровская, И.С. Климова и др.).

Наиболее активно готовили научные кадры через аспирантуру и соискательство профессор И.С. Пинелис (25 человек), профессор Ю.Л. Писаревский (12 человек), профессор Е.Н. Иванова (8 человек). Большую помощь в подготовке научных кадров оказывали профессора Б.И. Кузник, Т.Г. Робустова, В.Г. Сунцов, В.М. Семенюк, Э.М. Кузьмина и др.

Одними из первых среди стоматологических факультетов России в 1993 году организован межкафедральный компьютерный класс (А.П. Булгаров, И.С. Пинелис, С.Н. Ермольев), был создан банк из почти 3000 тестовых заданий, программы для контроля знаний студентов на зачетах, экзаменах, сертификации и аттестации врачей-стоматологов, государственной аттестации выпускников-стоматологов и др.

Сотрудники факультета постоянно оказывали большое влияние на развитие и уровень оказания стоматологической помощи в Читинской и Амурской областях, Хабаровском и Приморском краях, Якутии и Бурятии. Последнее заключалось в проведении научно-практических конференций и семинаров, издании сборников трудов, методических рекомендаций и пособий, организации лечебно-консультативных и методических центров по лечению врожденных аномалий лица и челюстей, подготовке научно-педагогических кадров для стоматологических факультетов республики Саха (Якутия) и Хабаровского края (В.А. Любарский, В.А. Фрыгина, Э.В. Домбровская, И.С. Пинелис, Т.П. Пинелис, Ю.Л. Писаревский и др.).

Для повышения качества специализированной стоматологической помощи на факультете организованы фантомный класс. Кроме того, созданы межобластные и межкраевые центры по лечению детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области (В.А. Любарский, Э.В. Домбровская, А.Г. Стрельников), заболеваний пародонта (А.В. Белоусов, О.Б. Ганина, И.С. Пинелис, Е.А. Кукушкина), дентальной

имплантологии (И.С. Пинелис, В.В. Зобнин), болезней височно-нижнечелюстного сустава (Ю.Л. Писаревский, М.В. Козлова, А.Г. Шаповалов) и др.

Сотрудниками факультета изучена эпидемиология и распространенность стоматологических заболеваний в п. Жирекен, п. Газ-Заводе, Агинском округе, Каларском районе, Нерчинский ПМК, Шерловогорском и Новоорловском ГОКах, Читинском участке БАМ и др. (А.Д. Носков, Т.В. Шарова, Г.И. Фролова, Г.А. Лях, Ю.Л. Писаревский, С.Д. Федоров, Л.П. Бобровских, Т.П. Пинелис, Е.Н. Иванова, Н.А. Лазарева, А.В. Белоусов, Г.Г. Белоусова, О.Б. Ганина, Н.В. Девяткин и мн. др.). Полученная информация стала основой для создания региональной Программы первичной профилактики стоматологических заболеваний, предложено большое число внедрений для улучшения исходов лечения и профилактики (доцент Т.П. Пинелис, профессор Е.Н. Иванова).

Одновременно с ростом научных кадров все больше повышалась роль факультета в развитии практической стоматологии. Преподаватели факультета участвовали в освоении новых лечебных учреждений города (стоматологические отделения областной клинической больницы, областной детской клинической больницы, городской детской стоматологической поликлиники, онкологического диспансера и др.), в которые они внедряли новейшие методы лечения, оперативной техники и ортопедии. Все детские коллективы города охвачены плановой санацией полости рта и внедрением средств первичной профилактики стоматологических заболеваний. Во многих предприятиях города и области проводилась стоматологическая диспансеризация в системе комплексного медицинского обслуживания работников. Практическое здравоохранение и коллектив факультета в одинаковой степени заинтересованы в повышении уровня стоматологической помощи населению и работа в этом отношении проводится совместно, согласованно и постоянно.

С 1992 года на факультете одновременно с клинической ординатурой и аспирантурой стали осуществлять последипломное

повышение квалификации врачей стоматологов Забайкальского края, Амурской области, республик Бурятия и Якутия. В 1998 году была сформирована кафедра стоматологии факультета повышения квалификации врачей (заведующий – доцент В.В. Зобнин).

Для выполнения научных исследований были организованы функционально-диагностическая (А.В. Белоусов, С.Н. Ермольев, С.Д. Федоров, А.А. Будаев, И.И. Бородулина, Е.С. Попова, Ю.Л. Писаревский, А.Г. Шаповалов), морфологическую (В.А. Любарский, Ю.С. Бояров), гемокоагулологическая и иммунологическая (И.С. Пинелис) и другие лаборатории.

Территория учебных баз профильных кафедр постоянно расширяется. В частности, учебные комнаты были организованы в челюстно-лицевых отделениях Краевой клинической больницы и Краевой детской клинической больницы, отделении «Опухоли головы и шеи» Краевого онкологического диспансера, детской городской стоматологической поликлиники, детском комбинате №4, средних школах № 2 и № 19. В 2002 году стоматологическая клиника Читинской государственной медицинской академии переехала в новое 5-ти этажное здание, оснащенное самым современным стоматологическим оборудованием.

В 2007 году на должность декана стоматологического факультета избран заведующий ортопедическим отделением к.м.н. Алексей Геннадьевич Шаповалов, в настоящее время возглавляющий клинику Академии – основную учебную базу факультета. С 2009 года по 2012 год деканом факультета была заведующая кафедрой стоматология детского возраста, к.м.н. Е.С. Попова, специалист по лечению аномалий и деформаций прикуса у детей, подростков и взрослых.

С 2012 по 2015 гг. деканом стоматологического факультета работал наш выпускник, доцент, к.м.н., заведующий курсом пропедевтической стоматологии Игорь Анатольевич Кузнецов, в настоящее время доцент кафедры терапевтической стоматологии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний. С 2015 по 2018 гг. факультетом руководил д.м.н. Зайцев Дмитрий Николаевич (ныне ректор ЧГМА). В этот период образовательная

программа получила признание в номинации «Лучшие образовательные программы инновационной России» по версии Гильдии экспертов профессионального образования, Национального центра профессионально-общественной аккредитации и редакции журнала «Аккредитация в образовании». В настоящее время деканом является д.м.н., доцент Мироманова Наталья Анатольевна. Под ее руководством факультет успешно подготовился и выдержал испытания в рамках очередной процедуры государственной аккредитации вуза (2019 г.), осуществляется переход образовательной программы в соответствии с актуализированными стандартами высшего образования (2021 г.). По инициативе и непосредственном содействии Миромановой Н.А. улучшается материально-техническая база факультета: в 2022 г. оснащен современным оборудованием фантомный класс для изучения базовых практических навыков в освоении будущей специальности студентами первых курсов, произведена перепланировка аккредитационной площадки (2022 г.), которая создавалась в 2018 г. Вновь увеличиваются контрольные цифры приема и набор студентов достиг рекордного значения для факультета, который в 2021 г. составил 110 человек. Несмотря на существующие трудности (кадровый дефицит, недостаток в притоке молодых преподавателей), факультет продолжает совершенствовать учебную и воспитательную деятельность. Под кураторством помощника декана по воспитательной работе (к.м.н., доцента кафедры терапевтической стоматологии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний Сандакову Д.Ц., занимавшую этот пост с 2016 года, в 2021 году сменила к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста Малежик М.С. и занимает до настоящего времени) реализуется духовно-нравственная стратегия обучения и патриотическое воспитание будущих врачей.

За 65 лет факультет подготовил более 6000 специалистов, из них более 250 студентов окончили академию с отличием. Выпускники работают на всей территории России и далеко за ее пределами, составляют основной преподавательский состав профильных кафедр факультета, являются главными специалистами в различных ведомствах (к.м.н. И.Н. Попова,

Н.В. Безденежных, В.Г. Меняйло, В.М. Денисенко, И.В. Шухоев, Б-Ж. А. Будаев и др.), заведуют больницами, поликлиниками, отделениями (А.Г. Стрельников, Л.М. Комисарова, А.Н. Падерина, Г.Ф. Шамсулина и др.). В настоящее время все заведующие профильными кафедрами являются выпускниками факультета (д.м.н., доцент Ю.И. Пинелис, проф. Ю.Л. Писаревский, доцент В.Л. Кукушкин, доцент А.М. Петрова, доцент В.В. Зобнин).

На протяжении многих лет сотрудники факультета занимаются решением научной проблемы на тему «Клиника, диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний в возрастном аспекте у жителей Восточной Сибири и Крайнего Севера» (научные руководители: профессор И.С. Пинелис, профессор Ю.Л. Писаревский).

В частности, И.С. Пинелис и его ученики с 1974 года изучают состояние систем гемостаза, иммунитета, перекисного окисления липидов при различных стоматологических заболеваниях и на основании полученных данных разрабатывают методы их диагностики, лечения и профилактики. Данное научное направление нашло свое развитие в работах многих сотрудников факультета и практических врачей, защитивших более 20 диссертаций под его руководством, опубликовавших 9 монографий и более 700 научных статей, получены 19 патентов на изобретения.

Ю.Л. Писаревский с 2000 г. разрабатывает современное научное направление «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава». На кафедре создан ортодонтический центр по лечению аномалий и деформаций прикуса у подростков и взрослых с применением новейших методик (доц. М.А. Белоусова).

Д.м.н. И.И. Бородулина совместно с кафедрами факультета, кафедрой стоматологии ФПК и ППС и лабораторией функциональной диагностики ЦНИИС (г. Москва) исследовала с помощью функциональных методов микроциркуляцию и гемодинамику тканей полости рта.

Большую помощь в работе факультета в разные годы оказывали ректорат, партийная, комсомольская и профсоюзные организации института. В течение многих лет В.А. Любарский,

С.Д. Федоров, Ю.С. Бояров, И.С. Пинелис избирались председателями областного общества стоматологов. Профессор И.С. Пинелис в 1995 году стал организатором и первым президентом Стоматологической Ассоциации Забайкалья, а с 2000 до 2021 года – председателем Координационного совета по стоматологии при Министерстве здравоохранения Забайкальского края.

Труд коллектива стоматологического факультета отмечен правительственными наградами. За оказание медицинской помощи строителям БАМа награждены медалями С.Д. Федоров, А.В. Белоусов и И.С. Пинелис. Правительство Бурятии присвоила почетные звания «Заслуженный врач Бурятии» доцентам Э.А. Раднаеву, Т.П. Пинелис, А.А. Будаеву, асс. Э.В. Домбровской, а звание «Заслуженный деятель науки» - профессору И.С. Пинелису. Знаком «Отличник здравоохранения» награждены профессор И.С. Пинелис, профессор Е.Н. Иванова, доцент Т.П. Пинелис, ассистент, к.м.н. Г.Г. Белоусова, ассистент Э.В. Домбровская и др. Многие кафедры и их сотрудники носили звание «Ударников коммунистического труда». Областная, краевая и городская администрация, краевая и городская дума, ректорат и профком неоднократно награждали профессорско-преподавательский и вспомогательный состав, премиями, ценными подарками, грамотами и благодарностями. За последние годы многие преподаватели награждены Почетными грамотами МЗ РФ (доцент Т.П. Пинелис, доцент Е.Н. Калинина, профессор Ю.Л. Писаревский, д.м.н. И.И. Бородулина, доцент М.А. Белоусова, доцент С.В. Фоминых, к.м.н. Ю.И. Бабичев, Ю.И. Пинелис и др.). Профессору И.С. Пинелису в 1998 году присвоено почетное звание Заслуженного врача РФ, в 2015 году награжден орденом «За заслуги перед стоматологией 1 ст.», а в 2017 - медалью ордена «За заслуги перед Отечеством 2 ст.

В октябре 2023 года стоматологическому факультету Читинской государственной медицинской академии МЗ РФ исполняется 65 лет. В преддверии этой знаменательной даты усилия всего коллектива направлены на улучшение качества подготовки молодых специалистов в соответствии с новым образовательным стандартом третьего поколения и оказания стоматологической помощи в Забайкалье, освоение и разработку новых методов лечения стоматологических больных.



**Пинелис И.С.**  
**ВETERАНЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ -**  
**ОСНОВАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**  
**ЧИТИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА**  
**(К 65-летию стоматологического факультета ЧГМА)**  
*ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия*

Еще не был виден конец войны, а в декабре 1943 г. на Коллегии Наркомздрава СССР профессор И.Г. Лукомский изложил основные направления развития стоматологической помощи в стране на ближайшие годы. Итогом заседания стал приказ № 654, предписывающий укомплектовать все вакантные должности зубными врачами и стоматологами за счет врачей, работавших в годы Великой Отечественной войны не по специальности, обязать медицинскую промышленность обеспечить сеть зубоветеринарных и зуботехнических учреждений всеми необходимыми материалами и инструментарием. Этот документ способствовал активизации работы стоматологов Забайкалья и стал одним из аргументов открытия в 1958 году стоматологического факультета в Читинском медицинском институте

После ВОВ Правительство СССР обратило внимание на подготовку врачей в отдаленных регионах страны (Урал, Сибирь, Дальний Восток, Среднюю Азию и др.). Большим событием для здравоохранения Забайкалья стало открытие в 1953 г. медицинского института. Однако учитывая большую потребность в стоматологах, в 1958 году в институте создали стоматологический факультет. Его становление проходило под руководством ректора Юрия Дмитриевича Рыжкова и участника Великой Отечественной войны, помощника декана лечебного факультета доцента, С.И. Рассудова.

В организацию стоматологического факультета Читинского медицинского института большой вклад внесли врачи-стоматологи, совершившие в годы Великой Отечественной войны свой ратный и трудовой подвиг. Это были подполковник медицинской службы В.А.Любарский, майор медицинской службы В.Т. Поважный, военврачи В.Н. Золотухина и О.П. Стрельникова.

В.А.Любарский в 1941 году с отличием окончил Московский стоматологический институт и с выпускного бала ушел на войну. Он воевал на Ленинградском, Волховском, Западном, Брянском, Украинском фронтах, освобождал от фашистов Польшу, Венгрию, Австрию и закончил войну в Берлине. После окончания войны В.А. Любарский продолжил службу на территории Германии. За эти годы он стал высококвалифицированным хирургом, а в свободное время занимался рисованием. В его коллекции были фронтовые рисунки и портреты однополчан. За ратный, самоотверженный труд и личную храбрость Владимир Александрович награжден двумя орденами Красной Звезды, 17 медалями. Из них «За освобождение Праги», «За освобождение Берлина», «За отвагу» и др.



**Владимир Александрович Любарский**

В феврале 1948 года молодого военврача назначили начальником челюстно-лицевого отделения 321 ОВГ ЗабВО. С 1957 по 1983 годы он полностью посвятил себя преподавательской работе, организации стоматологического факультета, кафедры и клиники хирургической стоматологии. Под его руководством организован межобластной центр диспансеризации детей с врожденной патологией лица. Много сил он отдал становлению челюстно-лицевых отделений в областной клинической и областной детской клинической больницах. На протяжении многих лет В.А. Любарский

был деканом стоматологического факультета, возглавлял областное общество стоматологов. Его труд и в мирное время был отмечен двумя медалями и почетным знаком «Отличник здравоохранения». В 1983 году В.А. Любарский вышел на заслуженный отдых, но еще длительное время ученики и больные нуждались в его помощи и совете. На пенсии у Владимира Александровича появилось время для занятий живописью. Им написано более двадцати портретов сотрудников стоматологического факультета, врачей, ученых-стоматологов и др.

Неустанная врачебная, научная, педагогическая и общественная деятельность фронтовика В.А. Любарского является примером самоотверженного служения делу охраны здоровья людей, подготовки молодых специалистов и любви к своей профессии.

Курс ортопедической стоматологии был создан в 1960 г. В его организацию много сил вложили начальник зубопротезного отделения военной окружной стоматологической поликлиники, майор медицинской службы Василий Тихонович Поважный, опытные ортопеды-стоматологи, военврачи О.П. Стрельникова и В.Н. Золотухина.



**Василий Тихонович Поважный**

Василий Тихонович Поважный был первым заведующим кафедрой ортопедической стоматологии и работал в этой должности до 1966 года. В связи с тем, что факультет создавался практически с нуля, на его долю выпала организация материально-

технической базы кафедры, зуботехнической лаборатории, обеспечение учебно-методическими материалами, наглядными пособиями и др.

О.П. Стрельникова окончила в 1941 году Московский стоматологический институт. С июля 1941 до 1943 года служила младшим военным врачом полка Карельского фронта. Затем до мая 1945 года работала стоматологом полка на Северном фронте в г. Мурманске. Ее ратный труд был отмечен 9-ю боевыми наградами. Среди них медали «За Отвагу» и «За Победу над Германией». В 1960 году она стала одним из первых преподавателей кафедры ортопедической стоматологии и одним из ведущих врачей-ортодонтотв в Читинской области.



О.П. Стрельникова (1941 г.)



О.П. Стрельникова (1945 г.)



Северный фронт, г. Мурманск, 1944 г. (О.П. Стрельникова – вторая слева)

С первых дней ВОВ выпускница Иркутского мединститута Валентина Никандровна Золотухина работала хирургом-стоматологом в стоматологическом госпитале Забайкальского фронта (г. Чита). Позднее после организации протезного госпиталя она работала врачом ортопедом, изготавливала зубные и замещающие челюстно-лицевые протезы для стоматологических раненых. В.Н. Золотухина награждена 10-ю медалями за самоотверженный труд в годы ВОВ. В 1960 году она была избрана ассистентом кафедры ортопедической стоматологии и принимала активное участие в ее становлении, создании музея кафедры и др.



**Валентина Никандровна Золотухина**

Благодаря своим высоким профессиональным и благородным гражданским качествам Ольга Павловна и Валентина Никандровна пользовались большим авторитетом среди студентов и преподавателей факультета.

Таким образом, участники ВОВ внесли неоценимый вклад в развитие стоматологического факультета и профильных кафедр. Благодаря ним создана мощная образовательная платформа для дальнейшего развития стоматологического факультета. Их имена занесены навечно на мемориале участников и ветеранов Великой отечественной войны 1941-1945 гг. - сотрудников Читинского медицинского института, открытом в год 60-летия Победы. Мы гордимся тем, что наш факультет организовывали такие патриотичные и самоотверженные люди!

### *Литература:*

1. Государственный архив Читинской области, ф. П-3, оп. 1, д. 2184, л. 21; ф. П-3, оп. 1, д. 1226, л. 56; ф. П-3, оп. 1, д. 1227, л. 37.
2. Книга Памяти о тех, кто не вернулся с войны. Читинская область. Том 1, Чита: Чит. Обл. кн. изд-во, 1994.
3. Кузнецов И.И. Восточная Сибирь в годы Великой Отечественной войны. – Иркутск, 1974.
4. Фадеева А.П., Цуприк Р.И. Медики Забайкалья в годы Великой Отечественной войны // Малая энциклопедия Забайкалья: Здоровоохранение и медицина / гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. – Новосибирск: Наука, 2001. – 630 с.
5. Читинская область в годы Великой Отечественной войны. 1941–1945 гг.: сб. документов. – Чита, 2005.
6. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство: руководство / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 928 с.

**УДК 616.31**

**Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А.  
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ ЧИТИНСКОЙ ГМА**

*ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия*

Кафедра терапевтической стоматологии начала свое существование 20 июня 1960 г., когда Ученым Советом Читинского ГМИ была утверждена первый ассистент Фролова Г.И. Она начала свою деятельность с организации фантомного класса, модели челюстей были изготовлены на Читинском машиностроительном заводе. Большую заботу в становлении кафедры в течение первых лет проявила кафедра терапевтической стоматологии Иркутского ГМИ во главе с известным ученым проф. С.И. Вайсом.

В 1963 г. из Иркутска приехал и возглавил кафедру Михаил Маркович Царинский - ученик профессора С.И.Вайса. При его деятельном участии была организована гистологическая лаборатория, оснащенная микроскопами, микротомом, предметными стеклами и др. Царинский М.М. был требователен к себе и сотрудникам, активно включился в работу кафедры, чем заслужил уважение со стороны студентов и преподавателей факультета.

В 1966 г. кафедру возглавил выпускник Иркутского ГМИ, к.м.н. Александр Дмитриевич Носков. Участник ВОВ, благодаря высоким профессиональным и гражданским качествам он пользовался большим авторитетом среди студентов и преподавателей факультета и института. Его деловой настрой придал новый стимул в деятельности кафедры. Проводилась большая работа по усовершенствованию учебного процесса на кафедре, которая строилась на принципах единой методической системы вузов страны. Много внимания в деятельности кафедры уделялось улучшению стоматологической службы в г. Чите и районах области.

В 1972 г. Ученый совет ЧГМИ утвердил на должность заведующего кафедрой к.м.н. Александра Васильевича Белоусова, успешно защитившего кандидатскую диссертацию на тему: «Динамика образования заместительного дентина после пре

парирования искусственных полостей в эксперименте» (Москва, 1970).

Большой сплоченный коллектив в составе Г.И.Фроловой, Г.Ф.Просандеевой, Г.В.Масленниковой, В.А. Богатыревой, Г.Т. Гурошевой, Г.А.Лях, Л.В.Ларионовой, П.П.Беликова сделал очень многое для развития и совершенствования кафедры в целом и для стоматологической помощи в г.Чите и Читинской области.

В 1980-90-х г.г. состав кафедры пополнился молодыми, энергичными сотрудниками (Девяткин Н.В., Галкин А.А., Ермольев С.Н., Сумбаев А.Г., Петрушин С.Н., Кукушкин В.Л. и др.). После клинической ординатуры стали ассистентами и успешно трудятся на кафедре Кукушкина Е.А., Кузнецов И.А., Сандакова Д.Ц. Начатые ими научные исследования завершились защитой кандидатских диссертаций.

После окончания очной аспирантуры (г.Москва) в 1990 г. на должность ассистента, с 1992 г. на должность доцента, была принята Елена Николаевна Иванова. В 1997 г. ею была защищена диссертация д.м.н. «Кариес зубов и его профилактика в условиях биогеохимического избытка фтора и молибдена» (Иркутск). Под руководством проф. Е.Н.Ивановой защищено 8 кандидатских диссертаций (Потопина С.Я., Гришаева Н.В., Кузнецов И.А., Сандакова Д.Ц., Петрова А.М., Брянская М.Н., Мищенко М.Н., Кривонос Н.К.).

В 2001 году факультет получил новую клиническую базу – стоматологическую клинику по улице Новобульварной, 163, где кафедра разместилась в 6 просторных кабинетах (из них 3-лечебных).

В начале 2000-х г. коллектив кафедры пополнился сначала соискателями, а теперь кандидатами наук Петровой А.М., Брянской М.Н., Мищенко М.Н. Молодое поколение представляют также ассистенты Никулина В.Ю., Дутова А.О., Лхасаранова И.Б., только начавшие свои научные изыскания.

С 2009 г. и по настоящее время кафедру возглавляет к.м.н., доцент В.Л. Кукушкин. Диссертация на соискание ученой степени к.м.н. «Неспецифическая резистентность больных пародонтитом и ее коррекция» была защищена в Диссертационном Совете



Восточно-Сибирского Научного Центра СО РАМН в 1998 г.

В настоящее время В.Л. Кукушкин активно занимается изобретательским творчеством, имеет четыре патента РФ на изобретения в области стоматологии, два рац.предложения. Разработанные им методы диагностики и лечения стоматологических заболеваний широко применяются в практическом здравоохранении Забайкальского края. Под руководством В.Л. Кукушкина проводится большая учебно-методическая работа, проходят обучение клинические ординаторы, врачи из практического здравоохранения, выполняются плановые научные исследования, работает студенческий научный кружок.

Им опубликовано более 250 научных работ, из них 38 - в печатных изданиях ВАК России. В 2006 г. аттестован комиссией Министерства здравоохранения РФ на высшую категорию врача стоматолога-терапевта. Является более 15 лет внештатным экспертом государственной компании «Забайкалмедстрах», регионального отделения Росздравнадзора. В.Л.Кукушкин неоднократно проходил обучение на выездных сертификационных циклах по специальности, имеет сертификат специалиста по экспертизе качества мед. помощи в системе ОМС. Ведет большую общественную работу в региональной секции Стоматологической ассоциации России, участвует в организации и проведении научно-практических конференций для врачей Забайкальского края и других регионов РФ, на которых докладывает результаты своих научных исследований.

За многолетний плодотворный труд преподавателя в 2003 г. награжден благодарственным письмом губернатора Читинской области, в 2005 г. - благодарственным письмом ректората за заслуги перед Читинской ГМА, в 2011 г. за многолетний добросовестный труд награжден почетной грамотой Министерства здравоохранения РФ.

Сотрудники кафедры ведут большую работу по подготовке высококвалифицированных кадров врачей-стоматологов, занимаются научными исследованиями. На кафедре осуществляется бесплатный прием жителей Забайкальского

края и г. Читы по лечению кариеса зубов и его осложнений, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

В настоящее время сотрудниками кафедры успешно внедряются в лечебный процесс новые технологии диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний, современные формы обучения студентов, клинических ординаторов и практикующих врачей. Результаты этой работы докладываются на Всероссийских и региональных научно-практических конференциях под эгидой СтАР.

Практические занятия и семинары проводятся на базе клиники ЧГМА, на современных стоматологических установках, с использованием всего спектра диагностических и лечебных технологий (компьютерная томография, аппарат Флорида-проуб, современные реставрационные материалы, цифровые апекс-локаторы и др.).

Активная методическая работа кафедры в связи с выделением в отдельную дисциплину пропедевтической стоматологии (и курс) представлена широким спектром необходимых учебных пособий, содержащих фрагменты собственных научных исследований преподавателей Кузнецова И.А. и Пляскиной Н.В. За последние годы издано 18 методических пособий, три из которых имеют гриф УМО Минобразования РФ.

Научная деятельность сотрудников кафедры органично дополняется работой студенческого научного кружка. Результаты этой работы отражены в 5 патентах на изобретения, имеющих клиническое применение, а также многочисленных научных публикациях в медицинской печати. Научные работы кружковцев кафедры неоднократно отмечались дипломами и почетными грамотами ректората ЧГМА.

Основной целью своей деятельности сотрудники кафедры считают продолжение традиций преподавания стоматологии и творческого научного поиска, заложенных их знаменитыми предшественниками за 60 лет существования коллектива.

**Пинелис И.С., Пинелис Ю.И.**  
**ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ**  
**СТОМАТОЛОГИИ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»*

Осенью 1957 г. на кафедре госпитальной хирургии (зав. - доц. Р.П. Постников) Читинского государственного медицинского института организован курс стоматологии. Для преподавания хирургической стоматологии приглашены начальник стоматологического отделения 321 ОВГ подполковник медицинской службы В.А. Любарский, стоматологи Г. Д. Мишина и К.В. Буранова.



**В.А. Любарский**



**Первые преподаватели кафедры  
К.В. Буранова и Г.Д. Мишина**

Кафедра хирургической стоматологии создана в 1960 году, когда начались занятия со студентами 3 курса стоматологического факультета. Условия для работы и преподавания были очень скромными: одна учебная комната и небольшой лекционный зал на 1-ом этаже 1 корпуса ЧГМИ, а практические навыки студенты получали, работая в стоматологическом отделении 321 ОВГ и стоматологической поликлинике ЗаБВО. Осенью 1963 г. была открыта первая в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке стоматологическая клиника ЧГМИ (Чкалова, 126), которая стала учебной и лечебной базой факультета.

В этом здании кафедре хирургической стоматологии выделили 2 учебные комнаты, кабинет заведующего кафедрой, ассистентскую, 2 подсобных помещения, но самым важным было создание хирургического кабинета на 8 кресел и челюстно-лицевого отделения на 50 коек со всеми необходимыми подразделениями. В период с 1960 по 1967 г. г. сформировался первый коллектив кафедры. Первым заведующим кафедрой хирургической стоматологии был участник ВОВ, к.м.н., доцент В.А. Любарский (1958-1983). С именем этого великолепного хирурга-стоматолога и ученого связано становление кафедры и стоматологического факультета, а также развитие челюстно-лицевой помощи в Забайкалье. Благодаря его таланту на факультете создана галерея портретов ученых-стоматологов России и сотрудников ЧГМА. Ассистентами избраны опытные хирурги-стоматологи: к.м.н. В.В. Лескова, Е.Ф. Монахова, к.м.н. В. А. Фрыгина, доц. К.В. Буранова, к.м.н. Ю.С. Бояров, Э.В. Домбровская.



**Стоматологическая клиника ЧГМА – открыта в 1963 году**

Этим составом кафедра проработала почти 15 лет. За эти годы руками сотрудников кафедры изготовлено почти 100 таблиц и стендов, более 20 альбомов с фотографиями и рентгенограммами, около 500 цветных слайдов, иллюстрирующих различные патологические процессы в челюстно-лицевой области и результаты их лечения. Большую помощь в этом оказывали

старшие лаборанты В.В. Василенко, Е.Ф. Монахова, Л.Ю. Рудакова, Е.М. Бочкарева; лаборанты М.Т. Тихомирова, Г.В. Шаройко и др. Большая учебно-методическая работа кафедры способствовала качественной подготовке молодых специалистов по хирургической стоматологии.



#### **Первый коллектив кафедры хирургической стоматологии**

После защиты кандидатской диссертации (1977) ассистентом стал И.С. Пинелис, окончивший ординатуру и работавший старшим лаборантом кафедры. В последующем коллектив преподавателей кафедры обновлялся выпускниками ЧГМИ (В.Е. Иванов (1985-1987), Т.А. Терещенко (1987-1988), Д.И. Гайдин (1988-1999), М.С. Варванович (1991-1999), Д.Л. Токарь (1992-1995), М.В. Козлова (1993-1997), А.Г. Скурлатов (1995-1999), Ю.И.Пинелис (1999) и др. Все они пришли на кафедру после ординатуры или аспирантуры, что позволило относительно легко включиться в учебный процесс.

В настоящее время сотрудниками кафедры являются зав. кафедрой доцент, д.м.н. Ю.И. Пинелис (1999), профессор, д.м.н., заслуженный врач РФ. И.С. Пинелис (1977), к.м.н., доцент М.А. Катман (2007), к.м.н. Е.В. Турчина (1999), Н.Б. Яшнова (2020), Л.С. Новикова (2022).



**Кафедра хирургической стоматологии (2023 г.)**

Опытный хирург и педагог, доцент Ю.С. Бояров заведовал кафедрой с 1983 по 1988 год, который продолжил и укрепил традиции, заложенные В.З. Любарским.



**Доцент Бояров Юрий Семенович**

С 1988 по 2022 г. кафедрой заведовал первый в Забайкалье и Восточной Сибири профессор, академик РАН Заслуженный врач Российской Федерации, заслуженный деятель науки Республики Бурятия, Заслуженный работник здравоохранения Читинской области И.С. Пинелис.



**Профессор Пинелис Иосиф Семенович**

С 2022 г кафедрой руководит д.м.н., доцент Ю.И. Пинелис, а кафедра представлена профессором И.С. Пинелисом, доцентом, к.м.н. М.А. Катман и ассистентами: к.м.н. Е.В. Турчиной, Н.Б. Яшновой и Л.А. Новиковой.



**Доцент, д.м.н. Пинелис Юрий Иосифович**

На кафедре хирургической стоматологии и ее базах в учебном процессе используются современные методы диагностики и лечения больных.

Для повышения мотивации к обучению со студентами проводятся семинары-конкурсы, олимпиады, деловые и ролевые игры (см. фото). Особое внимание уделяется отработке практических навыков. Вначале студенты осваивают их на фантомах, а затем под контролем преподавателя при лечении больных.

За последние 10 лет сотрудниками кафедры издано 26 учебно-методических пособий по всем разделам хирургической стоматологии, написано 22 рабочие программы по преподаванию хирургической стоматологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с учетом современных и международных образовательных стандартов. В настоящее время кафедра готовит учебно-методические комплексы в соответствии новым ФГОС 3++ поколения.

Кроме додипломной подготовки, на кафедре осуществляются все виды послевузовского образования по специальностям: хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Профессиональную переподготовку врач-стоматологи проходят в клинической ординатуре, аспирантуре, 6-ти месячных курсах, а также повышают квалификацию на тематических и сертификационных курсах.







**Учебный процесс на кафедре**

Научная работа кафедры связана с задачами практического здравоохранения. Сотрудниками разработано и внедрено более 50 способов профилактики и лечения стоматологических заболеваний. Важно отметить, что кафедра явилась инициатором организации центров диспансеризации детей с врожденной патологией лица и челюстей, дентальной имплантологии, заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, пародонтологии, создана лаборатория по диагностике нарушений иммунитета и гемостаза у стоматологических больных и др. Наши сотрудники впервые в области начали применять регионарную химиотерапию злокачественных новообразований, футлярно-фасциальную эктомию клетчатки шеи, удаление околоушной железы с выпрепаровкой лицевого нерва, методы профилактики и лечения воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти, при операции удаления зуба, ураностафилопластике, одонтогенном гайморите, восстановительной и косметической хирургии лица и челюстей и многое другое. Многие из них используются в лечебных учреждениях Читы, Читинской области (Забайкальского края), Иркутска, Бурятии, Якутии, Хабаровска, Благовещенска, Омска, Москвы.

С 1990 года расширены рамки исследований по гемостазиологии и иммунологии в эксперименте и клинике (И.С. Пинелис, Д.Л. Токарь, А.В. Фефелов, Л.И. Трифонова, В.Л. Кукушкин, М.С. Варванович, А.Г. Скурлатов, Е.Н. Калинина, Ю.И. Пинелис, И.И. Бородулина, М.А. Катман, Е.В. Турчина и др.).

Полученные факты свидетельствовали о значительных сдвигах в системе гемостаза, иммунитета, антиоксидантной защите и др., а для их устранения в комплекс лечения многих стоматологических заболеваний включены биорегуляторы (тималин, тимоген, вилон, эпиталамин, кортексин и др.).



Д.м.н., доцент Ю.И. Пинелис, исследуя аспекты геронтостоматологии, выявил существенные изменения в основных системах гомеостаза пожилых людей и с успехом добивается их коррекции с помощью биорегулирующей терапии.

Все годы сотрудники кафедры активно внедряли результаты научных исследований в практическое здравоохранение. Кафедра активно работает над внедрением научных результатов в практику. Большинство из них включено в приказы ЧГМА и Минздрава Забайкальского края. Издано 9 методических рекомендаций и пособий, утвержденных МЗ РФ. За годы существования кафедры защищено 3 докторские и более 30 кандидатских диссертаций. Следует отметить, что профессор И.С. Пинелис подготовил 25 к.м.н. для профильных кафедр факультета, Благовещенска, Якутии, Иордании и др. По результатам научных исследований

получено 17 патентов на изобретения и 70 удостоверений на рационализаторские предложения, опубликовано более 700 статей, написано 9 монографий.



На всем протяжении существования кафедры ее сотрудники активно участвовали в общественной жизни ЧГМА и стоматологического факультета, руководили наиболее важными разделами деятельности факультета. В разное время в деканате работали В.А. Любарский, К.В. Буранова, Ю.С. Бояров. Проф. И.С. Пинелис возглавлял деканат стоматологического факультета с 1989 по 2009 годы. Парторганизацию факультета возглавляли В.В. Лескова, Э.В. Домбровская, а членами бюро избирались В.А. Любарский, Е.Ф. Монахова, Ю.С. Бояров. Сотрудники кафедры многие годы возглавляли общество стоматологов Забайкалья (В.А. Любарский, Ю.С. Бояров, Пинелис И.С.). Организовал и возглавил Ассоциацию стоматологов Забайкалья в 1993 году профессор Пинелис И.С. Он же более 20 лет был председателем Координационного совета по стоматологии при МЗ Забайкальского края.

За свою многогранную работу сотрудники кафедры неоднократно поощрялись руководством ЧГМА, МЗ РФ, губернатором и городскими властями.

И сегодня 65-летие факультета кафедра встречает в напряженной учебной, методической, научной и лечебной работе.

**Писаревский Ю.Л.**  
**ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ**  
**СТОМАТОЛОГИИ ФГБОУ ВО ЧГМА**  
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»*

Курс ортопедической стоматологии Читинского государственного медицинского института был организован в 1960 году. Курс размещался на базе окружной стоматологической поликлиники, а практические занятия проводились на базе областной поликлиники по ул. Лермонтова. Первым заведующим курсом был назначен майор медицинской службы, зубной врач Поважный Василий Тихонович. Для проведения практических занятий были привлечены врачи-стоматологи Каргаполова А.И., Стрельникова О.П., Золотухина В.Н., Царинская С.М., Кулыгин Н.Г. Для чтения лекций по ортопедической стоматологии был приглашен доцент Иркутского медицинского института к.м.н. Недёргин А.К.

В 1963 году курс был перепрофилирован в кафедру ортопедической стоматологии и переведён на собственную базу в новой стоматологической клинике по ул. Чкалова/Ленинградская. С 1966 по 1969 гг. кафедрой заведовал к.м.н. Назаров Г.И., под руководством которого начались первые научные изыскания, были организованы морфологическая лаборатория и фотолаборатория, начались экспериментальные исследования на животных. С 1969 по 1975 гг. кафедрой заведовала к.м.н., доцент Шарова Т.В., которая вместе с преподавателями Соповым А.М., Иванушкиным В.С., Лазаревой Н.А., лаборантом Кандыбиной А.И. создали уникальный музей из 300 экспонатов наглядных пособий и ортопедических аппаратов. Именно в этот период началась целевая подготовка научно-педагогических кадров через очные аспирантуры Москвы, Калинин и Казани. В состав преподавателей влились первые кандидаты медицинских наук Белоусова Г.Г., Бобровских Л.П., Полторацкая В.С., Иванова Н.С. С 1975 по 1985 гг. кафедрой заведовал к.м.н., доцент Фёдоров С.Д., под руководством которого выполнила и защитила кандидатскую диссертацию Пинелис Т.П..

С 1985 по 1989 гг. кафедрой заведовал к.м.н., доцент Разуменко Г.П., и в этот период после окончания аспирантуры в Москве на кафедру вернулись к.м.н. Суздальницкий Б.Э. и к.м.н. Будаев А.А.. С 1989 по 2002 год кафедрой заведовал к.м.н., доцент Будаев А.А. В этот период под руководством д.м.н., профессора, Заслуженного деятеля науки РФ Семенюка В.М. выполнили и защитили кандидатские диссертации ассистенты Писаревский Ю.Л., Зобнин В.В., Намханов В.В. Под руководством к.м.н., доцента Будаева А.А. выполнили и защитили кандидатские диссертации ассистенты Белоусова М.А. и Белозерцев А.Ю. В этот период на кафедре ортопедической стоматологии создается многопрофильный лечебно-диагностический и научный центр «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава» (руководитель: к.м.н., доцент Писаревский Ю.Л.). В условиях этого центра была выполнена и успешно защищена первая докторская диссертация Писаревским Ю.Л.

В 2002 году заведующим кафедрой ортопедической стоматологии избран доктор медицинских наук Писаревский Ю.Л. За это время деятельность кафедры была направлена на улучшение материально-технической базы, внедрение новых современных, в том числе, цифровых технологий. Была открыта подготовка научно-педагогических кадров через очную и заочную аспирантуру и соискательство. В 2005 году Писаревский Ю.Л. получил ученое звание «профессора». В 2018 году Писаревский Ю.Л. награжден нагрудным знаком «Отличник здравоохранения РФ», а 2020 году избран действительным членом (академиком) Санкт-Петербургского отделения МАНЭБ.

За период работы в качестве заведующего кафедрой Писаревский Ю.Л. подготовил 16 кандидатов медицинских наук: Андреева С.В. (2002); Холмогорова В.С. (2002); Фоминых С.В. (2003); Бабичева Ю.И. (2004); Пляскину Н.В. (2004); Антипову С.А. (2005); Дармаева Б.В. (2006); Шаповалова А.Г. (2007); Щербакову В.Ф. (2008); Астафьеву Н.В. (2009); Соловьева С.Н. (2010); Сарафанову А.Б. (2011); Щеглакову Г.Ю. (2012); Писаревского И.Ю. (2013); Найданову И.С. (2020); Туранова О.А. (2022).

Результаты научных исследований опубликованы в различных изданиях, в том числе в журналах ВАК и Scopus: «Стоматология», «Российский стоматологический журнал», «Проблемы стоматологии», «Стоматология детского возраста и профилактика», «Забайкальский медицинский вестник», «Вестник судебной медицины», «Судебно-медицинская экспертиза», «Rechtsmedizin», «European Journal of Biomedical and Life Sciences» и др. Получены 8 патентов на изобретения, полезную модель и свидетельства о государственной регистрации программ для ЭВМ.

Всю свою жизнь посвятили кафедре ортопедической стоматологии, а также внесли бесценный вклад в ее развитие ассистенты: к.м.н. Белоусова Генриэтта Газимовна, к.м.н. Бобровских Лилия Прокофьевна, к.м.н. Полторацкая Вира Сергеевна, к.м.н. Иванова Нэлли Сыреновна, к.м.н. Бабичев Юрий Иванович, лаборант Кандыбина Ариадна Ивановна, заведующий кафедрой д.м.н., профессор Писаревский Юрий Леонидович.

Сегодня кафедрой ортопедической стоматологии продолжает руководить д.м.н., профессор, академик МАНЭБ Писаревский Ю.Л.. Современный состав кафедры представляют: доцент кафедры к.м.н. Писаревский Игорь Юрьевич, завуч кафедры к.м.н. Найданова Ирина Санжимитуповна, ассистенты кафедры: к.м.н. Бабичев Юрий Иванович, Батомункуева Саяна Зоригтоевна, старший лаборант Саранина Ольга Анатольевна, очный аспирант Першин Виктор Алексеевич. Большую помощь по всем вопросам оказывает главный врач Клиники ЧГМА, к.м.н., доцент Шаповалов Алексей Геннадьевич. Коллектив кафедры полон творческих планов и представляет собой сплав богатого клинического опыта преподавателей и нового, стремительно развивающегося потенциала молодого поколения.

**Петрова А.М., Малезик М.С., Пронин М.Ю., Шнитова И.В.**  
**ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО**  
**ВОЗРАСТА**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»*

Кафедра стоматологии детского возраста самая молодая, в 2023 году ей исполняется 40 лет. Кафедра является многопрофильной и живет активной жизнью – ведет научно-исследовательскую и лечебно-профилактическую работу по очень прогрессивным направлениям современной стоматологии детского возраста – кариеологии и эндодонтии, детской хирургии и пародонтологии, ортодонтии и детскому протезированию.

В 1983 году по решению Ученого Совета ЧГМИ создан курс стоматологии детского возраста, который возглавила к.м.н. Фролова Галина Игнатьевна, а ассистентами избраны к.м.н. Пинелис Татьяна Петровна, Домбровская Эльвира Викторовна, Лях Галина Александровна.

Курс не имел своей базы, поэтому первой задачей явилось ее создание в детских лечебно-профилактических учреждениях и школах города Читы.

Фролова Галина Игнатьевна всю свою трудовую жизнь отдала преподавательской деятельности на стоматологическом факультете. Она активно занималась научной, учебно-методической, воспитательной и консультативной работой.

Пинелис Татьяна Петровна провела большую работу по созданию учебно-методического комплекса по ортодонтии и обеспечению наглядными пособиями. Свой опыт работы она передавала ординаторам.

Лях Галина Александровна - высококвалифицированный врач, опытный педагог. Она внесла большой вклад в учебно-методическую работу и создание баз производственной практики студентов.

Домбровская Эльвира Викторовна – высококвалифицированный врач хирург стоматолог, организатор лечебно-учебной базы по детской хирургической стоматологии. Ею созданы уникальные методические и наглядные пособия. Эльвира Викторовна многие годы возглавляла Центр по врожденной патологии ЧЛЮ

у детей, совершенствовала методики хирургического лечения несращений неба и альвеолярных отростков у детей. В 1990 году Домбровской присвоено звание «Заслуженный врач Бурятии».

Суздальницкий Б.Э. поступил в ординатуру, затем в аспирантуру при ММСИ, защитил кандидатскую диссертацию.

В 1986 году на кафедру детской стоматологии пришли работать Постоюк Сергей Николаевич, Лазарева Нина Александровна, а в 1987 году Калинина Елена Николаевна.

С 1988 года кафедру возглавила доцент Пинелис Татьяна Петровна. В этом же году она делегируется на Всероссийский съезд стоматологов в Новосибирск, где была избрана членом правления. Это расширило творческие и научно-методические контакты с профессорами А.А. Колесовым, В.Г. Сунцовым, В.Г. Васильевым, Э.М. Мельниченко, М.П. Водолацким и др.

Большим событием для кафедры в этот период стали успешные защиты кандидатской диссертации Лазаревой Н.А., Фелелова А.В., Поповой Е.С., Калининой Е.Н.

В 1989 году в Чите открыта детская городская стоматологическая поликлиника, что заметно улучшило учебную базу кафедры, на которой освоено современное оборудование, внедрены в практику современные методы диагностики и лечения.

По заданию областного управления здравоохранения сотрудники кафедры провели хоздоговорную работу по теме «Фтористая интоксикация полости рта у детей Газзаводского района Читинской области». Сотрудники кафедры изучали структуру стоматологических заболеваний в Новой Чаре, поселке Агинское, Шерловой горе, Петровск-Забайкальске. Кроме этого они составляли план профилактических мероприятий и оказывали стоматологическую помощь.

Сотрудники кафедры стоматологии детского возраста принимали активное участие в международных, межобластных, региональных, городских научно-практических конференциях, выступали с докладами. Опубликовано более 80 научных статей, представлено более 15 докладов и оформлено 20 актов внедрения в учебный и лечебный процесс.

В 1992 году под руководством профессора В.Г. Сунцова успешно защитила кандидатскую диссертацию Лазарева



Нина Александровна. Ею изданы методические рекомендации «Профилактика аномалий и деформаций в зубочелюстной области у детей раннего возраста», утвержденные Центральной методической комиссией ГУУЗ И МЗ РСФСР.

В 1993 году Александр Владимирович Фефелов защитил кандидатскую диссертацию под руководством Иосифа Семеновича Пинелиса. В этом же году на кафедру пришли трудиться Анна Юрьевна Дульянинова и Ирина Юрьевна Гладких. Профилактикой стоматологических заболеваний на научно-обоснованном уровне занималась ассистент кафедры Попова Елена Святославовна, которая в 1999 году успешно защитила кандидатскую диссертацию.

Попова Е.С. заведовала кафедрой стоматологии детского возраста с 2005 по 2012 годы. В этот период (2007 год) кафедра переехала на базу клиники Читинской государственной медицинской академии по улице Новобульварной, 163. На кафедру приняты молодые преподаватели: к.м.н. Кухаренко Юлия Викторовна, к.м.н. Астафьева Наталья Валерьевна, Пронин Максим Юрьевич и Базарова Дарима Дмитриевна.

С 2012 по 2014 годы кафедрой возглавляла к.м.н., доцент Калинина Елена Николаевна. На базе ГУЗ ДКМЦ «Стоматологическое отделение» Калинина организовала центр по лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей.

С сентября 2014 года заведующей кафедрой детской стоматологии назначена к.м.н. Петрова Александра Моисеевна.

За эти годы под ее руководством опубликовано более 50 статей, издано 7 пособий (в том числе 1 с грифом умо).

Попова Елена Святославовна в 2015 году защитила докторскую диссертацию на тему «Роль заболеваний пародонта, состояния гемодинамики и микроциркуляции в патогенезе, профилактике и лечении зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в условиях резко континентального климата».

Кафедра проводит обширную учебно-методическую работу, внедряются новые методы преподавания (олимпиады, семинары-конкурсы, деловые игры и др.), созданы методические рекомендации и пособия по всем разделам дисциплины

для студентов, интернов, ординаторов. За последние годы преподавателями кафедры были утверждены три кандидатские и одна докторская диссертации.

В 2015 году заключены договоры с детским садом №28 и МБОУ «Детский сад №17» о совместной деятельности, где проводится профилактическая работа среди воспитанников по предупреждению стоматологических заболеваний.

В 2016 году детский сад № 28 при содействии кафедры получил статус МБДОУ «Центр развития ребенка» для реализации инновационного проекта «Повышение качества образования у детей дошкольного возраста посредством профилактики и лечения зубочелюстных аномалий и деформаций».

В 2017 году вышел приказ № 436 от 26.09.2017 г. об организации деятельности группы и начала приема детей с врожденной расщелиной твердого и мягкого неба и верхней губы в МБДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 28».

В 2023 году заключен договор о совместной деятельности ФГБОУ ВО ЧГМА и государственного учреждения социального обслуживания «Читинский центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, имени В.Н. Подгорбунского».

В данный момент на кафедре преподавательской деятельностью занимаются 4 основных преподавателя: заведующая кафедрой к.м.н. Петрова Александра Моисеевна, к.м.н., доцент Маложик Маргарита Сергеевна, Гаспарян Елена Сергеевна, Пронин Максим Юрьевич, Шнитова Ирина Валерьевна и совместители - Щербатюк Галина Валерьевна, Кордюк Мария Юрьевна, Романов Иван Андреевич, Пермяков Олег Николаевич.

На кафедре осуществляется подготовка ординаторов по специальностям «Детская стоматология» и «Ортодонтия», а также проводятся циклы профессиональной переподготовки по специальности «Детская стоматология» и усовершенствования врачей по специальностям: «Детская стоматология» и «Ортодонтия».

Приоритетными направлениями лечебной работы кафедры являются: все виды ортодонтической помощи, включая лечение с применением съёмной и несъёмной аппаратуры,

амбулаторная стоматологическая помощь детям с кариозной и некариозной патологиями, осложнением кариеса, заболеваниями пародонта и слизистой оболочки. Проводятся плановые операции при врождённых пороках и аномалиях ЧЛЮ, оказание помощи при острых воспалительных процессах ЧЛЮ.

Активно ведет свою работу студенческий научный кружок. На занятиях СНК рассматриваются актуальные вопросы детской стоматологии, профилактики и коммунальной стоматологии и ортодонтии. В кружке прошли подготовку более 40 студентов и ординаторов. Члены кружка кафедры стоматологии детского возраста каждый год участвуют в вузовских итоговых научных конференциях студентов и молодых ученых «Медицина завтрашнего дня» в секции «Актуальные вопросы стоматологии» и других секциях. Их выступления неоднократно отмечались дипломами и почётными грамотами.

Кафедрой разработаны визуализированные компьютерные рекомендации к практическим занятиям со студентами и врачами ФДПО по всем разделам детской стоматологии и ортодонтии. Создана иллюстративная компьютерная база для проведения занятий со студентами. Проводится компьютерное тестирование студентов и врачей ФДПО. Введены визуализированные компьютерные задания на экзамен студентов и итоговую аттестацию клинических ординаторов. Для улучшения обучения новым методикам лечения стоматологических заболеваний у детей проводятся мастер-классы на фантомах и тренажерах. Внедряются принципы доказательной медицины в процессе обучения студентов и клинических ординаторов.

Ежегодно в конце 9 семестра проводится производственная практика по детской стоматологии (помощник врача-стоматолога детского), на 6 семестре по профилактике и коммунальной стоматологии «Помощник врача стоматолога гигиениста».

С 2016 года реализуется вариативная часть программы «Клиническая детская стоматология», которая включает современные методы ортодонтического и терапевтического лечения на детском приеме.

Таким образом, несмотря на молодой возраст и немногочисленный состав, кафедра стоматологии детского возраста принимает активное участие в жизни стоматологического факультета и академии. Кафедре предстоит большой и серьезный путь по совершенствованию подготовки стоматологических кадров.

**Смирницкая М.В., Зобнин В.В., Доманова Е.Т.**  
**ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ СТОМАТОЛОГИИ ФАКУЛЬТЕТА**  
**ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО**  
**ОБРАЗОВАНИЯ ФГБОУ ВО ЧГМА**  
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»*

Кафедра стоматологии ФПК и ППС организована согласно постановления государственного комитета РФ по высшему образованию № 2 от 10.04.1998 г. и устава Читинской государственной медицинской академии.

Базой кафедры определена стоматологическая клиника ЧГМА.

Приказом ректора ЧГМА за № 240-ЛС от 07.10.1998 г. на должность заведующего кафедрой переводом назначен Бояров Ю.С., к.м.н., доцент, челюстно-лицевой хирург высшей категории. Юрий Семёнович в 1965 г. окончил стоматологический факультет ЧГМА, в 1967 г. клиническую ординатуру на кафедре хирургической стоматологии, работал в должности ассистента, доцента, заведующего кафедрой хирургической стоматологии. Кандидатская диссертация выполнена под руководством доцента В.З. Любарского и Н.А. Чартарижского на тему: «Сравнительная оценка репаративной регенерации костной ткани после удаления кистозных новообразований челюстей». Специализацию проходил в центральных институтах страны, г.г. Москва, Ленинград, Киев. Опубликовано более 50 научных статей. Юрий Семенович ушел на заслуженный отдых в 2012 году.

На должность доцента с кафедры терапевтической стоматологии переведен Ермольев С.Н., к.м.н., доцент, врач высшей категории. Сергей Николаевич в 1977 г. окончил стоматологический факультет ЧГМИ, работал в должности врача стоматолога, далее доцента кафедры терапевтической стоматологии. В 1994 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Роль сосудистых нарушений в развитии заболеваний пародонта у подростков в регионе Забайкалья и их фармакологическая коррекция». В 2006 г. успешно защитил докторскую диссертацию на тему: «Клинико-функциональные обследования комплексного лечения заболеваний пародонта

у жителей Забайкалья». С 2006 года работает в Центральном научно-исследовательском стоматологическом институте г. Москва.

Со дня открытия кафедры до 2002 г. на кафедре работала Бобровских Л.П., к.м.н., врач высшей категории. Лилия Прокопьевна выпускница стоматологического факультета Воронежского государственного медицинского института 1962 г. В 1966 г. окончила аспирантуру по ортопедической стоматологии при Казанском государственном медицинском институте под руководством профессора Оксмана И.М., кандидатская диссертация выполнена на тему: «Физико-механические, химические и токсикологические свойства эпоксидных композиций на основе смол ЭД-6, ЭД-5, Э-40». Опубликовано 40 научных работ.

С 2000 г. ассистентом на кафедре работал Гайдин Д.И. – к.м.н., челюстно-лицевой хирург высшей категории. Дмитрий Иванович окончил стоматологический факультет и клиническую ординатуру по хирургической стоматологии. С 1992 по 1994 г. аспирант кафедры хирургической стоматологии ЧГМА. Под руководством проф. Пинелиса И.С. в 1995 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Сравнительная эффективность применения иммуномодуляторов в комплексном лечении больных с переломом нижней челюсти». Специализировался при Санкт-Петербургской медицинской академии по восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Трудился на кафедре до 2010 года, затем перешел в практическое здравоохранение.

В 2002 году на должность ассистента кафедры был переведен к.м.н. врач ортопед высшей категории Зобнин В.В. В 1988г. окончил стоматологический факультет ЧГМИ. Далее закончил клиническую ординатуру на кафедру ортопедической стоматологии ЧГМИ. В 1990г. поступил в аспирантуру Омского государственного медицинского института и защитил диссертацию на тему: «Состояние пародонта и минерального компонента челюстных костей после удаления зубов и ортопедического лечения несъемными мостовидными протезами». В 2003 г. утвержден на должность заведующего

кафедрой стоматологии ФПК и ППС. Специализировался при МГМСУ, Российской Академии Постдипломного образования, при СПб медицинской академии «Имплантология». В настоящее время научные исследования посвящены изучению снижения иммунитета в полости рта при патологии пародонта, изучению качественного состава слюны и десневой жидкости. Является автором более 60 научных и учебно-методических трудов. Имеет множество грамот, ветеран труда, Отличник здравоохранения.

В 2002 году с кафедры ортопедической стоматологии на должность доцента был переведен Будаев А.А. В 1974 году Андрей Аюрзанаевич окончил ЧГМИ и продолжил обучение в клинической ординатуре. В последующем он работал в качестве заведующего отделением стоматологической клиники ЧГМА. С 1986 по 1989 годы он обучался в очной аспирантуре в Московском медицинском стоматологическом институте им. Семашко и успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Определение выносливости пародонта и изменение ее при ортопедическом лечении мостовидными протезами». После возвращения в Читу он продолжил работу в должности заведующего кафедрой ортопедической стоматологии. Будаев А.А. является автором и соавтором более 50 научных и научно-методических трудов, в том числе по педагогике высшей школы. Под его руководством успешно защищено 2 кандидатские диссертации. Будаев А.А. заслуженный врач Республики Бурятия и заслуженный работник здравоохранения Читинской области. К сожалению, в 2011 году мы простились с ним.

Баранова Ирина Геннадьевна ассистент кафедры с 2002 по 2014 г., выпускница стоматологического факультета ЧГМА (1999 г.). Врач стоматолог-ортопед успешно выполняла научно-исследовательскую работу, автор учебно-методических пособий.

С 2003 года на кафедре работает врач стоматолог терапевт высшей категории Смирницкая М.В. В 1988 г. Марина Валентиновна окончила стоматологический факультет ЧГМИ и была принята врачом в отделение терапевтической стоматологии. В 2006 г. под руководством проф. Пинелиса И.С. она защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Лечение хронических

и обострившихся форм периодонтита сорбентом СУМС–1 и иммуномодулятором ВИЛОН». Имеет патент на изобретение. Специализацию проходила на центральных базах Москвы и С–Петербурга. Доцент по специальности «Стоматология», врач-стоматолог-терапевт высшей квалификационной категории. Является автором свыше 100 научных статей и учебно-методической литературы. Имеет множество грамот, ветеран труда, Отличник здравоохранения.

Девяткин Николай Васильевич – опытный врач стоматолог – терапевт, ранее работал ассистентом кафедры терапевтическая стоматология. Окончил в 1978 г. ЧГМИ, затем клиническую ординатуру в 1980 г. Заочную аспирантуру закончил в Омском государственном медицинском институте в 1986 году. Автор более 20 научных статей и учебных пособий. Отличник здравоохранения РФ. Работал на кафедре с 2004 до 2012 года, затем работал в СО N2.

На должность доцента в 2008 г. принят Белоусов А.В. – д.м.н., врач высшей категории. Александр Васильевич выпускник стоматологического факультета Иркутского мединститута (1962), закончил клиническую ординатуру по терапевтической стоматологии при ИГМИ (1964) и аспирантуру в Московском медицинском стоматологическом институте (1970), заведовал кафедрой терапевтической стоматологии ЧГМА (1972-1997). Защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Динамика образования заместительного дентина при препарировании искусственных полостей в эксперименте» (Москва, 1970). Докторскую диссертацию «Клинико-функциональное обоснование диагностики и фармакологической коррекции ранних проявлений патологии пародонта в регионе Забайкалья» защитил в ЦНИИСе (Москва, 2001). Имеет 4 патента на изобретения. Опубликовано 65 научных статей. На заслуженный отдых Александр Васильевич ушел в 2017 году.

Гришаева Н.В. ассистент с 2006 по 2012 годы, выпускница стоматологического факультета ЧГМА 1999 г. После окончания клинической ординатуры по терапевтической стоматологии, поступила в аспирантуру на каф. терапевтической стоматологии



ЧГМА. Защитила диссертацию: «Состояние защитных гуморальных факторов полости рта при оральном кандидозе у беременных». В настоящее время работает в г. Москва.

Климова Ирина Сергеевна ассистент кафедры с 2013 года, кмн, выпускница 2003 г. стоматологического факультета ЧГМА. В 2006г закончила клиническую ординатуру по челюстно-лицевой хирургии. Обучалась в аспирантуре, результатом которой стала диссертационная работа на тему: Патогенетические механизмы развития одиночного фурункула и хронического фурункулеза челюстно-лицевой области, пути их коррекции. Является автором научных статей и учебных пособий. Опытный врач стоматолог, челюстно-лицевой хирург высшей квалификационной категории.

Понуровская Елена Андреевна выпускница стоматологического факультета ЧГМА 2004 г. В 2006 г окончила клиническую ординатуру по челюстно-лицевой хирургии. В 2009 г. под руководством проф. Пинелиса И.С. в 1995 успешно защитила кандидатскую диссертацию. Опытный врач стоматолог челюстно-лицевой хирург. Оказывала большую лечебную и консультативную помощь. Является автором научных и учебно-методических трудов. (2012-2014)

Доманова Елена Товьевна - ассистент кафедры с 2008 года, кандидат медицинских наук, выпускница стоматологического факультета ЧГМА 2003г. Закончила ординатуру по ортопедической стоматологии. В 2015 г защитила диссертационную работу «Биологические свойства десневой жидкости в патогенезе хронических генерализованных гингивита и пародонтита», автор учебно-методических пособий и научных статей. Врач стоматолог – ортопед высшей квалификационной категории.

Медведева Яна Викторовна ассистент кафедры с 2010 по 2016г. - выпускница стоматологического факультета ЧГМА 2002г. Закончила ординатуру по хирургической стоматологии. Квалифицированный врач стоматолог-хирург, выполняла научно-исследовательскую работу, автор учебно-методических пособий.

Соловьев Сергей Николаевич выпускник

стоматологического факультета ЧГМА 2001г. По окончании Вуза в 2002г поступил в ординатуру по ортопедической стоматологии. Результатом обучения в аспирантуре с 2005-2007г стала диссертационная работа на тему: «Оптимизация диагностики и лечения полного отсутствия зубов на нижней челюсти». Опытный врач стоматолог-ортопед, занимался лечебной деятельностью на базе клиники ЧГМА ортопедического отделения. Работал на кафедре 2012-2021гг.

Мищенко Мария Николаевна ассистент кафедры с 2012 по 2020 г.- выпускница стоматологического факультета ЧГМА 2004г. Прошла обучение в клинической ординатуре по терапевтической стоматологии, по окончании которой закончила аспирантуру, и успешно защитила кандидатскую диссертацию. Врач стоматолог-терапевт высшей квалификационной категории. Вела подготовку клинических ординаторов и врачей-интернов. Автор научных статей и учебных пособий.

С 2021 г. ассистентом на кафедре работает Лебедев Максим Александрович кафедры - выпускник стоматологического факультета ЧГМА 2016г. Окончил ординатуру по специальности “Стоматология терапевтическая” в 2021г. Врач стоматолог-терапевт. Ведёт подготовку клинических ординаторов. Занимается лечебной деятельностью на базе клиники ЧГМА терапевтического отделения. Автор научных статей и учебных пособий.



Кафедра стоматологии ФПК и ППС (2023 год)

С 2015 года на кафедре усердно трудится лаборант Тарасенко Ольга Владимировна.

Кафедрой организованы выездные очно-заочные сертификационные циклы в г. Владивосток, Благовещенск, Краснокаменск, Саха-Якутия г. Нерюнгри, Улан-Удэ.

За 25-и летнюю работу кафедры обучение прошли тысячи клинических интернов, клинических ординатора, врачей по профессиональной переподготовке и циклов повышения квалификации по терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии из Читинской, Амурской, Сахалинской областей, Забайкальского края, Бурятии, Приморья, Якутии и других регионов России.

За 25 лет работы кафедры издано более 500 научных статей и учебных пособий.

В данное время на кафедре работают самые преданные делу и академии преподаватели: заведующий кафедрой к.м.н., доцент Зобнин В.В.; доцент кафедры, к.м.н., доцент по специальности «Стоматология» Смирницкая М.В., ассистенты: к.м.н. Доманова Е.Т., к.м.н. Климова И.С., Лебедев М.А. и лаборант Тарасенко Ольга Владимировна.

**Шаповалов А.Г., Брянская М.Н.**  
**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКИ**  
**ФГБОУ ВО ЧГМА МИНЗДРАВА РОССИИ**  
*Клиника ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»*

История клиники начинается с 1963 года, когда была открыта стоматологическая клиника при Читинском государственном медицинском институте первым ректором Юрием Дмитриевичем Рыжковым, состоящая из двух самостоятельных подразделений: поликлиники и стационара.

В составе поликлиники были организованы терапевтическое и ортопедическое отделения, хирургический и лечебно-диагностический кабинеты: рентгеновский и физиотерапевтический. Стационар размещался на втором этаже. В своем распоряжении клиника имела лекционный зал на 100 посадочных мест.

4 апреля 2001 года ректор Читинской государственной медицинской академии Говориным Анатолием Васильевичем основано стоматологическое поликлиническое отделение №2 (ул. Бабушкина, 48), представляющее собой лечебно-диагностическое учреждение, направленное на лечение и профилактику стоматологических заболеваний.

В 2002 году по настоянию ректората ЧГМА, особенно ректора профессора Анатолия Васильевича Говорина, при поддержке Министерства здравоохранения РФ, удалось решить вопрос о переезде стоматологической клиники в новое пятиэтажное здание на ул. Новобульварная, 163.

Диагностическая поликлиника организована 29 мая 2001 года. Первоначально поликлиника располагалась в морфокорпусе (ул. Балябина, 1). В апреле 2003 года поликлиника переехала в более просторное помещение общежития №3 (ул. Бабушкина, 48), а в марте 2005 года поликлинику перевели в помещение площадью более 500 кв.м (ул. Бабушкина, 44). Сегодня диагностическая поликлиника – мощное лечебно-диагностическое подразделение, оказывающее консультативную, диагностическую и амбулаторно-поликлиническую помощь населению Читы и Забайкальского края.

В 2011 году стоматологическая клиника, хозрасчетное поликлиническое отделение (ул. Бабушкина, 48) и диагностическая поликлиника сформированы в единое структурное подразделение академии – Клинику.



**Клиника ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России.**

Сегодня Клиника ФГБОУ ВО ЧГМА является крупным многопрофильным специализированным лечебным и научным структурным подразделением медицинской академии, предоставляющим амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь населению города Читы, Забайкальского края, а также пациентам, проживающим на территориях других субъектов Российской Федерации, является базой образовательного процесса стоматологического факультета, а также факультета дополнительного профессионального образования по стоматологии и офтальмологии.

В составе Клиники ФГБОУ ВО ЧГМА функционируют структурные подразделения – стоматологические отделения №1, №2, №3, детские стоматологические отделения №1 и №2, зуботехническая лаборатория, диагностическая поликлиника, группа анестезиологии-реанимации, офтальмологическое отделение стационара мощностью на 4 койки дневного и 30 коек круглосуточного пребывания, офтальмологический кабинет, клиничко-диагностическая лаборатория, рентгенологический кабинет.

Основной задачей деятельности является оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи населению, внедрение новых технологий, научных разработок.

В целом учреждение обслуживает в год около 200 000 человек. Ежегодно для проведения специализированного лечения в Клинику госпитализируются более 2500 пациентов, из них более 500 го-

спитализаций приходится на высокотехнологичную медицинскую помощь. Доля иногородних пациентов Клиники превышает 20%.

Большая часть посетителей получает медицинскую помощь в Диагностической поликлинике. В состав поликлиники входят центры: атеросклероза и нарушений липидного обмена, детский неврологический центр. В центре атеросклероза и нарушений липидного обмена наблюдаются пациенты с гиперхолестеринемией, лица с ранним анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний, пациенты с подозрением на непереносимость липидоснижающей терапии. В детском неврологическом центре помощь оказывается детям с поражением центральной и периферической нервной системы, работают неврологи, психиатры, медицинские психологи и логопеды.



**Холл Диагностической поликлиники Клиники.**

В связи с формированием на базе Диагностической поликлиники центра «мужского здоровья» приобретен спермоанализатор Microptic SCA. Данное оборудование является уникальным, не имеющим аналогов на территории Забайкальского края. Данное исследование является высокоточным, занимает минимальное количество времени, по сравнению с аналогичными, условия проведения являются стандартизированными, что важно для использования оборудования, в том числе в научных целях.

В амбулаторно-поликлиническом подразделении поликлиники осуществляются консультации более чем по 30 вра-

чебным специальностям и выполняются более 500 видов лабораторных анализов. Прием ведут высококвалифицированные специалисты, сотрудники клинических кафедр, профессора, доценты, кандидаты наук, главные специалисты края и города. В поликлинике разработаны и внедрены программы наблюдения: Программа наблюдения детей первого года жизни; Программа ведения беременности; Программа «Здоровое сердце» для наблюдения лиц с патологией сердечно-сосудистой системы.

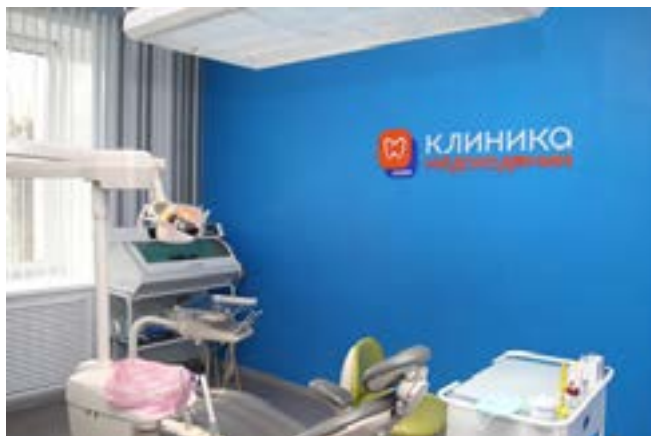
В отделении дневного стационара поликлиники проводится интенсивная терапия современными методами, среди них: ультрафиолетовое облучение крови, внутривенное лазерное облучение крови. В состав Диагностической поликлиники входят: клиничко-диагностическая, бактериологическая и гистологическая лаборатории, консультативно-диагностическое подразделение, которое включает в себя дневной стационар, отделение функциональной и ультразвуковой диагностики, отделение офтальмологии, отделение консультативной помощи детям, эндоскопический кабинет, рентгенологический кабинет, кабинет гирудотерапии, кабинет оториноларинголога и кабинет оториноларинголога-сурдолога.

С ноября 2022 года на базе Диагностической поликлиники производится «обслуживание» обучающихся, сформирован терапевтический участок. Студенты и ординаторы Читинской государственной медицинской академии имеют возможность получения полного спектра медицинских услуг в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Одним из приоритетных направлений деятельности Клиники является стоматология.

Терапевтическая стоматология: оказание данного вида медицинской помощи взрослому населению на сегодняшний день наиболее востребовано. Причем население понимает важность сохранения здоровья зубов, поэтому активно применяются в лечении современные материалы и оборудование. При реставрации зубов используются высокоэстетичные пломбирочные материалы, обладающие свойствами цветопередачи и прозрачности идентичными натуральным зубам. Так же при пломбировании, с целью полноценного восстановления функции используются полнорегулируемые артикуляторы с лицевой дугой. Оказание медицинской помощи в таких случаях производится в два этапа. Тем самым минимизируется усадка материалов и обеспечивается высокая точность восстановления твердых тканей зубов. При

эндодонтическом лечении, в ситуациях со сложными, изогнутыми корневыми каналами применяется операционный микроскоп. При заболеваниях пародонта используется аппарат Vestor - для обработки пародонтальных карманов. Обработка зубов с помощью вектор – терапии позволяет деликатно удалять все отложения и останавливать прогрессирующий воспалительный процесс в пародонте. Широкое применение нашёл аппарат Ozon DTA для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. Для проведения процедуры плазмолифтинга была приобретена центрифуга. Плазмолифтинг в стоматологии применяется для ускорения заживления тканей. Активно используются ультразвуковые установки VDW.ULTRA для обработки и ирригации корневых каналов.



**Лечебный кабинет стоматологического отделения №2 Клиники.**

В 2022 году внедрен в работу Стоматоскоп АФС, аппарат для диагностики слизистой оболочки полости рта, который визуализирует аутофлуоресцентное (эндогенное) свечение без введения экзогенных фотосенсибилизаторов или флуоресцирующих маркеров.

Каждый кабинет имеет полный комплект материалов, специального инструментария и оборудования.

В хирургической стоматологии, приоритетным направлением является имплантология, причем в настоящее время нет возрастных ограничений. Сегодня выполняется большое количество данных операций с применением реконструкции костной ткани, выполняются операции синуслифтинга.





**Операционная группы анестезиологии-реанимации Клиники.**

Детская стоматология не отстает в своем развитии, имеет комфортные помещения, игровые комнаты. Здесь обозначено направление – ортодонтия, с использованием съемных конструкций, разработанных у нас в учреждении, брекет-систем и сложночелюстных аппаратов. Пломбировочные материалы в детской стоматологии имеют различные цвета, и дети с удовольствием, безбоязненно ходят на прием к врачу. Стоматологическая помощь детям является одной из самых востребованных и зависит от распространенности стоматологических заболеваний, особенностей их течения, эффективности профилактики, качества оказания лечебной помощи, а также от социально – экономических факторов.

Проблема отсутствия зубов остро стоит на территории Российской Федерации. Данным направлением занимается ортопедическая стоматология. Кроме протезирования стандартными конструкциями, широко применяется протезирование на имплантах, высокоэстетичные металлокерамические коронки, конструкции зубных протезов на основе оксида циркония, безметалловая керамика по методике прессования.

Благодаря формированию лаборатории зуботехнического производства, существенно расширился спектр конструкций протезов при дефектах зубов и зубных рядов. При изготовлении съемных конструкций зубных протезов используются современные пластмассы как горячего отверждения, так и по технологии безмономерного литья. Активно внедряются мягкие,

нейлоновые протезы. В настоящее время проводятся работы по внедрению цифровых технологий, таких как 3D-печать, CAD-CAM технологии. Данное направление позволяет получить высокоточные и эстетичные конструкции зубных протезов. Сегодня существует возможность изготовления полноанатомических коронок из градиентного оксида циркония и коронок из композито-керамики – это новый материал, по прочностным и эстетическим качествам не уступающий традиционной металлокерамике. Так же данное оборудование позволяет изготавливать разборные модели челюстей, шаблоны для имплантации, литографические модели по STL – файлам компьютерных томограмм.



**Новые виды высокоточных и эстетичных ортопедических конструкций.**

В состав Клиники входит офтальмологическое отделение стационара, где пациенты пребывают круглосуточно. Все палаты снабжены сигнализацией, с возможностью вызова персонала. В отделении есть две операционные, оснащенные современным оборудованием последнего поколения, с возможностью визуализации.

зации хода оперативных вмешательств. Третья операционная – лазерная, которую удалось оснастить полным комплектом лазерных офтальмологических установок, разрешенных к использованию на территории Российской Федерации. Отдельный диагностический кабинет, позволяет проводить анализ качества оказания медицинской помощи, отслеживать динамику заболевания. Приоритетными направлениями работы отделения являются ранняя диагностика и лечение диабетической ретинопатии, глаукомы, оперативное лечение катаракты, глаукомы, возрастной макулярной дегенерации, диагностика и оперативное лечение патологии сетчатки. Медицинская помощь в хирургическом офтальмологическом отделении стационара является самой востребованной.

Из дорогостоящего оборудования, за последнее время в отделение офтальмологии стационара Клиники приобретена новейшая офтальмологическая система для фактоэмульсификации катаракты, в это же отделение закуплен дорогостоящий бесконтактный оптический когерентный томограф CIRRUS.

Группа анестезиологии-реанимации была открыта 5 сентября 2022 года и является одним из самых молодых подразделений Клиники.

Подразделение обеспечивает проведение всех видов анестезиологического пособия пациентам. Врачи группы проводят медикаментозную седацию, тотальную внутривенную анестезию, ингаляционную анестезию, эндотрахеальную анестезию. В группе созданы все условия для наблюдения за пациентами после проведения анестезиологического пособия. Контроль деятельности жизненно-важных органов и систем во время диагностических и лечебных процедур осуществляется с помощью высокоточных мониторных систем. Опытным персоналом проводится мониторинг и поддержание жизненно важных функций, динамическое наблюдение пациентов, лабораторное обследование.

Врачи-анестезиологи консультируют и выбирают методы анестезии индивидуально, в зависимости от вида лечебно-диагностической процедуры и состояния здоровья пациента. Пациенты всегда могут получить информацию о виде и особенностях планируемой анестезии. Отделение обеспечено современной наркозно-дыхательной и следящей аппаратурой. Комплекс этих мероприятий в значительной степени снижает риск анестезии и лечебно-диагностических процедур.

В подразделении имеются все возможности для проведе-

ния интенсивной терапии по современным стандартам и оказания эффективной неотложной помощи в критических ситуациях.

Врачи группы анестезиологии-реанимации проводят анестезиологические пособия пациентам офтальмологического и стоматологического профилей. В ближайших планах – проведение анестезий при эндоскопических исследованиях, а также детям и подросткам в стоматологической практике.

Как клиническая база для подготовки будущих врачей Клиника имеет необходимые площади и наборы помещений, студенты принимают пациентов, начиная обучаться на 3 курсе. Любой обучающийся имеет возможность пользоваться оборудованием, оказывать медицинскую помощь людям. Все манипуляции по оказанию медицинской помощи проводятся под контролем опытных преподавателей кафедр.

Клиника пользуется собственными разработками методов лечения и применяемыми аппаратами, все данные разделы запатентованы. Для теоретической подготовки в клинике имеются кабинеты, несколько лекционных залов.

Сегодня Клиника Читинской государственной медицинской академии – это безусловный лидер по ряду эксклюзивных медицинских технологий, часть из которых разработаны в стенах академии. Высокое качество медицинских услуг, безупречная профессиональная репутация сотрудников, новейшее лечебно-диагностическое оборудование и расходные материалы, а также желание совершенствовать процесс медицинского обслуживания являются залогом дальнейшего развития Клиники.

# Стома-Денталь –

- 28 лет является надежным поставщиком новейшего стоматологического оборудования для стоматологических клиник и зуботехнических лабораторий по всей России!
- Осуществляем поставку материалов и инструментов в самые сложные времена и санкции!
- Имеем лицензированный сервисный отдел, своевременно готовы произвести ремонт и монтаж оборудования!



Хабаровск  
ул. Истомина, 71  
(212)46-00-70, 46-00-71  
-914-402-27-37

г. Москва  
Кутузовский проспект,  
д. 36, стр.41, оф. 404  
(495) 781-00-76, (495)781-00-36

Мы в интернете:  
Стома-Денталь  
Info\_stoma\_dental  
www.dent.ru



# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

## Попова И.Н. Афанасьева В.К. ИТОГИ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 2022 ГОД

*ГАУЗ Краевая стоматологическая поликлиника, г. Чита*

Стоматологическая служба Забайкальского края представлена следующей сетью медицинских организаций: 1 стоматологическая поликлиника (ГАУЗ КСП); 30 ЦРБ, в составе которых есть стоматологические отделения (кабинеты); 1 медицинская организация федерального значения (клиника ЧГМА), 7 медицинских организаций краевого значения; 4- городского; 9 хозрасчетных ортопедических отделений в составе медицинских организаций.

Оснащение. Всего по Забайкальскому краю имеется 43 медицинских организации, в составе которых 29 стоматологических отделений и 86 отдельных стоматологических кабинетов. Всего в крае 330 стоматологических установок (требуют замены - 120 стоматологических установок), 26 дентальных рентгенустановок, 9 радиовизиографов, 3 ортопантомографа. Отсутствуют дентальные рентгенаппараты в Кыринском, Приаргунском, Хилокском, Улетовском и Читинском районах.

### Штаты

Специальность	2020 год	2021 год	2022 год
<b>Число штатных должностей</b>			
Ортодонты	17,75	17,25	17,5
Стоматологи	165,5	162,25	149
Стоматологи детские	72,25	67,25	67,25

Стоматологи-ортопеды	42,25	39,5	38,25
Стоматологи-терапевты	137,5	136,5	125,5
Стоматологи-хирурги	40,0	39,75	40,25
<b>Итого</b>	<b>475,25</b>	<b>462,5</b>	<b>437,75</b>
Зубные врачи	13,5	15	10,5
Зубные техники	59	58,75	54,5
<b>Число занятых должностей</b>			
Ортодонты	14,5	14,25	13,5
Стоматологи	131,75	125,75	112,5
Стоматологи детские	65,75	62,75	58,0
Стоматологи-ортопеды	37,25	32,5	29,75
Стоматологи-терапевты	117,5	117,25	108,75
Стоматологи-хирурги	35,75	32,5	29,75
<b>Итого</b>	<b>402,5</b>	<b>385</b>	<b>352,25</b>
Зубные врачи	8,5	11	8,5
Зубные техники	52,75	45,5	42,0
<b>Физических лиц</b>			
Ортодонты	14	11	12
Стоматологи	139	118	104
Стоматологи детские	50	41	41
Стоматологи-ортопеды	41	31	30
Стоматологи-терапевты	123	120	113
Стоматологи-хирурги	28	26	25
<b>Итого</b>	<b>381</b>	<b>347</b>	<b>325</b>
Зубные врачи	8	10	8
Зубные техники	52	47	43

## Распределение врачей стоматологического профиля Забайкальского края по стажу работы

Всего врачей	До 5 лет	6-10 лет	11-25 лет	25 лет и более	Из них пенсионного возраста
325 чел.	47 чел. (14,5%)	48 чел. (14,8%)	80 чел. (24,6%)	150 чел. (46,1%)	87 чел.(26,8%)

Население Забайкальского края в 2022 году составляло 1043467 чел.(взрослые-780834). Обеспеченность врачами-стоматологами Забайкалье на 10000 населения составляет 3,4. Низкая обеспеченность стоматологами (ниже 2) отмечается в следующих районах: Борзинский – 0,9; Дульдургинский – 1,4; Забайкальский - 0,7; Каларский -1,3; Калганский – 1,4; Красночикоийский – 1,2; Карымский – 1,6; Нерчинский - 1,5; Ононский -1,4; Петровск-Забайкальский - 0,6; Сретенский - 1,9; Чернышевский -1,3; Читинский – 1,8; Шелопугинский - 1,6. По сравнению с 2021 годом количество врачей стоматологического профиля уменьшилось на 22 человек составляет 325 врачей-стоматологов. Квалификационные категории имеют 196 чел. (60,3%). Из их высшую квалификационную категорию имеют 150, первую – 27 и вторую – 19 человек. В 2022 году проведено 5 заседаний экспертной квалификационной комиссии стоматологического направления, аттестовано 59 человек. Из них высшую категорию получили 46, первую – 7, вторую – 6 врачей.

### Количественные показатели стоматологической службы Забайкальского края за 3 года

Показатели	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Посещений всего	633384	672535	692293
в том числе стоматологами	618557	654505	673680
зубными врачами	14827	18030	18613
Первичных всего	333996	348132	364373
в том числе стоматологами	325383	337677	354483
зубными врачами	8613	10455	9890



Вылечено зубов	220207	231602	231111
в том числе стоматологами	213434	223511	223083
зубными врачами	6773	8091	8028
Из них постоянных всего	183923	193649	193881
в том числе стоматологами	178207	186638	186867
зубными врачами	5716	7011	7014
По поводу осложненного кариеса	48973	50116	46372
в том числе стоматологами	47427	48061	44306
зубными врачами	1546	2055	2066
Удалено зубов	111335	113300	110767
в том числе стоматологами	109240	110835	108436
зубными врачами	2095	2465	2331
Из них постоянных всего	86893	88615	85609
в том числе стоматологами	85094	86494	83665
зубными врачами	1799	2121	1944
Санировано всего	156297	162345	162757
в том числе стоматологами	151782	156814	157079
зубными врачами	4515	5531	5678
Осмотрено в порядке плановой санации всего	202936	240132	266705
в том числе стоматологами	198763	235612	262371
зубными врачами	4173	4520	4334
Нуждалось в санации всего	69544	85937	96963
в том числе стоматологами	67901	83924	95281
зубными врачами	1643	2013	1682
Санировано всего	34896	42515	44415
в том числе стоматологами	33982	41472	43443
зубными врачами	914	1043	972
Проведен курс профилактики	42036	52929	53174
в том числе стоматологами	41742	52463	52835
зубными врачами	294	466	339
Из общего числа посещений по ОМС	571148	595672	614070
в том числе стоматологами	556340	577677	595457
зубными врачами	14808	17995	18613

Выполненный объем работы в УЕТ всего	2775555	2805626	2956211
в том числе стоматологами	2721062	2731755	2885457
зубными врачами	54493	73871	70754
Выполненный объем работы в УЕТ по ОМС	2346942	2312365	2482782
в том числе стоматологами	2292601	2239349	2412028
зубными врачами	54342	73016	70754
Число лиц, получивших протезы всего	6989	6597	6764
Из них сельских жителей	967	873	974
Изготовлено протезов	14550	14391	14050
Число лиц, получивших ортодонтическое лечение всего	10201	13026	4874
Из них детей до 14 лет (включительно)	7071	9851	4472
15-17 лет (включительно)	2379	2962	247

На основании количественных показателей выведены качественные показатели работы стоматологической службы Забайкальского края.

### **Основные показатели работы стоматологической службы Забайкальского края за три года**

<b>Показатели работы по терапевтической стоматологии:</b>	<b>2020 г.</b>	<b>2021 г.</b>	<b>2022 г.</b>
Число посещений в год на 1 жителя	0,6	0,6	0,5
Обеспеченность врачами-стоматологами всего на 10 тыс. населения по краю	3,79	3,3	
Врачебная функция по УЕТ	7352	7628	9112
Число посещений в день	9,9	10,2	14,5
Число пломб в день	4,5	4,6	4,9
В том числе композитных	3,0	3,1	3,5
Число санаций в день	3,1	3,3	3,6
Число УЕТ в день	47,5	50,6	54,5

Соотношение неосложненного кариеса к осложненному постоянных зубов	4,1	3,8	4,2
Соотношение неосложненного кариеса к осложненному молочных зубов	3,5	2,8	3
Соотношение вылеченных зубов к удаленным (постоянные зубы)	2,7	2,2	3,9
Соотношение вылеченных зубов к удаленным (молочные зубы)	2,3	1,7	1,7
Число посещений на 1 пломбу	1,5	1,3	1,3
Число посещений на 1 санацию	3,1	2,6	2,5
% односеансного лечения зубов по поводу осложненных форм кариеса	14	12,8	14,3
% санированных от числа первично обратившихся	52,7	60,5	62,5
Охват профилактическими осмотрами	61,7	72	64
в том числе детей:	50,7	65,4	57,9
% нуждавшихся в санации	34	35,5	35,6
в том числе детей:	36,1	35,9	36,1
% санированных	54,6	54,2	54,8
в том числе детей:	54,1	51,8	51,1
<b>Показатели работы ортопедической стоматологии:</b>	<b>2020 г.</b>	<b>2021 г.</b>	<b>2022 г.</b>
Число посещений в день	4,5	4,6	4,9
УЕТ в день	14,4	12,3	13,4
Число лиц, получивших протезы	6989	6597	6764
Из них сельских жителей	967	873	974
Изготовлено протезов	14550	14391	14050
Число лиц, получивших протезы на 10 000 населения	88,2	83,7	86,6
Количество опорных зубов в одном мостовидном протезе	2,2	2,3	2,3
Количество восстановленных зубов на один опорный зуб	0,9	1,1	0,8
Удельный вес фасеток	21,6	20,2	29,2
Количество бюгельных протезов	187	275	192

Количество единиц металлокерамики и фарфора	4452	4987	4837
Показатели работы ортодонтической стоматологии:	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Число посещений в день	11,2	11,6	11,8
Взято на лечение	2110	2442	1992
УЕТ в день	73,9	70	70,8
Число лиц, получивших ортодонтическое лечение всего	10201	13026	14065
Из них детей до 14 лет (включительно)	7071	9851	12184
Подростков 15-17 лет (включительно)	2379	2962	1726
<b>Показатели работы хирургической стоматологии</b>	<b>2020 г.</b>	<b>2021 г.</b>	<b>2022 г.</b>
Удалено зубов	111335	113300	110767
В том числе постоянных	86893	88615	85609
Периостит	3098	2614	2289
Абсцесс	278	251	300
Флегмона	22		4
Число послеоперационных осложнений	0,6	0,4	0,5
Выдано больничных листов	591	524	547
Среднее число дней нетрудоспособности	7,1	6,3	7,5

Всего было сделано посещений – 692293 (2021 год – 672535), что составляет на 1 жителя края - 0,5. К врачам-стоматологам было сделано 673680 посещений (2021 г. – 654505), к зубным врачам – 18613 (2021 г. – 18030). Число посещений на 1 врача в день – 14,5 (2021 год – 10,2). Функция врачебной должности составила – 9112 УЕТ (2021 год - 7628). Условные единицы трудоёмкости на 1 врача в день составили 54,5 УЕТ (2021 год – 50,6).

Санированных от числа первично обратившихся - 62,5 % (2021 год – 60,5 %). Вылечено зубов – 231111 (2021 год – 231602). Число пломб в день – 4,9 (2021 год – 4,6). Число зубов, вылеченных по поводу осложненного кариеса – 46372 (2021 год – 50116). Соотношение неосложненного кариеса к осложненному постоянных зубов 4, 2:1 (2021 год – 3, 8:1). Соотношение вылеченных зубов к удаленным (постоянные

зубы) - 3:1 (2021 г. – 2, 2:1). Процент односеансного лечения осложненных форм кариеса – 14,3 % (2021 год – 12,8%). Среднее число посещений на одну пломбу – 1,3 (2021 год – 1,3). Среднее число посещений на одну санацию составило – 2,5 (2021 год – 2,6). Охват профилактической работой по Забайкальскому краю составил 64% (2021 год – 72%), нуждалось в санации – 35,6% (2021 год – 35,5%), санировано – 54,8% (2021 год – 54,2%). Все показатели стоматологической службы по Забайкальскому краю за 2022 год в среднем на уровне показателей прошлого года.

Хирургическая стоматологическая помощь населению Забайкалья оказывается, как на смешанном приеме врачей-стоматологов, так и стоматологами-хирургами на дифференцированном приеме. В 11 медицинских организациях Забайкальского края ведут прием врачи стоматологи-хирурги. Всего удалено зубов – 110767 (2021 год - 113300), в том числе постоянных – 85609 (2021 год – 88615). Проведено хирургических операций всего – 8209 (2021 г. -8738), по поводу одонтогенных воспалительных заболеваний: периоститов – 2289 (2021 г. – 2614), абсцессов – 300 (2021 г. – 251). Число послеоперационных осложнений – 0,5% (2021 г. – 0,4%). Выдано больничных листов – 547 (2021 г. – 524). Среднее число дней нетрудоспособности – 7,5 (2021 г. – 6,3).

Ортопедическая помощь оказывается в 9 медицинских организациях Забайкальского края. Врачей стоматологов-ортопедов – 30, зубных техников – 41. За 2021 год к стоматологам-ортопедом было сделано 29835 посещений (2021 г. – 29835). Число лиц, получивших зубные протезы – 6764 чел. (2021 г. – 6597), из них сельских жителей – 974. Всего изготовлено протезов – 14050 (2021 г. – 14391). Количество УЕТ в день на одного врача – 13,4 УЕТ (2021 г. – 12,3). Изготовлено съёмных протезов – 4268 (2021 г.- 4238), бюгельных – 192 (2021 г. - 275), мостовидных протезов – 1852 (2021 г. – 1840), в них коронок – 4497 (2021 г. – 4674). Количество опорных зубов в одном мостовидном протезе составляет – 2,3 (2021 г. – 2,3), соотношение восстановленных зубов на один опорный – 0,8 (2021 г.- 1,1). Удельный вес фасеток составляет – 29,2%, количество металлокерамических единиц – 4837 (2021 г. – 4987). Количество посещений по поводу коррекций съёмных протезов в пределах нормативных показателей.

Для оказания ортодонтической помощи населению в Забайкалье работают 11 врачей-ортодонтотв: в КДКБ, стоматологическом отделении ДКМЦ г. Читы, клинике ЧГМА, Краевой стоматологической поликлинике. К стоматологам-ортодонтам за 2022 год было сделано 26293 (2021 г. – 25515) посещений. Количество пациентов, взятых на лечение в 2022 году – 1992 (2021 год – 2110). Число лиц, получивших ортодонтическое лечение – 14065 человек, из них детей 0-14 лет включительно – 12184 чел., подростков 15-17 лет включительно – 1726 чел.

**Основными задачи стоматологической службы на 2023 год:**

- повышение удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской стоматологической помощи;
- координация и согласование работы стоматологических медицинских организаций Забайкальского края, независимо от формы собственности;
- оснащение стоматологических кабинетов в соответствии с Порядками (приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. № 786 н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»);
- изучение и распространение передового опыта, внедрение новых методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний;
- совершенствование планово-нормативных и качественных показателей деятельности врачей-стоматологов;
- развитие кадрового потенциала, повышение профессионального уровня медицинских работников;
- проведение краевых конференций (при благополучной эпидситуации) с привлечением лекторов из центральных регионов РФ;
- аттестация врачей стоматологического профиля на соответствующие квалификационные категории;
- проведение первичной, первичной специализированной аккредитации врачей стоматологов Забайкальского края;
- помощь в проведении периодической аккредитации врачей стоматологов Забайкальского края.

УДК 616.314-089.87-053.2

Бондаренко Л.В., Гармаева С.В., Лучшева Л.Ф., Рыбак О.Г.

## УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

*КГБОУ ДПО «ИПКСЗ» МЗ ХК, кафедра стоматологии, г. Хабаровск*

**Введение:** Операция удаления зуба– это хирургическая манипуляция, при выполнении которой искусственно разрушается пародонтальный связочный аппарат и зуб извлекается из альвеолы. Детские зубы проходят три периода развития: временный прикус, сменный прикус, постоянный прикус.

**Цель исследования:** При удалении молочных зубов необходимо: подобрать метод обезболивания убедиться в необходимости седативной подготовки ребенка к оперативному вмешательству; определить показания и выполнить этапы операции удаления зуба, имея при этом набор инструментов (щипцы соответственно групповой принадлежности зуба, гладилка- распатор и др.).

**Материалы и методы исследования:** Особенности удаления зубов у детей раннее удаление молочных зубов при наличии под ними зачатков постоянных зубов может привести, во-первых, к повреждению этих зачатков, во-вторых, к формированию неправильного прикуса. Оставшиеся молочные зубы сближаются, оставляя, таким образом, мало места для прорезывания постоянного зуба (и он может искривиться, начать расти в сторону). Поэтому здоровый молочный зуб следует удалить (если он сам не выпал) только при практически полном рассасывании его корней.

**Результаты исследования:** Показания к удалению молочных зубов подвижность молочных зубов II и III степени при физиологическом рассасывании корней (более, чем на 1/2 длины корня),задержка рассасывания корней молочных зубов ,корни сильно разрушенных зубов (являются источником хронической инфекции), осложненные формы кариеса (не позволяющие эффективно вылечить зуб), острые одонтогенные воспалительные заболевания (периостит, обострение хронического периодонтита, остеомиелит, флегмона, лимфаденит, гайморит), острая травма зуба (перелом коронки и корня зуба), перелом коронки молочного

зуба (если его корень находится в стадии рассасывания), наличие ретенированных и сверхкомплектных зубов (являющихся потенциальным очагом воспаления или травмирующим фактором), ортодонтические показания.

Показания к удалению постоянных зубов у детей потеря анатомической и функциональной ценности зуба, острые одонтогенные воспалительные заболевания (возникающие при осложненном кариесе - обострение периодонтита, периостит, остеомиелит, гайморит, флегмона), сверхкомплектные и ретенированные зубы (не имеющие возможности для прорезывания), осложнения, связанные с неправильным лечением зуба (перфорация дна пульпарной камеры или перфорация корня), а также оскольчатый или продольный перелом корня зуба, высокая подвижность (II и III степени) постоянных зубов при тяжелых формах пародонтита, ортодонтические показания (например, скученность зубов с недостатком места в зубной дуге).

Противопоказания к удалению зубов сердечно-сосудистые заболевания, заболевания слизистой оболочки полости рта (стоматит, гингивит, хейлит, герпес, молочница), острые инфекционные заболевания, заболевания центральной нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит, олигофрения, болезнь Дауна), заболевания крови (лейкемия, гемофилия, злокачественное малокровие, острый лейкоз), острые заболевания почек, острая лучевая болезнь во II-III стадиях, алиментарная дистрофия, авитаминоз, цинга, менструация. удаление зуба, расположенного в зоне опухоли (в злокачественной опухоли или в костной гематоме).

Выбор метода обезболивания зависит от возраста, психоэмоционального состояния ребенка, предполагаемой травматичности операции, непереносимости анестетика, этиологии и этапа патогенеза заболевания, по поводу которого необходимо проводить операцию удаления зуба. У детей младшей возрастной группы (от 1 года до 4 лет) с неустойчивым психоэмоциональным статусом, у детей с органическими поражениями ЦНС (независимо от возраста), острыми



гнойными воспалительными заболеваниями, непереносимостью лекарственных препаратов операция удаления зуба должна выполняться под наркозом.

Перед применением местной анестезии необходимо собрать следующие анамнестические данные: проводилась ли ранее местная анестезия; имелись ли осложнения местной анестезии; отмечались ли аллергические реакции на местные анестетики.

Обезболивание при удалении молочных зубов имеет следующие особенности: для детей применяют местное инфильтрационное обезболивание, так как обезболивающие растворы у них хорошо проникают через тонкую пористую кортикальную пластинку и создают локальное депо на длительный период (как это бывает при внутрикостной анестезии). С помощью этой методики могут быть удалены молочные зубы верхней и нижней челюстей.

Исключение составляет возрастной период 4—7 лет, когда при удалении молочных моляров на нижней челюсти обезболивающий эффект инфильтрационного введения анестетика недостаточен. В этом случае прибегают к проводниковому виду обезболивания. Удаление молочного зуба имеет следующие особенности: при ее проведении не продвигают щипцы вдоль оси зуба и не проводят кюретаж лунки. Полная эпителизация лунки происходит через 7—9 дней.

Все осложнения, которые могут развиваться в ходе операции по удалению зуба, делят на общие (коллапс, обморок, шок, гипертонический криз и т.д.) и местные. К числу наиболее распространённых местных осложнений относят перелом удаляемого зуба либо его корня, который может быть связан как с выраженной степенью разрушения зуба, так и с какими-то особенностями строения его корня или же окружающей костной ткани. Данная проблема возникает и при гиперцементозе, когда на фоне длительно протекающих процессов в периодонте корень зуба интимно спаивается со стенкой альвеолы на некотором протяжении. Последние две причины актуальны и для другой проблемы - отлома участка альвеолярного отростка.

Неправильный подбор щипцов (более широкие щечки, чем коронка удаляемого зуба) и ошибки при использовании элеваторов для удаления зубов угрожают переломом, вывихом и удалением соседнего зуба. Грубое проведение оперативного вмешательства, в основном в области ещё непрорезавшегося зуба мудрости, а иногда в зоне второго моляра (особенно на фоне предшествовавших травм или патологии костной ткани по типу остеомиелита, опухолей и т.д.) может привести к перелому нижней челюсти, что на практике, к счастью, встречается редко.

В процессе удаления верхнего восьмого зуба прямым элеватором либо в результате глубокого продвижения щечек щипцов возможен отлом бугра верхней челюсти, иногда вместе с зубом мудрости либо, что бывает не так часто, с седьмым зубом. В результате вскрывается дно верхнечелюстной пазухи, а это чревато значительным кровотечением из мягких тканей и/или костных стенок. Отрыв бугра верхней челюсти опасен также риском появления подкожной эмфиземы лица.

При широком открывании рта, а также при сильном надавливании элеватором или щипцами на нижнюю челюсть во время удаления любого зуба может произойти вывих нижней челюсти. В данном случае он всегда, без исключения бывает передним и обычно односторонним, чаще наблюдаясь у лиц пожилого возраста.

При неосторожной работе врача (в особенности при грубом выполнении манипуляций с помощью прямого элеватора) либо вследствие несчастного случая (соскальзывание инструмента во время его продвижения) может наблюдаться повреждение мягких тканей.

**Заключение:** В качестве врачебной ошибки рассматривают и проталкивание зуба либо его корня в мягкие ткани, которое имеет место при неосторожных, резких движениях инструментов, при нарушении техники удаления зуба, при чрезмерном давлении на него или выскальзывании зуба из щипцов). Однако данная проблема возникает также и при патологическом расположении зуба (зубов) в челюсти.

В число местных осложнений входят повреждение зачатков

постоянных зубов у детей, перфорация верхнечелюстной пазухи, проглатывание зуба либо его корня, их аспирация с последующим развитием обтурации дыхательных путей и асфиксии. При наличии в области челюсти нераспознанной гемангиомы (сосудистой опухоли) из лунки может развиваться внезапное профузное кровотечение.

### Литература

1. Афанасьев В.В., Хирургическая стоматология : учебник / В.В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В.В. Афанасьева. — 3-е изд., перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-3704-9 - Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437049.html> - Режим доступа : по подписке.
2. Базилян Э.А. Операция удаления зуба : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений высш. проф. образования, обучающихся по направлению подгот. «Стоматология»: рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И.М.Сеченова» / Э. А. Базилян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. : ил.
3. Жидкова, О. И. Медицинская статистика : учебное пособие / О. И. Жидкова. – 2-е изд. – Саратов : Научная книга, 2019. – 159 с. – ISBN 978-5-9758-1802-7. – Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. – URL: <http://www.iprbookshop.ru/81024.html>
4. Местное обезболивание в стоматологии [Текст] : [учебное пособие для вузов] / [Э. А. Базилян, Л. В. Волчкова, Г. И. Лукина и др.] ; под ред. Э. А. Базиляна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 142 с.

УДК: 616.314-085: 616.716.8

Дамдинжапова Д.С., Найданова И.С.  
**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ  
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА  
С ПОМОЩЬЮ СПЛИНТ-ТЕРАПИИ  
И БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

Влияние аномалий прикуса на анатомо-функциональное состояние элементов зубочелюстной системы подтверждено данными многих исследователей [1, 3]. Окклюзионные нарушения компенсируются благодаря адаптационным механизмам височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц, при этом претерпевая изменения в своей структуре и физиологии [2, 4]. Клинические ситуации у пациентов с аномалиями прикуса, включающие болевой синдром, требуют комплексный подход в детальной диагностике и планировании многоэтапного лечения.

**Клинический случай.**

В Клинику ФГБОУ ВО ЧГМА обратился пациент Д., 16 лет с жалобами на боли и щелчки при движениях нижней челюсти в области ВНЧС слева, периодическое заклинивание нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что щелчки беспокоят около 1 года; боли и заклинивание челюсти наблюдает в течении 4 месяцев, заклинивание провоцирует прием твердой пищи, чаще в утренние часы. Обратился по поводу данного заболевания впервые, ранее лечение не проводилось. Наличие травм челюстно-лицевой области отрицает.

Согласно объективным данным: лицо симметричное, амплитуда открывания рта ограничена до 30 мм с S-образной девиацией нижней челюсти на 3 мм. При пальпации ВНЧС выявлены реципрокные щелчки с обеих сторон, болезненные ощущения слева (7 баллов ВАШ). При пальпации жевательных мышц: гипертонус собственно-жевательных и латеральных крыловидных мышц с обеих сторон; болезненность собственно-жевательной мышцы справа (6 баллов ВАШ).

Соотношение зубных рядов по 1 классу Энгля. Глубокая резцовая окклюзия на 1/2. Перекрестная травмирующая окклюзия в области зуба 14. Наклон окклюзионной плоскости верхней челюсти. Скученность зубов. Смещение центральной линии нижней челюсти в привычной окклюзии влево на 2 мм. Суперкон-

такты в области клыков с обеих сторон. При функциональных пробах на протрузию и открывание рта центр верхней и нижней челюсти совпадают с центром лица, что указывает на смещение нижней челюсти влево из-за блока в области зубов 14 и 44.

План дополнительного обследования: анализ контрольно-диагностических моделей (КМД), фотопротокол, телерентгенография (ТРГ) в боковой проекции, конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) челюстей с захватом ВНЧС, магнитно-резонансная томография (МРТ) ВНЧС.

По данным дополнительного обследования выявлено:

КДМ: вестибулярное положение 14, язычное положение 44.

ТРГ: I скелетный класс, глубокий прикус.

КЛКТ: скелетная асимметрия отсутствует, суставные элементы справа без патологии, слева имеется нечеткость контура кортикальной пластинки суставной головки.

МРТ: передняя дислокация суставного диска с репозицией слева, гипертрофия собственно-жевательной мышцы слева.

Диагноз: Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (K07.6); Хронический артрит ВНЧС слева. Передняя дислокация суставного диска с репозицией слева. Глубокий прикус (K07.2). Перекрестная окклюзия зубов 14 и 44. Смещение нижней челюсти влево.

План лечения:

I этап – восстановление мышечного равновесия и артикуляционных физиологических взаимоотношений с помощью сплент-терапии;

II этап – устранение окклюзионных нарушений и закрепление физиологической позиции элементов зубочелюстной системы с помощью брекет-системы.

I этап лечения осуществляли с помощью центрирующей акриловой капшы с перекрытием окклюзионной поверхности боковых зубов для постоянного использования. Моделирование капшы производили в артикуляторе после определения центрального соотношения челюстей по методике Р. Славичека с рентген-контролем расположения внутренних структур ВНЧС. Данный этап лечения завершился по достижению мышечного равновесия согласно результатам электромиографии (ЭМГ), продолжительность составляла 6 месяцев.

II этап лечения начался через 6 месяцев посредством брекет-системы, изготовлены окклюзионные накладки на высоту

капы. Пользование ею отменено. В течении 7 месяцев нормализовано положение зубов и повышение прикуса. Пациент снова направлен на контроль КЛКТ и МРТ ВНЧС, где все суставные элементы нормализованы.

По результатам спустя 13 месяцев пациент был удовлетворен по всем критериям, все установленные объективные критерии лечебных целей были достигнуты.

При правильном выборе комплексного плана лечения пациента с симптомами, указывающими на мышечную или окклюзионную дисфункцию, сплент-терапия и брекет-система показывают себя как действенный и результативный метод, который позволяет при полноценном понимании биомеханики и функциональной физиологии окклюзионно-мышечно-суставного комплекса проводить эффективную коррекцию нейромышечного состояния стоматогнатической системы в сторону ее полноценного баланса.

#### **Литература**

1. Ключников О. В., Подкорытов Ю. М., Ключникова О. Н. ТЭНС-терапия при лечении аномалий прикуса, осложнённых заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава // теория и практика современной стоматологии. – 2020. – с. 206-208.
2. Ордокова Э. Р. Диагностика и лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с аномалиями прикуса // Смоленский медицинский альманах. – 2018. – № 2. – с. 55-57.
3. Абзалова С.Л., Анохина А.В., Сайфуллина А.Р. Устройство для коррекции миофункциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава при зубочелюстных аномалиях // Патент России № RU 192474 U1. 2019.
4. Диденко Н.М., Бессчастный Д.С., Гончаров И.С. Подход к лечению пациентов с деформациями зубных рядов при синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава в клинике ортопедической стоматологии // Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – с. 575-578.
5. Макурдумян Д.А., Подгорнова Е.Н. 2022. Особенности диагностики и лечения дисфункции зубочелюстной системы у пациентов с аномалиями прикуса. Актуальные проблемы медицины. 45 (4): 343–350. Doi: 10.52575/2687-0940-2022-45-4-343-350

**Добролюбов М.А., Кузнецов И. А., Смирницкая М.В.**  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЛОМБИРОВОЧНЫХ**  
**МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЧАСТНОЙ**  
**И В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ**  
**КЛИНИКАХ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

**Актуальность исследования.** Каждому человеку приходилось хоть раз в жизни быть на приеме у врача стоматолога-терапевта и лечить зубы, но прежде необходимо сделать выбор, куда идти их лечить. Существуют два вида стоматологических клиник, это государственная клиника (по полису ОМС) и частная клиника. Существует мнение, что в частной очень дорого, но быстро, а в государственной дешево, но записаться на прием можно только через «полгода». А также, материал в государственной клинике хуже, чем в частной. Актуальным остаётся вопрос выбора стоматологической клиники для лечения зубов.

**Цель:** сравнить карты с диагнозами и лечением стоматологических пациентов, а также применение пломбировочных материалов в ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника», стоматологическое отделение N1 клиники ЧГМА и частного стоматологического кабинета ООО «АС» и эффективность их применения.

**Задачи:**

Провести ретроспективный анализ историй болезней пациентов с различным диагнозом и пломбированием различными пломбировочными материалами.

**Материалы и методы.** Для достижения цели был проведен ретроспективный анализ 50 карт пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» в 2022 году, 50 карт пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в стоматологическое отделение N1 клиники ЧГМА в 2022 году. А также, ретроспективный анализ 50 карт пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в ООО «АС» в 2022 году. Изучен спектр применяемых пломбировочных материалов при лечении различных диагнозов в течение 6 месяцев.

**Результаты исследования.** В ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» используют композиционные материалы светового отверждения отечественного производства Призмафил, УниРест, а также импортного производства: Spectrum TRN 3, Filtek.

В ходе анализа историй болезней выявлено, что 60% пломб были изготовлены из отечественных материалов (34% - УниРест, 26% - Призмафил); 4% пломб изготовлены из импортных материалов (20% - Spectrum TRN 3, 20% - Filtek Z250).

На фронтальный отдел зубов зарегистрировано 25% зубов объёма всех работ, и 75% на жевательный сегмент.



Из представленных данных выяснено, что наиболее часто применяемым материалом является УниРест.

В стоматологическом отделении №1 клиники ЧГМА на приеме в системе госгарантии используют композиционные материалы светового отверждения отечественного производства УниРест, а также импортного производства – Valux. На приеме в кабинете платных услуг - только материалы импортного производства Filtek Z250 и Filtek Ultimate.



В ходе анализа историй болезней выявлено, что на приеме в системе госгарантии 67% пломб были изготовлены из



отечественного материала УниРест, 33% пломб изготовлены из импортного материала Valux.

На фронтальный отдел зубов зарегистрировано 29% зубов объёма всех работ, и 71% на жевательный сегмент.



Из представленных данных выяснено, что наиболее часто применяемым материалом является УниРест.

На приеме же в кабинете платных услуг 49% пломб были изготовлены из импортного материала Filtek Z250, 51% пломб изготовлены из Filtek Ultimate.

На фронтальный отдел зубов зарегистрировано 44% зубов объёма всех работ, и 56% на жевательный сегмент.



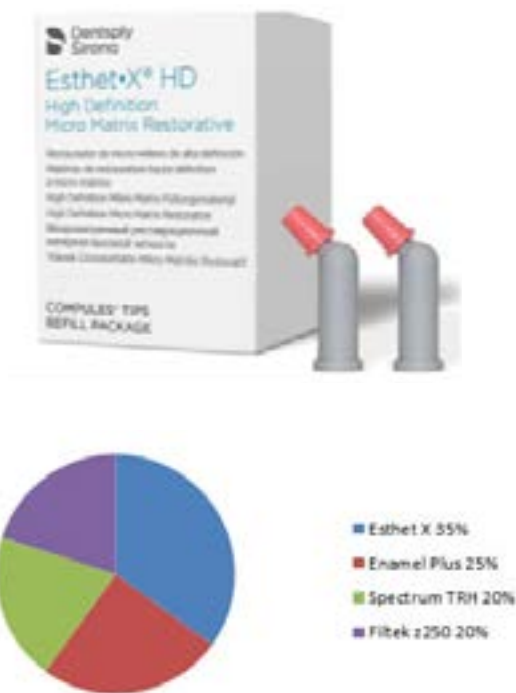
Из представленных данных выяснено, что количество применения того или иного материала примерно одинаковое. Применение материала Filtek Ultimate предпочтителен при реставрациях передней группы зубов.

В стоматологическом кабинете ООО «АС» используют композиционные материалы светового отверждения импортного производства (Esthet X, Enamel Plus, Spectrum TRH 3, Filtek Z250).

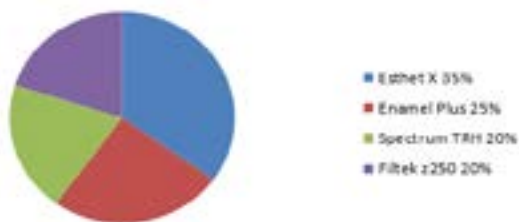
В ходе анализа историй болезней выявлено, что 100% пломб были изготовлены из импортных материалов (35% - Esthet X, 25% - Enamel Plus, 20% - Spectrum TRH 3, 20% - Filtek Z250, Рис. 2).

На фронтальный отдел зубов зарегистрировано 65% зубов объёма всех работ, и 35% на жевательный сегмент.

Из представленных данных выяснено, что наиболее часто применяемым материалом является Esthet X.



**Рис. 1. Пломбировочный материал, используемый в ГАУЗ « Краевая стоматологическая поликлиника»**



**Рис. 2. Пломбировочный материал, используемый в частной стоматологм ОО «АС»**

### **Выводы:**

1. В ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» чаще всего используются материалы отечественного производства. Это связано с низкой стоимостью материалов.
2. Исходя из анализа карт пациентов в ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» лечение направлено на восстановление функционального 75% и косметического 25% результата. Данный показатель следует считать определяющим в характеристике мотиваций обращаемости за стоматологической помощью, поскольку очевидно, что в основном пациенты обращаются за стоматологической помощью в связи с нарушением (ухудшением) функции жевания и с появлением каких-либо нарушений со стороны функционирования желудочно-кишечного тракта.
3. В клинике Медакадемии на приеме по ОМС чаще всего используются материалы отечественного производства. Это связано с низкой стоимостью материалов и условиями их закупа. В кабинете платных услуг используются материалы только импортного производства. Это связано с их надежностью, прочностью, эстетичностью и долговечностью.
4. Исходя из анализа карт пациентов клиники Медакадемии в системе госгарантии лечение направлено на восстановление функционального 71% и косметического 29% результата. Данный показатель следует считать

определяющим в характеристике мотиваций обращаемости за стоматологической помощью, поскольку очевидно, что в основном пациенты обращаются за стоматологической помощью в связи с нарушением (ухудшением) функции жевания

5. Исходя из анализа карт пациентов клиники Медакадемии в кабинете платных услуг лечение направлено на восстановление функционального 56% и косметического 44% результата. По данным показателям следует считать, что пациенты обращаются за стоматологической помощью в связи с нарушением (ухудшением) функции жевания и косметическими проблемами примерно в равной степени.
6. В ООО «АС» используются материалы импортного производства. Это связано с их надежностью, прочностью и эстетичностью.
7. Исходя из анализа карт пациентов в частном стоматологическом кабинете ООО «АС» лечение направлено на восстановление косметического 65% и функционального 35% параметров. Косметический, данный показатель является определяющим в характеристике мотиваций обращаемости за стоматологической помощью в связи с нарушением эстетики фронтального отдела зубов, что приводит к проблемам психологического характера и к ухудшению качества жизни.

### **Литература**

1. Алимский А.В., Кузнецов В.В. Проблемы экономического образования руководителей стоматологических организаций // Экономика и менеджмент в стоматологии, 2002.
2. Андреев Е.П., Белов В.Н., Лайко С.И. Потребность населения в стоматологической помощи и критерии её эффективности //Сб. «Актуальные вопросы стоматологии», М., 1995.
3. Антонов А.Н. Социально-демографические и мотивационные аспекты удовлетворённости стоматологической помощью в современных условиях, Дисс. .к.м.н., М., 2008.
4. Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г. Математико-статистические методы экспертных оценок, М., Статистика, 1980.

5. Гринин В.М., Абаев З.М. Факторы, влияющие на обращаемость пациентов в стоматологические учреждения негосударственного сектора //Стоматолог, 2005.
6. Гринин В.М., Еркарян И.М. Клинико-мотивационные аспекты обращаемости населения городского территориального участка //Сб.трудов Всероссийской научно-практ. конф. «Образование, наука и практика в стоматологии, М., 2004.
7. Гринин В.М., Мамедов С.С. К вопросу оказания стоматологической помощи во внебюджетных стоматологических учреждениях //Сб. научн. трудов ММСИ, 1994.
8. Гринин В.М., Полозова И.Г. Клинико-организационные формы оказания терапевтической стоматологической помощи населению города //Стоматология для всех, 2004.
9. Гринин В.М., Полозова И.Г., Садовский В.В. Анализ клинико-организационных особенностей обращений пациентов за терапевтической стоматологической помощью в негосударственный сектор //Маэстро стоматологии, 2004.
10. Гринин В.М., Предтеченский Н.Н. Анализ причин и целей обращений населения за терапевтической и ортопедической стоматологической помощью в условиях стоматологического рынка //Стоматология для всех, 2003.
11. Гринин В.М., Предтеченский Н.Н. Системные вопросы оценки качества оказания стоматологической помощи населению //Стоматология для всех, 2004.

УДК 616.31 – 002: 612.017.1

**Доманова Е.Т., Зобнин В.В., Смирницкая М.В.  
ВЛИЯНИЕ АУТОАНТИТЕЛ НА ПАТОГЕНЕЗ  
ПАРОДОНТИТА И ГИНГИВИТА**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

**Введение.** Синтез аутоантител (аАТ) сопряжен с общим иммунным статусом организма. ААТ выявлены к ферментам, гормонам, медиаторам и регулируют их активность, являясь в одном случае сдерживающим механизмом, в другом – провокатором хронического процесса, способны каталитическим образом элиминировать вазоактивные пептиды из локуса воспаления [1,2]. В секретах слизистых аутоантитела представлены sIgA, а в крови – IgG, гистогематические барьеры селективно ограничивают резорбцию биологических веществ из очага воспаления в [3]. Исходя из этого, участие аАТ в патогенезе пародонтита и гингивита представлялось возможным. Определен уровень аутоантител в здоровом пародонте, хроническом гингивите и пародонтите и выявлены корреляционные связи. Полученные результаты могут быть использованы как диагностические и прогностические тесты воспалительных реакций.

**Цель работы** – исследовать роль аутоантител в патогенезе хронических заболеваний пародонта.

**Материал и методы исследования.** В исследовании участвовали 45 человек в возрасте от 25 до 40 лет. 15 практически здоровых людей с интактным пародонтом, 15 пациентов с диагнозом хронический гингивит (ХГ), 15 – хроническим пародонтитом (ХП). Материалом для исследования служили: смывы из десневой борозды (СДБ) и содержимое пародонтального кармана (СПК), сыворотка, ротовая жидкость. Концентрацию IL-1 $\beta$ ,  $\alpha$ -дефензина (HNP- $\alpha$ ), белков теплового шока - 70 (HSP-70) определяли методом ИФА (пг/мл) (реактивы фирмы «Вектор-Бест», Новосибирск и реактивы фирмы «Nucult Biotech» USA Michigan). Уровень аАТ к HNP- $\alpha$  и HSC-70 исследовали оригинальным методом (OD450) [Цыбиков Н.Н. и др., 2010], результат выражали в единицах оптической плотности – ед.оп.. Статистическая обработка данных проводилась в программе STA-

TISTICA® версии 6.0, StatSoftInc., (USA). При сравнении групп использовался U – критерий Манна–Уитни. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ . Результаты исследования представлены как  $Me \pm SD$ . Корреляционный анализ проводили по методу Спирмена.

**Результаты исследования.** Содержание интерлейкина IL-1 $\beta$ , аутоантител у здоровых и при воспалительных заболеваниях пародонта. У здоровых лиц содержание IL-1 $\beta$  в РЖ выше, чем в СДБ (Табл 1), что отражает местную генерацию интерлейкина клетками, контактирующими с микрофлорой полости рта. Уровень аутоантител (аАТ) класса sIgA в РЖ находится в следовых значениях, что позволяет IL-1 $\beta$  поддерживать оптимальный уровень микрофлоры в полости рта. В сыворотке концентрация цитокина ниже, чем в СДБ и РЖ, чтобы избежать развития системного воспаления.

Таблица 1

**Уровень IL-1 $\beta$ , аутоантител и IL-1Ra здоровых и при воспалительных заболеваниях пародонта**

Me $\pm$ SD (25,00 и 75,00)	Здоровый пародонт	Хронический гингивит	Хронический пародонтит
<b>Уровень IL-1<math>\beta</math> (пг/мл)</b>			
СДБ и СПК	23,0 $\pm$ 4,9	56,9 $\pm$ 19,8 *	97,6 $\pm$ 166,5 *, **
Ротовая жидкость	60,5 $\pm$ 11,8 **	48,9 $\pm$ 13,0 *; ***	87,0 $\pm$ 32,8 *
Сыворотка	17,6 $\pm$ 3,6 ****; *****	28,6 $\pm$ 9,3 ****	37,8 $\pm$ 19,1 *, **
<b>Уровень аутоантител к IL-1<math>\beta</math> (единицы оптической плотности)</b>			
СДБ и СПК (аутоантитела класса sIgA)	0,141 $\pm$ 0,21	0,119 $\pm$ 0,25	0,108 $\pm$ 0,03
Ротовая жидкость (аутоантитела класса sIgA)	0,09 $\pm$ 0,03	0,176 $\pm$ 0,10 *	0,096 $\pm$ 0,04

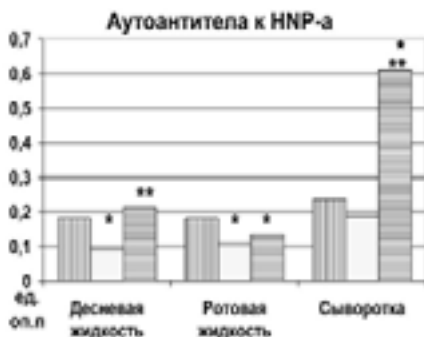
Сыворотка (аутоантитела класса IgG)	0,292± 0,68 ****; *****	0,892± 0,62 ****; *****	1,008±0,83 ****; *****
---	----------------------------	----------------------------	---------------------------

*Примечание: (U-тест) статистически значимых отличий: \* – по сравнению со здоровым пародонтом при ( $p < 0,05$ ); \*\* – между хроническим гингивитом и пародонтитом; \*\*\* – между содержимым десневой борозды и ротовой жидкостью; \*\*\*\* – между содержимым десневой борозды и сывороткой ( $p < 0,05$ ); \*\*\*\*\* – между ротовой жидкостью и сывороткой.*

При ХГ повышенная концентрация IL-1 $\beta$  в СДБ отражает работу цитокина. В РЖ IL-1 $\beta$  регистрируется на высоком уровне, что объясняется активностью местного иммунитета полости рта, к тому аАТ класса sIgA, все же ограничивают полноту действий цитокина, сдерживая интенсивность воспаления на уровне хронического, но не острого. Умеренные корреляционные связи между IL-1 $\beta$  и аутоантителами класса sIgA подтверждают. В сыворотке содержание IL-1 $\beta$  находится в низших значениях по сравнению с СДБ и РЖ, в совокупности с этим аутоантитела класса IgG в отличие от уровня в СДБ и РЖ, являются блокирующим фактором для IL-1 $\beta$ , что подтверждается умеренными корреляционными отношениями цитокина и аутоантител. Хронический пародонтит характеризуется значительным содержанием IL-1 $\beta$  как в СПК, так и в РЖ и СВ по сравнению со здоровыми и ХГ. Данное обстоятельство отражает интенсивный воспалительный процесс. Уровень аутоантител резко увеличивался в СВ по сравнению с СПК и РЖ, что является сдерживающим компонентом в развитии системного воспаления.

У лиц со здоровым пародонтом в СДБ наблюдается высокая концентрация HNP- $\alpha$ . Уровень аутоантител выявленных в смывах десневой борозды несколько выше, чем у ХГ, но меньше ХП. ААТ регулируют активность HNP- $\alpha$ , не допуская развития воспаления, и, в тоже время, поддерживают определенный уровень свободных молекул для участия в иммунном ответе. Данное обстоятельство подтверждается корреляционной связью аАТ с HNP- $\alpha$ .





**Рисунок 1. Уровень α-дефензина (HNP-α) и аутоантител у здоровых и при воспалительных заболеваниях пародонта**

*Примечание: (U-тест) статистически значимых отличий:*

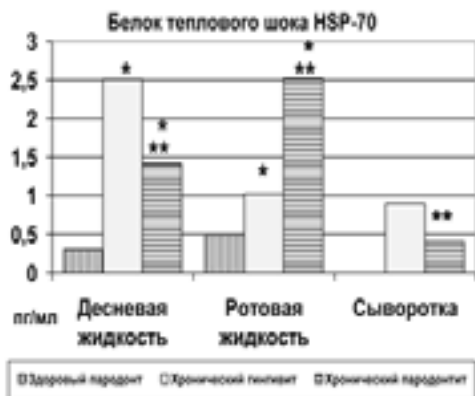
\* – по сравнению со здоровым пародонтом при ( $p < 0,05$ );

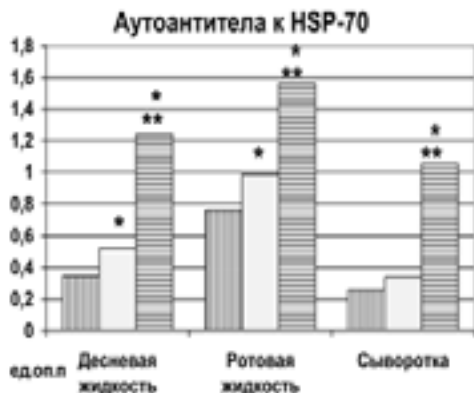
\*\* – между хроническим гингивитом и пародонтитом ( $p < 0,05$ ).

При хроническом гингивите содержание дефензинов в СДБ снижается по сравнению со здоровыми, но остается значительным, количество аАт снижено, что дает возможность HNP-α активно участвовать в иммунном ответе. Хронический пародонтит характеризуется малой концентрацией дефензина в СПК в сравнении со здоровыми и больными гингивитом, возможно, вследствие потребления пептида в ходе воспалительной реакции, или вследствие активного синтеза аутоантител, блокирующих активность дефензина. Но ни одна из двух последних причин не

нашла своего подтверждения в корреляционном анализе. В РЖ уровень HNP- $\alpha$  здорового пародонта в 9 раз ниже, чем в СДБ, так как нейтрофилы в полости рта менее активны, чем в эпителии прикрепления зубодесневой борозды. Концентрация аутоантител класса sIgA находится на более высоком уровне, чем при ХГ и ХП. При гингивите и в большей степени при пародонтите содержание пептида в РЖ повышается, что отражает активность местного иммунитета и характеризует его интенсивность в борьбе с патогенной микрофлорой. Уровень аутоантител класса sIgA этих нозологических групп регистрировался на низших значениях, что в свою очередь позволяет функционировать HNP- $\alpha$  в полном объеме. Концентрация дефензина в сыворотке у пациентов без ВЗП коррелировала с уровнем аутоантител класса IgG, что является необходимым во избежание системного воспаления.

У здоровых лиц уровень HSP-70 регистрировался в СДБ и РЖ, причем содержание в ротовой жидкости было несколько выше, чем в десневой борозде. В свою очередь концентрация аутоантител класса sIgA определялась в высоких значениях как в ротовой жидкости, так и в смывах десневой борозды, это подтверждается умеренной корреляционной связью между HSP-70 в СДБ и уровнем аутоантител класса sIgA, что на наш взгляд, свидетельствует о динамичном равновесии регулируемого гомеостаза организма.





**Рисунок 2. Уровень белков теплового шока HSP-70 и аутоантител у здоровых и при воспалительных заболеваниях пародонта**

*Примечание: (U-тест) статистически значимых отличий ( $p < 0,05$ ):*

*\* – по сравнению со здоровым пародонтом;*

*\*\* – между хроническим гингивитом и пародонтитом.*

В сыворотке крови у пациентов без воспалительных заболеваний пародонта белок теплового шока не обнаруживался. Но о присутствии шаперона говорит наличие аутоантител класса sIgA в сыворотке здоровых людей. При хроническом гингивите высокие значения HSP-70 регистрировались в СДБ и несколько снижались в РЖ, хотя уровень аутоантител был обратно пропорционален и наблюдался в значительных концентрациях в полости рта по сравнению с десневой бороздой. В отличие от группы здоровых людей, в сыворотке крови пациентов с гингивитом регистрируется слабая концентрация белка теплового шока. Содержание аутоантител ниже при ХГ по сравнению со здоровыми и ХП, что в свою очередь позволяет функционировать HSP-70 в полном объеме. Хронический пародонтит знаменуется подъемом уровня HSP-70 в РЖ. Но высокое содержание аАТ класса sIgA к шаперону тормозит провоспалительную деятельность белка, и снижает его презентативные свойства для АПК. В СПК содержание HSP-70 и аутоантител класса sIgA снижено по сравнению с РЖ, что связано с потреблением белка в ходе реакции воспаления. Регистрировались корреляционные связи между HSP-70 и аАТ, что подтверждает блокирующий механизм

последних в отношении белка, сохраняя воспалительный процесс стабильно хроническим. В сыворотке концентрация HSP-70 уменьшалась по сравнению ХГ, но в противоположность к этому уровень аутоантител был значительно выше, чем у лиц без ВЗП и при ХГ. В сыворотке концентрация HSP-70 уменьшалась по сравнению ХГ, но в противоположность к этому уровень аутоантител класса IgG был значительно выше, чем у лиц без ВЗП и при ХГ, что является блокирующим эффектом работы пептида и предполагает защитный механизм от его разрушающего действия на системном уровне.

**Заключение.** Аутоантитела к IL-1 $\beta$ , HNP- $\alpha$ , HSP-70 контролируют содержание пептидов в слюнной и ротовой жидкостях, сыворотки крови при хронических воспалительных заболеваниях гингивит и пародонтит, ограничивая полноту действий и сдерживая интенсивность воспаления на уровне хронического.

#### Литература

1. Кузник Б.И., Цыбиков Н.Н. Иммунный механизм регуляции системы гемостаза: роль каталитических аутоантител – абзимов // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2011. - № 3 (47). – С. 3 – 17.
2. Цыбиков Н.Н., Терешков П.П., Кузник Б.И. Аутоантитела-абзимы к эндотелину-1 (1-21) // Забайкальский медицинский вестник. - №1. – 2011. Режим доступа: <http://medacadem.chita.ru/zmv>.
3. Tsybikov N.N. Heat shock protein 70 and anti-heart shock protein 70 antibodies in nasal secretions of patients with chronic rhinosinusitis / N.N. Tsybikov, E.V Egorova, B.I. Kuznik, E.V. Fefelova, E. Magen // Allergy Rhinol. – 2016. – 7.

**Гребнев Г.А., Бондарева А.М., Гук В.А., Иванова А.К.,  
Соколова М.О.**

**НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОМОЩЬЮ  
СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ**

**ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,  
г. Санкт-Петербург**

**Введение.** В настоящее время в стоматологической практике широко используются современные технологии, материалы и оборудования, улучшается база военно-медицинских учреждений. Это существенно увеличивает потребность в дополнительных методах диагностики.

Сканирующая электронная микроскопия (СЭМ) уже довольно давно является полезным инструментом в исследованиях, с 1962 года публикуются научно-исследовательские статьи с использованием СЭМ в стоматологии. Данный метод является чуть ли не самым основным в получении основных знаний в разделе наук о материалах, которые уже внедрились как привычные оборудования современных лабораторий. Практически трудно представить себе точное решение ряда задач без использования сканирующей электронной микроскопии. С помощью сканирующего электронного микроскопа можно получать изображения образца путем сканирования поверхности сфокусированным пучком электронов. При этом электроны взаимодействуют с атомами в образце, производя различные знаки, которые несут информацию о поверхностной топографии и составе образца. Сам материал находится в одном из условий – в высоком вакууме, в низком вакууме, в условиях повышенной влажности или переменного давления окружающей среды СЭМ.

**Цель.** Внедрение и оценка использования дополнительного метода обследования пациентов стоматологического профиля с помощью сканирующей электронной микроскопии в военно-медицинских учреждениях.

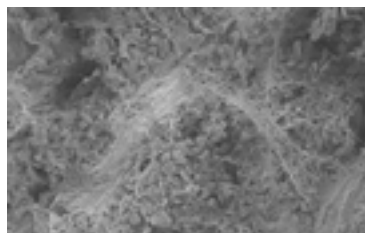
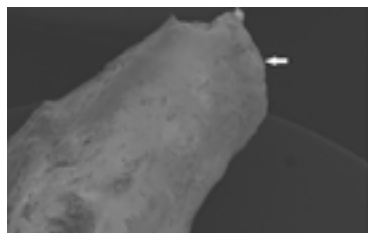
**Материалы и метод исследования.** При рентгенологическом обследовании пациентов, проходящих лечение в клинике челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М Кирова, выявлялись патологическими изменениями в тканях периодонта по типу: склерозирование периодонтальной щели, разрежение костной

ткани в проекции верхушки корня зуба при гранулематозном периодонтите, радикулярной кисте челюсти. В исследование были отобраны корни зубов, удаленные при проведении хирургической санации полости рта при наличии перечисленных изменений. Поверхность удаленных корней зубов аккуратно отмыли с помощью физиологического раствора от крови.

Также для исследования был получен с помощью механической чистки зубов образец с твердыми зубными отложениями.

Удаленные корни зубов и зубной налет поместили в колбы и фиксировали в соотношении 1:10 в 2,5% растворе глутарового альдегида (рН= 7,2). Материал хранился строго в холодильнике при температуре 4<sup>0</sup>С.[1,4] Микроскопию подготовленных образцов выполняли на сканирующем электронном микроскопе Merlin (Carl Zeiss, Германия), оценку микробиологического статуса и морфологических особенностей выполняли в Научно-исследовательском центре в Военно-Медицинской академии имени С.М. Кирова.

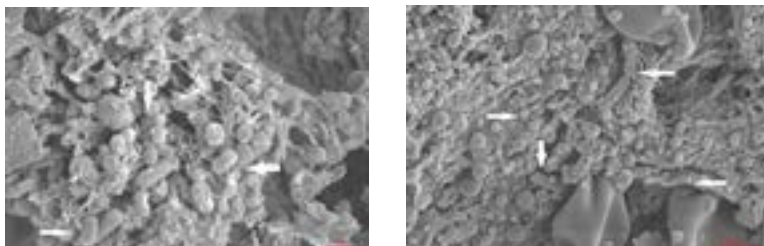
Результаты исследования. На фотографиях СЭМ представлены образцы с материалом. На первом образце исследовали поверхность гранулемы на верхушке корня зуба (Рис.1), в периферической части корня – волокна рыхлой волокнистой соединительной ткани. Поверхность её покрыта тромботическими массами и отдельно лежащими эритроцитами. Без фрагментации образца – получение информации ограничено.



**А** **Б**  
**Рисунок 1. Сканирующая электронная микроскопия**  
**А – Образец корня зуба с гранулемой.** **Б – тромботические массы на поверхности гранулемы.**

У второго образца со склерозированной периодонтальной щелью определялись эритроциты, которые густо покрывали поверхность корня зуба. Граница склерозированного участка

периодонтальной щели граничит с дентинными канальцами, с неровным обломанным краем костной стенки альвеолы. Склерозированный участок представлен рыхлой волокнистой соединительной тканью, волокна отчетливо видны на снимках. Выявлена бактериальная контаминация, произошедшая как до, так и после удаления корня зуба (Рис. 2).



**А** **Б**

**Рисунок 2. Склерозированная периодонтальная щель.**

**А. Бактериальная контаминация волокон соединительной ткани**

**Б. Бактериальная контаминация склерозированного участка, наступившая после удаления зуба**

Третий образец с твердыми дентальными отложениями представлен преимущественно колониями актиномицетов, с множественными отложениями неорганических соединений, состав которых не установлен. Сам по себе мицелий актиномицетов крупный, не несет спорангиев, оканчивается сквозными отверстиями. Также обнаружены гифы иной формы и размеров, несущие полуразрушенные спорангии – вероятно присутствие гифов гриба *Aspergillus* Бактериальная контаминация была не обнаружена.



**Рисунок 3. Образец зубного налета, вероятные спорангии гриба *Aspergillus***

**Заключение.** Таким образом, сканирующая электронная микроскопия позволяет нам изучить большие участки поверхности рельефными, использовать значительно более широкий охват увеличений, получать информацию не только о поверхности, но и о смежных структурах. Так же данный метод является «ключом» для подбора рациональной стратегии терапии. Это позволит оптимизировать военно-медицинскими организациями расход антимикробных средств, сроки пребывания пациента на стационарном лечении, профилактику и лечение осложнений.

### **Литература.**

1. Афанасьев С. С., Кычкина Т. В., Саввинова Л. Н. Сканирующий электронный микроскоп (преимущества и недостатки) // Коллоквиум-журнал. 2019. №2-2 (26). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/scanning-electron-microscope-advantages-and-disadvantages> .
2. Вялых Е.А., Иларионов С.А., Вялых И.А. Исследование гуминовых кислот методом сканирующей электронной микроскопии // Вестник ПГУ. Химия. 2013. №1 (9). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-guminovyh-kislot-metodom-skaniruyushey-elektronnoy-mikroskopii> .
3. Степанова А.А., Чилина Г.А., Баракаева Ф.Р. Сканирующая электронная микроскопия *Aspergillusfumigatus* Fres // Проблемы медицинской микологии. 2018. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/skaniruyuschaya-elektronnaya-mikroskopiya-aspergillusfumigatus-fres>.
4. Xiao J., Klein M., Falsetta M. L. The exopolysaccharide matrix modulates the interaction between 3D architecture and virulence of a mixed-species oral biofilm. *PLoS Pathogenes*. 2012;8(4). URL: <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.100262>.



УДК 616-08-039.76

**Клюшников О.В., Подкорытов Ю.М., Газинский В.В.  
ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ  
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА  
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
г. Иркутск**

Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром дисфункции ВНЧС) представляет собой собирательное понятие, объединяющее полиэтиологичное заболевание, проявляющееся многообразием клинических симптомов. Проводимые в последние десятилетия исследования, подтверждают значительное распространение функциональных нарушений ВНЧС невоспалительного характера, они составляют до 80% суставной патологии. Изучению патогенеза, патоморфологии, разработке подходов к диагностике и лечению синдрома дисфункции ВНЧС уделено большое количество публикаций отечественных и зарубежных авторов.

К этиологическим моментам относят: нарушение психоэмоционального состояния человека, травмы зубочелюстно-лицевой системы, самостоятельные заболевания мышц, зубочелюстные аномалии, дефекты зубных рядов, нерациональное или некачественно проведённое ортопедическое лечение, нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов вследствие заболеваний пародонта или нарушения процесса физиологической стираемости зубов. Часто синдром дисфункции ВНЧС возникает у пациентов с частичным отсутствием зубов I класса по Кеннеди (отсутствие зубов-антагонистов в боковой группе). При данной патологии постепенно происходит дистальный сдвиг нижней челюсти с последующим смещением суставного диска и внутрисуставного связочного аппарата.

Необходимо помнить, что у пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС нейропластические процессы на фоне хронической боли приводят к развитию выраженной болевой реакции на слабый раздражитель и даже при отсутствии физического раздражителя. Стоматологическая реабилитация

таких пациентов требует создания максимально стабильной окклюзионной поддержки центрального соотношения, в идеале в пределах естественной окклюзионной поверхности. При отсутствии естественной окклюзионной поверхности вследствие разрушения или утраты зубов, полноценное протезирование представляет собой сложную задачу. Решения этой задачи можно добиться несколькими методами: съёмным протезированием – частичным съёмным пластиночным протезом, бюгельным протезом с кламмерной или замковой фиксацией и несъёмным – протезирование на имплантатах.

**Целью нашего исследования** было определение более эффективного метода реабилитации пациентов с дисфункцией ВНЧС при частичном отсутствии зубов (1 класс по Кеннеди) со снижением высоты нижнего отдела лица, который определялся индексом тяжести синдрома дисфункции ВНЧС.

#### **Материал и методы.**

В исследовании участвовало 10 пациентов (женщин и мужчин) в возрасте 35 – 60 лет с дисфункцией ВНЧС при частичном отсутствии зубов (1 класс по Кеннеди) со снижением высоты нижнего отдела лица. После проведения клинического и рентгенологического обследования больным осуществлялась комплексная терапия синдрома дисфункции ВНЧС: физиолечение, медикаментозная терапия, лечение репозиционными, релаксационными и стабилизирующими каппами, затем проводилось окончательное протезирование. В первой группе исследования (6 человек) лечение осуществлялось традиционными методами протезирования – частичными съёмными пластиночными протезами, бюгельными протезами с кламмерной или замковой фиксацией. Во второй группе (4 человека) протезирование осуществлялось несъёмными конструкциями с опорой на имплантаты.

#### **Результаты исследования.**

Во время проведенного исследования собирались показатели индекса тяжести синдрома дисфункции ВНЧС до лечения, сразу после протезирования, через 6, 12 месяцев после лечения.

	До лечения	Сразу после лечения	6 мес. после лечения	12 мес. после лечения
1 группа	7,2 (5-11)	1,8(0-5)	2 (1-5)	2,3(1-5)
2 группа	7,5 (5-11)	1,75(0-5)	1,5(0-1)	1,25(0-3)

Анализ полученных данных показал, что и в первой, и во второй группах показатели индекса дисфункции сразу после лечения практически равны, через 6 месяцев в первой группе индекс дисфункции показывает увеличение, а во второй группе наблюдается уменьшение, через 12 месяцев в первой группе – еще небольшое увеличение, во второй – небольшое уменьшение.

### **Заключение.**

При изготовлении традиционных съёмных протезов с опорой на мягкие ткани в связи с эластическими свойствами десны при функциональных и парафункциональных нагрузках всегда происходит уменьшение межальвеолярного расстояния. При использовании протезов с опорой на десну нередко сохраняются жалобы или отсутствует длительная стабилизация состояния уменьшения симптомов синдрома дисфункции ВНЧС. Допустимая во многих случаях десневая опора съёмного пластиночного протеза у пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС является неоптимальной. Это приводит к появлению в зубочелюстной системе аномальных раздражителей, которые, в свою очередь, вызывают патологическую реакцию ЦНС, что еще больше усугубляет синдром дисфункции ВНЧС. Таким образом, непосредственная цель лечения заключается в профилактике развития перечисленных патологических состояний. В рамках ортопедического лечения пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС необходимо восстановление дистальной опоры. Поскольку у данных пациентов необходима максимально точная стабилизация центрального соотношения, особое значение приобретает протезирование на имплантатах в области боковых зубов. Стабилизация окклюзии с помощью имплантатов является предпосылкой для благоприятного долгосрочного прогноза при лечении пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС.

### Литература.

1. Баданин В.В. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с применением компьютерной томографии: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1996. 124 с.
2. Дергилев А.П. Оптимизация диагностики внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава с помощью магнитно-резонансной томографии: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / Моск. мед. стом. ин-т.-М., 1997.-22 с.  
Семкин В.А. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов /В.А. Семкин, Н.А. Рабухина. - Москва, Новое в стоматологии, 2000.-56 с.
3. Сысолятин П.Г. Актуальные вопросы диагностики и лечения повреждений височно-нижнечелюстного сустава/ П.Г. Сысолятин, И.А. Арсенова // Стоматология. -1999. - №2. – С.33-35.
4. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии/ В.А. Хватова. – Нижний Новгород, 1996. – 263с.

УДК 616.314-77

**Ключников О.В., Подкорытов Ю.М., Кравцов А.А.  
АДГЕЗИВНАЯ ПРОЧНОСТЬ СРЕДСТВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ  
ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ**

*ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
г. Иркутск*

**Актуальность:**

Несмотря на довольно значительные успехи стоматологической имплантологии, многие пациенты выбирают съёмные конструкции зубных протезов, как более простой и менее затратный способ замены утраченных зубов. Исследования показали, что из 19% населения использующего съёмные зубные протезы, 8% пользуются полные и 12% пользуются частичными съёмными конструкциями.

Успешное применение частичных и полных пластиночных зубных протезов зависит от:

- совершенствования технологий изготовления зубных протезов;
- использования современных материалов;
- эффективного ведение пациента в клинике.

Даже самым опытным врачам-стоматологам-ортопедам очень трудно бывает удовлетворить ожидания пациента в отношении стабильности и ретенции съёмного протеза. Поэтому всё чаще врачам приходится рекомендовать применение адгезивных средств, для комфортного пользования съёмными конструкциями.

Адгезивные средства могут поддерживать рабочие характеристики идеально изготовленного и припасованного протеза. Тем не менее, важно отличать идеально припасованные зубные протезы от изготовленных с нарушением стандартов или неправильно припасованных. В последнем случае адгезивные средства не будут выполнять своей функции. Адгезивные средства никогда не должны использоваться для компенсации нарушений, допущенных в клинических и лабораторных условиях при изготовлении съёмных конструкций зубных протезов.

Правильное применение адгезивного средства позволяет повысить качество ретенции и стабилизации съёмного протеза, психологическую уверенность пациента, эффективность

жевания, сокращение периода адаптации к зубным протезам, уменьшить количество пищевых остатков, проникающих под протез, снизить его травматическое воздействие на слизистую оболочку полости рта.

**Цель работы:** Сравнение адгезивной прочности средств для фиксации съемных протезов для повышения их эффективности в практике стоматологов-ортопедов, определение единой стратегии по уходу за зубными протезами.

**Материалы и методы.**

В исследовании использованы средства для фиксации в виде кремов следующих производителей: LACALUTdent (Dr. Theiss Naturwaren GmbH, Германия), Protefix (Queisser PHARMA GmbH, Германия), Fittydent (FITTYDENT INTERNATIONAL GMBH, Австрия), PresiDENT (Batafarma S.p. A., Италия), Corega (GSK, Великобритания)

Для оценки степени адгезивной прочности средств для фиксации зубных протезов за основу был взят стандартный лабораторный штатив, состоящий из: основания, вертикального стержня, горизонтального стержня, муфты. Для проведения исследования штатив был доработан сотрудниками кафедры: к горизонтальному стержню добавлена катушку, а на основание закреплена металлическая кювета. Для исследования была изготовлена пластмассовая пластина округлой формы площадью около 25 кв.см., которая соответствует площади внутренней части металлической кюветы. Пластина гладко заполирована, для полной имитации внутренней поверхности пластиночного протеза.



**Рис. 1. Устройство для исследования адгезионной прочности средств для фиксации съемных протезов**

Степень адгезивной прочности средства оценивали следующим образом: для исследования брали по 5 г каждого средства для фиксации и распределяли равномерным слоем на торцевой и нижней поверхности пластины, изготовленной из базисной пластмассы.

После прижатия пластины к основанию шахты, выстланному слоем биокожи, проводили исследование на отрыв смазанной пластмассовой пластины от основания сразу (без выдержки), через 1 мин и через 5 мин экспозиции, используя для измерения электронный динамометр с возможностью фиксации максимальных значений.

На первом этапе проводили исследование без увлажнения поверхностей, на втором этапе изучали адгезионные свойства после смачивания поверхностей пластмассовой пластины и основания шахты дистиллированной водой методом протирания поверхности влажной салфеткой.

Статистический анализ результатов исследования проводился при помощи программы STATISTICA 7.0 (StatSoft Inc., США).

#### **Результаты и обсуждение:**

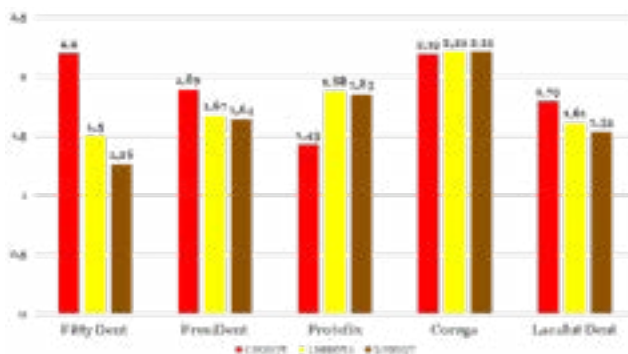
Результаты оценки среднего значения адгезивной прочности представлены в таблице.

Таблица 1. Показатели адгезионной прочности средств для фиксации съёмных протезов при различной экспозиции и увлажненности поверхностей исследуемых объектов

Название средства для фиксации	Сухая поверхность			Влажная поверхность		
	0 мин.	1 мин .	5 мин	0 мин	1 мин	5 мин
Protefix	1,43± 0,269	1,88± 0,22	1,85± 0,191	1,68± 0,432	2,04± 0,283	1,32± 0,124
Corega	2,2± 0,348	1,5± 0,209	1,26± 0,527	1,57± 0,283	1,56± 0,269	1,14± 0,35
PresiDent	1,89± 0,134	1,67± 0,265	1,64± 0,175	1,83± 0,267	1,85± 0,31	1,26± 0,194

FittyDent	2,19± 0,192	2,21± 0,343	2,21± 0,232	2,05± 0,317	2,11± 0,302	2,47± 0,146
LacalutDent	1,79± 0,306	1,61± 0,319	1,54± 0,117	1,46± 0,181	1,24± 0,124	1,67± 0,22

При анализе результатов исследования адгезионной прочности различных средств для фиксации зубных протезов с помощью описанного устройства без смачивания поверхности были получены следующие результаты. У препаратов Lacalut Dent, Fitty Dent, PresiDENT, по мере увеличения времени выдержки исследуемых объектов под нагрузкой величина адгезии уменьшалась и достигала 1.26Н, в то время как у препарата Protefix сила адгезии со временем увеличивалась до 1.86Н, а у Corega оставалась стабильно высокой и сохранялась на уровне 2.21Н.

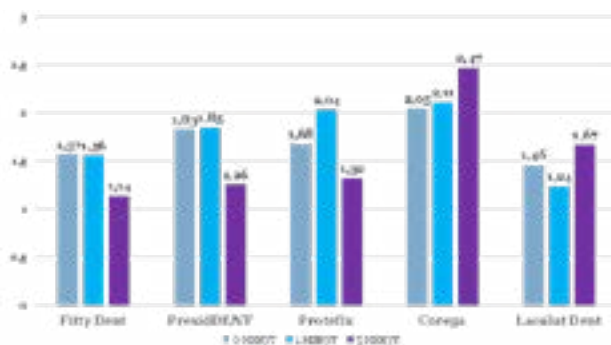


**Рис. 2. Показатели адгезионной прочности средств для фиксации съёмных протезов (без смачивания поверхности)**

При анализе результатов исследования адгезионной прочности различных средств для фиксации зубных протезов с помощью описанного устройства со смачиванием поверхности у препаратов Fitty Dent, PresiDENT, Protefix по мере увеличения времени выдержки под нагрузкой исследуемых смоченных водой поверхностей объектов величина адгезии уменьшалась и достигала 1.14Н, в то время как у препарата Lacalut Dent сила адгезии со временем незначительно увеличивалась, а у Corega



увеличивалась интенсивно, достигая максимальных показателей на уровне 2.47Н.



**Рис. 3. Показатели адгезионной прочности средств для фиксации съемных протезов (со смачиванием поверхности)**

Таким образом, выявлено, что показатели адгезионной прочности в исследовании различных средств для фиксации съемных зубных протезов при изучении сухих поверхностей были максимально высокими и стабильными (достигающими 2,21Н) при использовании препарата Corega (фирмы GSK, Швеция). В то же время другие препараты показали неустойчивую степень адгезионной прочности, стремящуюся к снижению показателей со временем.

При исследовании адгезионной прочности препаратов для фиксации зубных протезов, при смачивании поверхностей дистиллированной водой максимальные показатели адгезии достигали 2.47Н у препарата Corega. При этом у других изученных препаратов показатели адгезии снижались, за исключением материала Lacalut.

По материалам изготовления и результатам использования описанного устройства в образовательном процессе на кафедре ортопедической стоматологии ИГМУ выдано удостоверение на рационализаторское предложение ИГМУ «Способ определения механических свойств адгезивных средств для зубных протезов» № 4703 от 20.11.2019, а также подана заявка на получение патента РФ на полезную модель «Устройство для оценки адгезионной

прочности клея для фиксации съемных зубных протезов» № 219140729(079621) от 09.12.2019. При проведении патентных исследований не было найдено аналогов данного устройства.

**Выводы:**

1. Разработано устройство для исследования адгезионной прочности средств для фиксации съемных зубных протезов (заявка на изобретение номер 219140729(079621) от 09.12.2019 г.
2. Максимальные показатели адгезионной прочности на сухой поверхности у Corega.
3. Максимальные показатели адгезионной прочности средств для фиксации съемных протезов со смачиванием поверхности у Corega.
4. Разработаны рекомендации для практических врачей по использованию адгезивных средств при ортопедическом лечении съемными протезами.

Таким образом, смачивание исследуемых поверхностей существенно повышает показатели адгезионной прочности при сравнении с таковыми на сухих поверхностях и позволяет сделать вывод о том, что достаточная увлажненность тканей протезного ложа перед наложением съемного протеза, покрытого адгезивным средством для фиксации, является важным фактором повышения стабильности съемных конструкций в полости рта во время функции.

Адгезивные средства повышают психологическую уверенность и самооценку пациентов, особенно во время социальных взаимодействий, поскольку они увеличивают ретенцию и стабильность протеза.

Применение адгезивных средств может привести к увеличению скорости жевания и, следовательно к уменьшению продолжительности жевательного цикла.

Врачам-стоматологам следует быть в курсе о рекомендациях по использованию адгезивных средств для улучшения качества жизни пациентов со съемными зубными протезами и осознать свою роль в обеспечении здоровья полости рта пациентов.

## Литература

1. Вязьмин А.Я. Клиническое значение дифференциальной диагностики причин нарушения функциональной эффективности полных съёмных протезов/ А.Я. Вязьмин, И.М. Флайшер, Е.В. Мокренко // *Стоматолог.* – 2004. – № 5. – С. 32-34.
2. Значение нейтральной зоны при проведении перебазировки полных съёмных пластиночных протезов/ В.В. Коннов, Д.Х. Разаков, М.И. Кленкова и др. // *Современные проблемы науки и образования.* -2013.- № 5.- С. 532.
3. Лебеденко И.Ю. Ортопедическая стоматология : учебник / под ред. Э. С. Каливрадзяна, И. Ю. Лебеденко, Е. А. Брагина, И. П. Рыжовой. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 800 с.: ил.
4. [Трезубов В.Н.](#) Ортопедическая стоматология (факультетский курс): учебник для студентов мед. вузов/ под ред. В.Н.Трезубова. - 9-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2019. - 688с
5. Лебеденко И.Ю. Ортопедическая стоматология: национальное руководство / под ред. И. Ю. Лебеденко, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 824 с.: ил.

УДК 616.3

**Клюшников О.В., Подкорытов Ю.М., Никитин О.Н.  
НАРУШЕНИЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО  
СУСТАВА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ  
ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**

*ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
г. Иркутск*

Зубочелюстная система функционирует благодаря тесному взаимодействию ее многочисленных компонентов — зубов и периодонта, челюстных костей и височно-нижнечелюстных суставов, нейромышечного аппарата. Любые изменения структуры элементов системы вызывают изменения их функций, так как морфологическая структура неразрывно связана с функцией зубочелюстной системы в целом.

Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются у 25—65% населения (Баданин В.В.1996). По данным (Thompson J.R. et al. 1985, Weinman A. Et al. 1986), клинические признаки дисфункции височно-нижнечелюстного сустава можно выявить у 14-40 % всего населения. При этом частота дисфункций возрастает по мере увеличения возраста пациента и потери жевательных зубов. Развивающиеся функциональные и морфологические нарушения вследствие частичного отсутствия зубов, снижения высоты нижнего отдела лица также нередко приводят к дезорганизации деятельности жевательной мускулатуры и функциональным нарушениям височно-нижнечелюстного сустава, вследствие чего изменяется нагрузка на сустав. Учитывая тот факт, что наличие полноценных зубных рядов является необходимым условием для поддержания нормального минерального обмена костной ткани нижней челюсти и ее гистоструктуры, а также то, что жевание является важнейшим физиологическим раздражителем, поддерживающим трофику костной ткани, представляется чрезвычайно интересным и актуальным изучить изменения ВНЧС при его дисфункции путем определения оптической плотности его костных анатомических элементов. Выявить влияние синдрома болевой дисфункции ВНЧС на состояние его костных

анатомических элементов очень сложно, так как визуальная оценка рентгенограмм очень субъективна и зависит от многих факторов — от способности врача зрительно воспринимать рентгенологическую картину патологического процесса, от клинического опыта специалиста, его знаний и т.п.

Определение оптической плотности костной ткани с использованием метода компьютерной томографии позволяет не только исключить субъективные факторы при изучении томограмм, но и получить количественное выражение имеющихся изменений костной ткани в динамике, что позволяет своевременно провести реабилитационные мероприятия и оценить результаты лечения.

**Целью нашего исследования** было изучение изменений оптической плотности костных элементов ВНЧС при синдроме болевой дисфункции у больных с частичным отсутствием зубов со снижением высоты нижнего отдела лица.

#### **Материал и методы.**

Обследовали 25 пациентов (17 женщин и 8 мужчин) в возрасте 20—55 лет с дисфункцией ВНЧС при частичном отсутствии зубов со снижением высоты нижнего отдела лица; они составили основную группу. В качестве контрольной группы нами обследованы 16 человек (10 женщин и 6 мужчин) в возрасте 20—40 лет с интактными зубными рядами.

Обследование больных проводили по схеме, включающей сбор анамнеза, осмотр лица и полости рта, мануальная функциональная диагностика, изучение диагностических моделей челюстей в артикуляторе, рентгеновскую компьютерную томографию ВНЧС с последующим определением относительной оптической плотности его костных элементов.

КТ-исследование проводили с помощью рентгеновского компьютерного томографа «Somatom AR C» («Siemens», Германия). Для анализа элементов ВНЧС использовали аксиальные срезы с последующей трехмерной реконструкцией полученного изображения в сагитальной плоскости. Использовались следующие параметры сканирования: Напряжение – 130 кВ, сила тока – 70 мА, толщина среза – 2 мм, время исследования до 4 мин., время изображения среза 3-5 сек., костный режим реконструкции.

Больной лежал на спине, голову фиксировали в краниостате, центрирование осуществляли по средней линии лица в соответствие со световыми индикаторами.

Определение оптической плотности кортикальной и губчатой кости головки нижней челюсти и кортикальной пластинки суставного бугорка проводили путем мануального выделения нужной области. Полученные данные записывали в единицах Хаунсфилда (НУ), характеризующих относительную КТ плотность исследуемой ткани.

#### **Результаты исследования.**

При изучении аксиальных срезов головки нижней челюсти, полученных с использованием КТ ВНЧС выявлено, что оптическая плотность костной ткани у больных с синдромом болевой дисфункции в пределах компактной кости составляет 420 – 460 НУ, а губчатых структур кости составляет 330 – 380 НУ. У исследуемых из контрольной группы показания оптической плотности были: 570 – 600 НУ для компактной кости и 470 – 520 НУ для губчатой кости.

Анализ результатов исследования показал, что в группе больных с синдромом болевой дисфункции ВНЧС имеется снижение оптической плотности изучаемых аксиальных КТ-срезов в различных участках головки нижней челюсти по отношению к значениям аналогичных показателей у здоровых пациентов. На сагитальных срезах ВНЧС у исследуемых из контрольной группы оптическая плотность кортикальной кости суставного бугорка составляет 910 – 970 НУ, а кортикальной кости передневерхнего отдела головки нижней челюсти 590-640 НУ. У больных с синдромом болевой дисфункции ВНЧС отмечается повышение оптической плотности кортикальной кости суставного бугорка до 1050 – 1300 НУ, а кортикальной кости передневерхнего отдела головки нижней челюсти до 700-900 НУ.

	<b>Оптическая плотность в единицах Хаунсфилда</b>	
	<b>Контрольная группа</b>	<b>Группа больных с синдромом дисфункции ВНЧС</b>
Кортикальная кость головки нижней челюсти	585±14,85	448±20,54
Губчатая кость головки нижней челюсти	493±23,53	354±27,45
Кортикальная кость суставного бугорка	926±34,46	1136±38,83
Кортикальная кость передневерхнего отдела головки нижней челюсти	617±24,75	769±26,38

### **Заключение**

Таким образом, проведенные нами исследования показали наличие морфологических изменений элементов ВНЧС при синдроме болевой дисфункции. Эти изменения выражаются в уменьшении показателей относительной оптической плотности костной ткани головки нижней челюсти, и происходят в результате снижения функциональной нагрузки.

В области суставного бугорка и кортикальной кости передневерхнего отдела суставной головки у больных с синдромом болевой дисфункции ВНЧС отмечается повышение относительной оптической плотности костной ткани, что говорит о кальцификации волокнистого хряща, покрывающего эти отделы.

Применение компьютерной томографии с последующим определением оптической плотности костных структур ВНЧС дает возможность улучшить диагностику нарушений суставного комплекса.

### Литература.

1. Вязьмин А.Я. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава и его лечение/ А.Я. Вязьмин, Ю.М. Подкорытов, О.В. Ключников // Инновационная наука: Международный научный журнал.-г.Уфа,2015,№1-2.-с.242-247
2. Вязьмин А.Я. Оценка нарушений височно-нижнечелюстного сустава при функциональных изменениях зубочелюстной системы/ А.Я. Вязьмин, Ю.М. Подкорытов, О.В. Ключников // Science and World. №2, vol.1. 2015.-с.98-99
3. Оценка изменений височно-нижнечелюстного сустава/ А.Я. Вязьмин, Ю.М. Подкорытов, О.В. Ключников и др. // Сб. мат-лов VII науч.-практ. конф., посвящ. 20-летию обр-ния каф. стоматол. детск. возр. и ортодонтии ИГМАПО МЗ РФ.- Иркутск, 2015.- С.16-19
4. Семкин В.А. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов /В.А. Семкин, Н.А. Рабухина. - Москва, Новое в стоматологии, 2000.-56 с.
5. Состояние височно-нижнечелюстного сустава при функциональных изменениях зубочелюстной системы/ А.Я. Вязьмин, О.В. Ключников, Ю.М. Подкорытов и др. // Сб. науч. статей Всеросс. межвузовск. конф.: Актуал. вопр. применения 3D - технол-ий в совр. стоматол. практике, посв. 80-летию проф. М.З. Миргазизова.- Казань, 2015.- С.103-106
6. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии/ В.А. Хватова. – Нижний Новгород, 1996. – 263с.



**УДК 616-08-039.73**

**Клюшников М.О., Клюшников О.В., Клюшникова О.Н.  
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ КРАСНОГО  
ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ  
ПОЛОСТИ РТА**

**ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
г. Иркутск**

Одним из основных направлений реализации Государственной программы РФ согласно постановлению правительства РФ №394 от 31.03.2017 является внедрение метода диспансеризации с целью своевременного выявления ранних форм онкологических заболеваний органов и тканей полости рта на основе первичной профилактики стоматологических заболеваний.

По классификации предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) А. Л. Машкиллейсона красный плоский лишай (КПЛ) относится к группе факультативных предраков. Различают шесть клинических форм КПЛ СОПР и красной каймы губ: типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную и атипичную.[3] Крайне редко встречается пигментная форма. [1]

Красный плоский лишай — это проявление комплекса дистрофического и воспалительного процессов с нарушением обмена веществ в коже и тканях полости рта, включая эпителиальный покров слизистой оболочки. КПЛ очень разнообразен и относится к папулезным заболеваниям. [1]

При всех формах КПЛ отмечают папулы с повышенным ороговением, которые появляются на обеих сторонах слизистой оболочки щек, больше в задних ее участках, в виде треугольника. Видны изолированные папулы в виде снежинок или образующие ветвистый белый рисунок. В ряде случаев видны кольцевидные образования. Такие проявления заболевания встречаются и на спинке языка, реже — под языком, в исключительных случаях — на деснах и на небе. Лишай полости рта вначале не вызывает субъективных жалоб. В большинстве случаев врач обнаруживает его в ходе осмотра кожных изменений. В хронических,

продолжающихся месяцами случаях симптомы со стороны полости рта меняются. Папулы сливаются в инфильтрированные, отечные выступающие бляшки. Эпителий с поверхности бляшек может отторгаться, возникают эрозии и язвы (эрозивно-язвенная форма). Отмечаются боли, как спонтанные, так и при употреблении кислых и пряных блюд. Лишай может возникать и как изолированная болезнь полости рта. Это наиболее трудно поддающиеся воздействию формы болезни, продолжающейся иногда в течение многих лет. Приблизительно в 1-7% случаев на лишаевой слизистой оболочке образуется карцинома. Это состояние рассматривается как преанцерозное. [5]

В связи с тенденцией к постоянному росту числа больных с данным кератозом, длительным хроническим течением заболевания, торпидностью к проводимой традиционной терапии данной патологии, возможностью озлокачествления процесса актуальным является поиск новых лекарственных препаратов, оказывающих противовоспалительное, иммуномодулирующее и репаративное действие. [3]

Среди существующих лекарственных средств при местном лечении воспалительных заболеваний СОПР широко применяются дентальная адгезивная паста «Солкосерил», гели «МетрогилДента» и «Мундизал», лекарственные пленки и пластины, такие как «Диплен-дента», «Протоплен», «Пластины ЦМ-1,2», «Фармадонт I, II, III», «Денталика» и другие лекарственные препараты. [2] Однако несмотря на высокую эффективность указанных средств, имеются некоторые особенности, негативно воспринимающиеся пациентами: специфический вкус и запах, неудобство самостоятельного применения в домашних условиях, вызывают чувство «жжения» и другое. Все вышеуказанное делает весьма актуальным клиническое применение новых лечебно-профилактических средств для СОПР.

**Целью нашего исследования** явилась апробация и внедрение в практику комбинированного иммуностимулирующего препарата бактериального происхождения «Исмиген» и биодеградируемого гидрогеля «Аргакол» для местного лечения буллезной и эрозивно-язвенной форм КПЛ.

### **Материалы и методы исследования.**

Были обследованы 12 человек (10 женщин, 2 мужчин) в возрасте от 34 до 75 лет (средний возраст —  $54 \pm 4,8$  года) с буллезной и эрозивно-язвенной формами КПЛ.

У всех обследованных наблюдалось хроническое течение заболевания — от нескольких месяцев до 5 лет. Причиной обращения к стоматологу-терапевту и основными жалобами для всех больных явились боль и жжение слизистой оболочки рта.

### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Клиническое обследование всех 12 пациентов выявило наличие при буллезной форме КПЛ на гиперемированной слизистой подэпителиальных пузырей с мутным или геморрагическим содержимым, характерный папулезный рисунок в виде кружева. При эрозивно-язвенной форме на отечно-гиперемированном фоне определялись резко-болезненные эрозии неправильной формы, покрытые плотным фибринозным налетом, и серовато-белые папулы, сливающиеся в причудливый рисунок в виде листьев папоротника.

У опрошенных больных выявлена различная соматическая патология, в основном заболевания ЖКТ и эндокринной системы, что требует лечение у врачей смежных специальностей.

Всем больным проводилось общее лечение: противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, курс витамина А, седативные средства. [4] Для воздействия на различные звенья иммунитета был использован препарат «Исмиген», состоящий из смеси лизатов различных микроорганизмов, обладающий специфическим и неспецифическим иммуностимулирующим действием, что увеличивает содержание лизоцима в слюне, стимулирует синтез антител и фагоцитарную активность: 3 цикла по 1 таб./сут в течение 10 дней с 20-дневными интервалами между ними.

Проводили санацию полости рта, устраняли травмирующие факторы, очаги хронической инфекции. Препарат «Аргакол» наносили на поврежденную слизистую оболочку щеки, губы, десневой край или иную область, где имелось воспаление, с помощью ватного тампона или гладилки. Толщина слоя биодеградирующей пленки препарата составляла примерно 0,3-0,6 мм. Пациенты были

информированы о необходимости домашнего использования «Аргакола» 2-3 раза в день в течение 7-10 дней.

В состав препарата входят гидролизат коллагена, альгинат натрия, глицерин, антисептики с различными механизмами действия — повидон, диоксидин и катапол, консерванты нипагин и нипазол, димексид, гипохлорит натрия. Указанное лекарственное средство представляет собой вязкую однородную коллоидную композицию, при высыхании — образующую эластичную водо- и воздухопроницаемую пленку, легко удаляемую физиологическим раствором или водой.

«Аргакол» обладает противовоспалительным, ранозаживляющим и сорбционным действием, активен в отношении возбудителей инфекционных осложнений (стафилококков, стрептококков, грамположительных и грамотрицательных бактерий, спорообразующих и неспорообразующих анаэробов, грибов рода *Candida*). Обеспечивает антисептические условия заживления, защищает рану от внешних механических воздействий и загрязнений. [2]

Эффективность лечения антисептическим гидрогелем «Аргакол» оценивалась с учетом общего состояния пациентов, жалоб больных и данных клинического обследования.

В ходе проведенной терапии на 2-3-й день применения препарата все пациенты отмечали уменьшение боли, жжения, больные могли спать и принимать пищу. Объективно: уменьшение отека, гиперемии пораженных участков слизистой оболочки, а также тенденция к уменьшению размеров патологических очагов. К 10-14-му дню пять пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ отметили отсутствие болей и дискомфорта полости рта. Объективно: полная эпителизация участков поражения.

У остальных пациентов отмечено дальнейшее уменьшение размеров очагов поражения СОПР. Полная эпителизация очагов поражения у данных пациентов наступила к 24-26-му дню лечения (в анамнезе у этой группы пациентов сахарный диабет 2-го типа – 4 человека, синдром Гриншпана – 3 человека)

### **Заключение.**

Результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности применения комбинированного иммуно-

стимулирующего препарата «Исмиген» и биodeградируемого гидрогеля «Аргакол» для местного лечения буллезной и эрозивно-язвенной форм КПЛ, что дает возможность сократить сроки лечения и добиться длительной ремиссии. Используемая методика проста в применении. Полученные положительные результаты дают возможность рекомендовать более широко использовать данный метод в практике врача-стоматолога.

### Литература.

1. Ключников О. В. Красный плоский лишай. Опыт лечения // Роль науки в развитии общества/ О.В. Ключников, В.М. Галченко, С.Ю. Бывальцева // Сборник статей Международной научно-практической конференции. Часть 2. — Уфа, 2015. — С. 113-114.
2. Исследование эффективности антисептического препарата «Аргакол» при лечении поражений слизистой оболочки полости рта протетической этиологии/ О.Н. Сапронова, Г.Е. Афиногенов, В.В. Трезубов и др.// Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. — 2010. — Т. 17, №2. — С. 31-32.
3. Тиунова Н. В. Оптимизация комплексного лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта : дис. ... кан. мед.наук : 14.00.21 / Тиунова Н. В. — Нижний Новгород, 2009. — С.106.
4. Ханова С. А., Сирак С. В., Копылова И. А., Сирак А. Г. Лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (практические рекомендации)/ С.А. Ханова, С.В. Сирак, И.А. Копылова и др. // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 3. — С. 177.
5. Чуйкин С. В. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: клинические формы и лечение/ С.В. Чуйкин, Г.М. Акмалова // Казанский медицинский журнал. — 2014. — Т. 95, №5.— С. 680-686.

УДК 616-08-039.73

**Клюшникова О.Н., Клюшников О.В., Клюшникова М.О.  
СРОКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРИОДОНТА ПРИ  
ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО  
ПЕРИОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕЛИЙ  
НЕОНОВОГО ЛАЗЕРА**

*ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
г. Иркутск*

**Актуальность проблемы.**

Консервативная терапия верхушечного периодонтита является одной из важных проблем стоматологии в связи с широким распространением данной патологии. Наличие очагов деструкции в периапикальных тканях приводит к уменьшению выносливости периодонта к жевательной нагрузке, а это снижает функциональную эффективность зубочелюстной системы [3,4].

В стоматологической ортопедической практике нередко случаи использования зубов, леченных по поводу деструктивных форм периодонтита, в качестве опоры при протезировании [1,2,3,4]. Однако единого мнения, в какие сроки после эндодонтического лечения можно их использовать под опору, нет. Вместе с тем устойчивость зуба к жевательной нагрузке после лечения периапикального очага деструкции находится в определенной связи со скоростью репаративных процессов в периодонте, которые, в свою очередь, зависят от способа терапии.

Таким образом, поиск новых методов лечения деструктивных форм хронического периодонтита, которые позволили бы ускорить сроки репарации периапикальных тканей и предотвратить осложнения, является актуальным не только для консервативной терапии, но и ортопедического лечения.

Большое значение в последние годы придается включению физических факторов в комплексное лечение, что позволяет активно воздействовать на течение околоверхушечного процесса. Это позволяет устранять воспаление, ускорять регенерацию периапикальных тканей и способствует восстановлению полноценной функции зуба [1,2,3,4].

Особое место среди физических факторов занимает лазерное излучение, которое приводит к повышению энергетических возможностей и резистентности тканей, создает

благоприятные условия для активации процессов регенерации поврежденных тканей периодонта [1,2,3,4].

#### **Цели исследования.**

Совершенствование методов лечения больных с деструктивными формами верхушечного периодонтита.

#### **Задачи исследования.**

1. Провести сравнительную оценку эффективности метод в лечения деструктивных форм верхушечного периодонтита с использованием трансканального излучения гелий-неонового лазера и стимуляцией остеогенеза.
2. Определить сроки восстановления опорной функции зубов после лечения деструктивных форм верхушечного периодонтита различными методами.
3. Дать обоснование и рекомендации для сроков протезирования с использованием под опорные коронки зубов, леченных по поводу деструктивных форм верхушечного периодонтита.

#### **Материал и методы обследования.**

Материалом настоящего исследования послужили данные обследования и лечения 137 пациентов без сопутствующей патологии в возрасте от 19 до 50 лет (90 женщин и 47 мужчин) с деструктивными формами верхушечного периодонтита:

хронический гранулирующий периодонтит - 118 зубов

хронический гранулематозный периодонтит - 52 зуба

В работе пользовались классификацией М.И. Грошикова (1970).

Выбор данных нозологических форм основан на том, что при деструктивных процессах хронического периодонтита целесообразно проводить активную терапию с целью стимуляции остеогенеза.

Показаниями для консервативного лечения являлись периапикальные изменения, обнаруженные у хорошо проходимых корневых каналов зубов.

Комплексное обследование пациентов включало выяснение общесоматического статуса с целью исключения общей патологии. Затем проводили стоматологическое обследование общепринятыми поликлиническими методами. Постановку диагноза и оценку эффективности лечения осуществляли на основании изучения клинической картины заболевания, по данным рентгенографии, термометрии, реопародонтографии, гнатодинамометрии. Наблюдения проводили до лечения и в сроки через 3, 6, 9 и 12 месяцев после лечения.

Реопародонтографическое исследование (РПГ) проводили на двухканальном реоплетизмографе РПГ-2-02. Запись проводили на четырехканальном самопишущем приборе струевого типа «Mingograf 34» фирмы «Simens elema», Швеция. Прибор позволяет контролировать оптимальный момент записи. Применяли биполярную методику, разработанную в ЦНИИС Прохончуковым А.А. с соавт. (1972). Запись реопародонтограмм (РПГ) производили одновременно с дифференциальной реограммой и ЭКГ во II стандартном отведении. При расшифровке РПГ проводили качественный и количественный анализы. Анализировали комплекс следующих показателей: реопародонтографический индекс (РИ), индекс периферического сопротивления (ИПС), показатель тонуса сосудов (ПТС), время быстрого кровенаполнения, время подъема восходящей части РПГ, дикротический индекс (ДСИ). В качестве функциональной нагрузки (ФДН) применяли гнатодинамометр с дозированной нагрузкой.

Определение резистентности тканей пародонта к нагрузке зубов, леченных по поводу деструктивных форм периодонтита, проводили методом гнатодинамометрии (ГДМ). При этом учитывалась групповая принадлежность зуба при определении выносливости пародонта к жевательной нагрузке, а также наличие контактных пунктов, т.к. из-за отсутствия соседних зубов изменен характер функциональной нагрузки. В работе пользовались механическим гнатодинамометром № 127801 с обязательным применением капп на зубы-антагонисты. Исследования проводили с учетом суточного ритма выносливости к нагрузке. В качестве контроля нами проведено обследование и измерение выносливости пародонта к нагрузке у 20 практически здоровых людей в возрасте 19-35 лет обоего пола с интактным ортогнатическим прикусом.

Всем пациентам был проведен термометрический метод обследования, так как по изменению температуры можно судить о нарушении кровообращения в тканях. Измерение температуры проводили при носовом дыхании исследуемых, трехкратно, с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в области проекции верхушек корней. Использовали электротермометр «mit Signaltion» фирмы «Medizintechnik» (Германия) с чувствительностью 0,1° и диапазоном измерения от -20 до +60°С, площадь соприкосновения с исследуемой поверхностью составляет



2 мм<sup>2</sup>. Исследование начинали после 15-20 мин пребывания пациента в помещении.

Рентгенологическое обследование проведено у всех пациентов; для оценки периапикальных тканей исследуемых зубов изучали внутриротовые контактные рентгенограммы. С помощью миллиметровой сетки измеряли площадь деструкции периапикального очага по срокам наблюдения. Всего изучено 632 рентгенограммы

### **Результаты собственных исследований.**

Сравнительная характеристика клинической и функциональной эффективности лечения пациентов с деструктивными формами верхушечного периодонтита показала, что через 3 месяца после проведенного лечения в первой группе отмечается тенденция повышения выносливости периодонта зубов к жевательной нагрузке и локальной температуры в области исследуемых зубов.

Так, средние показатели выносливости периодонта к жевательной нагрузке достоверно отличаются от показателей до лечения - ГДМ  $17,53 \pm 3,45$  кг против II,  $72 \pm 2,08$  кг ( $p < 0,05$ ), показатели локальной температуры также достоверно отличаются от таковых до лечения -  $33,78 \pm 0,28^\circ$  С против  $33,2 \pm 0,07^\circ$  С ( $p < 0,05$ ).

При визуальном анализе реопародонтограмм отмечали, что кривая РПГ имеет более пологий подъем восходящей части. Вершина на всех кривых незначительно закруглена, инцизура дикротического зубца сглажена и смещена к вершине.

При использовании функционально дозированной нагрузки (ФДН) на зубы, леченные по поводу деструктивных процессов в периодонте, в 1-й группе обнаружено смещение параметров РПГ до лечения: ФДН приводила к интенсификации кровообращения по РИ 4,14% ( $p < 0,02$ ), что указывает на снижение реактивности сосудов данной области. Форма анакроты и вершина РПГ были почти идентичны, отражая затруднения оттока крови, - ДИ повышался на 16%. Количественные показатели не отличались от исходных данных.

Через 6 месяцев размеры очага деструкции леченых зубов соответствовали  $0,51 \pm 0,1$  см x  $0,46 \pm 0,06$  см, а выносливость пародонта к жевательной нагрузке ГДМ  $19,7 \pm 2,8$  кг, что имеет достоверное отличие от данных до лечения ( $p < 0,01$ ) и данных контрольной группы. То же относится и к данным локальной температуры исследуемых зубов.

При визуальном анализе РПГ отмечено сохранение прежней формы конфигурации амплитуд, хотя при количественном анализе отмечали незначительное улучшение гемодинамики по величине РИ 15,5%. Показатель, характеризующий венозный кровоток, оставался без улучшения.

Та же тенденция к восстановлению функциональных показателей до нормальных значений отмечается и через 9 и 12 месяцев после завершения лечения (ГДМ  $21,2 \pm 1,93$  кг и  $23,2 \pm 1,88$  кг соответственно и локальная температура  $34,1 \pm 0,09^\circ\text{C}$  и  $34,4 \pm 0,04^\circ\text{C}$ ), но достоверные различия с показателями контрольной группы сохраняются ( $p < 0,05$ ), что напрямую связано с уменьшением очага деструкции в периапикальных тканях, которые составили  $0,3 \pm 0,06$  x  $0,42 \pm 0,08$  см.

Гемодинамические исследования у пациентов 1-й группы через 12 месяцев после проведенного лечения указывают на нормализацию кровообращения пародонта этих зубов. Сосудорасширяющее действие ФДН наступало на 3-й минуте, причем ответная реакция была выражена значительно: амплитуда РПГ-волны приближалась к нормальной, дикротический зубец становился глубоким и перемещался от вершины кривой ближе к ее середине.

Через 18 месяцев показатели выносимости пародонта к жевательной нагрузке, локальной температуры и гемодинамики не имеют достоверного различия с показателями контрольной группы (ГДМ  $26,1 \pm 2,1$  кг и  $34,6 \pm 0,09^\circ\text{C}$  соответственно).

Противовоспалительное и обезболивающее действие излучения гелий-неонового лазера реализуется благодаря нормализации кровообращения и обменных процессов в очаге воспаления, повышению энергетических возможностей и резистентности тканей пародонта. Это обуславливает снижение вирулентности и ликвидацию патогенной микрофлоры. Купирование воспаления создает условия для активации процессов пролиферации и регенерации поврежденных тканей, на которые воздействует лизоцим-витаминная паста с кальцитонином.

Таким образом, клинико-функциональное обследование пациентов с деструктивными формами периодонтита позволяет судить о восстановлении функционального состояния зуба после проведенного лечения, что очень важно для ортопедического лечения при использовании этих зубов под опору.

Необходимость тщательной оценки функционального состояния зубов с деструктивными формами верхушечного периодонтита в динамике после консервативного лечения нужно рассматривать, как реабилитацию, как комплексный подход к лечению в стоматологии.

### **Выводы.**

1. Комплексное применение клинико-функциональных методов обследования (реопародонтографии, гнатодинамометрии, термометрии, рентгенографии) позволило установить связь репаративных процессов в тканях периодонта при деструктивных формах верхушечного периодонтита с восстановлением функционального состояния зуба - выносливости периодонта этих зубов к жевательной нагрузке.
2. Установлено, что при деструктивных формах верхушечного периодонтита выносливость периодонта к жевательной нагрузке находится в обратной зависимости от размеров очага деструкции в периапикальных тканях.
3. Сочетанное применение трансканального воздействия ИГНЛ и заапикального выведения лизоцим-витаминной пасты с кальцитонином при лечении деструктивных форм периодонтита ускоряет репаративные процессы в периодонте.
4. Ортопедическое лечение с использованием под опору зубов, леченных по поводу деструктивных форм периодонтита, следует начинать после восстановления функционального состояния зуба, не ранее 6-ти месяцев после проведенного эндодонтического лечения методом заапикальной терапии с применением трансканального излучения гелий-неонового лазера.

### **Литература.**

1. Ключникова О.Н. Лечение хронического периодонтита гелий-неоновым лазером по поводу хронического периодонтита / О.Н. Ключникова, М.О. Ключникова, А.О. Ключникова // Инновационные технологии в практической стоматологии : мат-лы X регионал. научн.-практ. конф. / Под ред. проф. Т.А. Гайдаровой. – Иркутск : ИНЦХТ, 2018. – С. 59-62.

2. Ключникова М.О. Выносливость к жевательной нагрузке периодонта зубов/ М.О. Ключникова, О.Н. Ключникова, А.О. Ключникова // Инновационное развитие современной науки// Сборник статей международной научно-практической конференции.-Уфа, 2015.-С.118-119
3. Ключникова М.О. Лечение лазером хронического периодонтита/ М.О. Ключникова, О.Н. Ключникова, Н.Е. Большедворская // Роль науки в развитии общества. Сборник статей студентов, аспирантов, молодых ученых и преподавателей. - Уфа, 2015. - С.141-143
4. Ключникова М.О. Лазертерапия в лечении хронического периодонтита/ М.О. Ключникова, О.Н. Ключникова, Н.Е. Большедворская // 21 век: фундаментальная наука и технологии. Материалы IV международной научно-практической конференции, – North Charleston, USA, 2014. – С.-29-31.

**Кожевникова А. С.**

## **ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НИЖНЕГО МОЛЯРА С С-ШЕЙП КОНФИГУРАЦИЕЙ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ**

*Стоматологическое отделение Клиники ЧГМА, г. Чита*

Второй моляр нижней челюсти отличается разнообразной конфигурацией корневых каналов и большим числом вариантов анатомического строения корневых каналов.

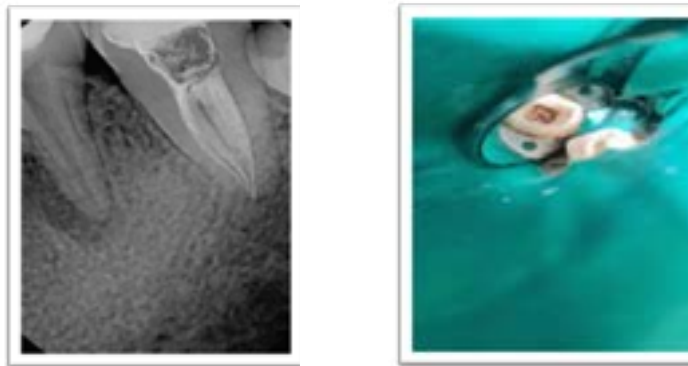
«Нормальная» конфигурация включает в себя дистальный корень с одним устьем и мезиальный корень с двумя устьями корневых каналов. Особой анатомической формой корневых каналов моляра нижней челюсти, которая была описана Сооке и Сох (1979), является их С-шейп конфигурация. Данная форма корневых каналов встречается у 2.7-8% вторых моляров нижней челюсти у пациентов европейской расы. В азиатской популяции частота возрастает до 31,5% и даже до 52%.

С-образная форма корневого канала образуется при неполном слиянии гертвиговских эпителиальных влаглищ с язычной или вестибулярной стороны, а также возможна при отложении цемента в очень объемной системе корневых каналов в течении жизни. При этом корень зуба нередко выглядит коническим или квадратным. Число апикальных отверстий может варьировать от одного до семи. В соответствии с анатомической конфигурацией С-образные корневые каналы классифицируются на подгруппы. Наиболее часто применяемая классификация MELTON.

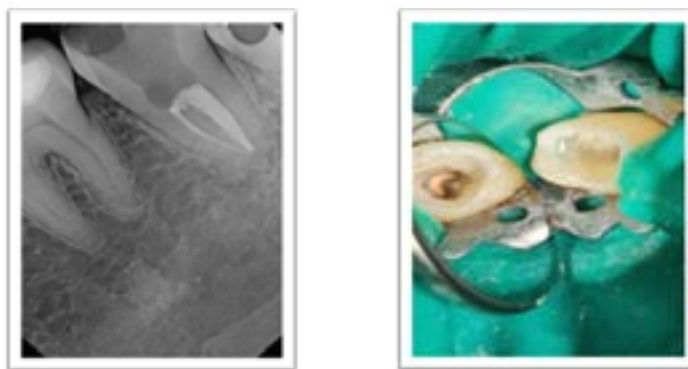
Клиническая идентификация и препарирование такой системы корневых каналов упрощается под контролем операционного микроскопа. Дополнительным указанием на наличие С-образной системы каналов может быть персистирующая боль и кровотечение из каналов. Рентгенологически моляры нижней челюсти с С-образными корневыми каналами отличаются конвергенцией или слиянием корней и типичной конической формой. Дистальный канал выглядит более объемным по сравнению с узкими мезиальными каналами. Проблемой также является механическая обработка каналов, в основном применяется смешанная техника. В

настоящее время для герметизации методом выбора считается вертикальная конденсация разогретой гуттаперчи с силером и холодная латеральная конденсация.

Пример: эндодонтическое лечение зуба 3.7 с С-шейп конфигурацией корневых каналов (рис. 1 и 2).



**Рис. 1**



**Рис.2**

УДК 616.314.071

**Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В., Кукушкина Е.А.  
СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОМЕТРИЯ МОЛЯРОВ  
И БЕЗОПАСНАЯ ЭНДОДОНТИЯ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

В настоящее время в связи с бурным развитием эндодонтических технологий резко увеличилось количество операций на эндодонте. Первым этапом эндодонтического лечения является раскрытие полости зуба. Именно этот этап в случае неправильного проведения закладывает основу большинства последующих осложнений (недораскрытие, избыточное препарирование полости зуба, перфорации и т.п.) [1, 2].

Для предотвращения их необходим возврат к первоосновам, а именно - к морфометрическим параметрам зубов. Особенно это актуально для группы моляров, имеющих наиболее сложную анатомию эндодонта [2]. Изучение линейных размеров коронки моляров и их пульпарной камеры – это лучший способ профилактики эндодонтических осложнений, в частности, перфораций коронки и зоны фуркации корней.

Мы предлагаем использовать в практической работе врача при создании первичного доступа к полости моляра следующие параметры:

1. на этапе вскрытия пульповой камеры - **толщину твердых тканей (ТТТ)** жевательной поверхности, или расстояние от фиссуры до ближайшего рога пульпы;
2. на этапе раскрытия полости зуба - расстояние от фиссуры до наиболее выступающей точки дна полости зуба. Мы назвали данный параметр **безопасной глубиной раскрытия (БГР)** полости моляра;
3. При проведении дальнейшего лечения врачу необходимо знать еще один параметр безопасности - **толщину дна полости (ТДП)** моляра в области фуркации корней.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение данных параметров на удаленных первых и вторых молярах обеих челюстей.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели нами была проведена морфометрия 129 удаленных моляров (первых и вторых) обеих челюстей. По сегментам моляры распределились следующим образом (табл.1.).

**Таблица 1. Распределение зубов по сегментам челюстей**

<b>1 сегмент (первые+вторые моляры)</b>	<b>2 сегмент (первые+вторые моляры)</b>
26 (15+11)	28 (18+10)
39 (25+14)	36 (24+12)
<b>4 сегмент (первые+вторые моляры)</b>	<b>3 сегмент (первые+вторые моляры)</b>

Для измерений нативных зубов мы применили ортопедический микрометр (фирмы «ASA Dental», ФРГ) и эндодонтический плаггер. На этапе создания полости доступа и точечного вскрытия пульпарной камеры для фиксации Толщины ТТ использовали эндодонтический плагер №60 с перемещаемым резиновым стоппером.

После раскрытия полости зуба безопасная глубина раскрытия (БГР) фиксировалась аналогично с помощью плагера №60, сдвигая резиновый стоппер до вершин бугров. Дальнейшее измерение ТТТ и БГР проводили микрометром, вычитая из полученной величины толщину стоппера (1мм).

Толщину дна полости (ТДП) измеряли непосредственно микрометром на удаленном зубе. Измерительная branша микрометра устанавливалась на наиболее выступающую точку дна раскрытой полости зуба, вторая branша вводилась снаружи между корнями в наиболее глубокую точку фуркации корней. Точность измерений микрометра составляет 0,1 мм.

Ранее данные параметры были измерены на Радиовизиограммах челюстей [2].

Полученные данные обработаны с использованием программы статистического анализа Statistica 6.0 (StatSoft, USA) путем определения средних величин и средней ошибки ( $M_{cp} \pm m$ ). Значимость различий определялась с помощью t-критерия Стью-



дента. Значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение. Измерение ТТТ на удаленных молярах показало достоверно бóльшую величину данного параметра, чем на RVG зубов нижней челюсти (таб.2).

**Таблица 2. Толщина твердых тканей (ТТТ) моляров (в мм)**

Моляры в/ч	1.7	1.6	2.6	2.7
Данные радиовизиографии	$3,7 \pm 0,35$	$4,3 \pm 0,41$	$4,5 \pm 0,36$	$3,8 \pm 0,4$
Удаленные зубы	$4,8 \pm 0,42$	$5,0 \pm 0,4$	$5,1 \pm 0,46$	$4,8 \pm 0,47$
Моляры н/ч	4.7	4.6	3.6	3.7
Данные радиовизиографии	$3,5 \pm 0,40$	$3,8 \pm 0,42$	$3,7 \pm 0,37$	$3,5 \pm 0,32$
Удаленные зубы	$5,0 \pm 0,46^*$	$5,0 \pm 0,47^*$	$5,0 \pm 0,43^*$	$5,0 \pm 0,48^*$

\*-  $p < 0,05$  достоверность различий между данными удаленных зубов и RVG

Сравнение параметров удаленных верхних зубов и данных RVG-графии показывает отсутствие достоверных различий. Нет их и между антагонистами.

Данные измерения второго параметра эндодонтической безопасности приведены в Табл.3.

**Таблица 3. Безопасная глубина раскрытия (БГР) полости моляров (в мм)**

Моляры в/ч	1.7	1.6	2.6	2.7
Данные радиовизиографии	$6,7 \pm 0,34$	$6,4 \pm 0,33$	$6,5 \pm 0,40$	$7,1 \pm 0,33$
Удаленные зубы	$7,4 \pm 0,42$	$7,9 \pm 0,44^*$	$7,8 \pm 0,46^*$	$7,5 \pm 0,47$
Моляры н/ч	4.7	4.6	3.6	3.7
Данные радиовизиографии	$5,8 \pm 0,32$	$5,7 \pm 0,37$	$5,7 \pm 0,38$	$5,4 \pm 0,40$
Удаленные зубы	$7,1 \pm 0,46^*$	$7,8 \pm 0,47^*$	$7,8 \pm 0,43^*$	$7,0 \pm 0,48^*$

\* - достоверность различий между данными удаленных зубов и RVG

Анализ данных показывает отличия величин БГР нативных зубов и данных радиовизиографии.

Данные морфометрии дна полости (ТДП) моляров приведены в Табл.4.

**Таблица 4. Толщина дна полости (ТДП) моляров**

Моляры в/ч	1.7	1.6	2.6	2.7
Данные радиовизиографии	$2,4 \pm 0,23$	$2,8 \pm 0,24$	$2,86 \pm 0,34$	$2,3 \pm 0,34$
Удаленные зубы	$3,0 \pm 0,22$	$3,2 \pm 0,24$	$3,2 \pm 0,26$	$3,1 \pm 0,27$
Моляры н/ч	4.7	4.6	3.6	3.7
Удаленные зубы	$2,1 \pm 0,26\blacklozenge$	$2,1 \pm 0,27\blacklozenge$	$2,00 \pm 0,23\blacklozenge$	$1,99 \pm 0,28\blacklozenge$
Данные радиовизиографии	$1,91 \pm 0,25$	$1,97 \pm 0,21$	$1,98 \pm 0,25$	$1,90 \pm 0,30$

*◆ - достоверность различий между удаленными зубами-антагонистами*

Анализ данных табл.4. свидетельствует, что толщина дна полости у первых нижних моляров достоверно меньше, чем у верхних моляров, как на натуральных зубах, так и по данным RVG-графии.

**Выводы:**

1. Ввиду достоверных различий ТТГ, измеренной на РВГ и натуральных зубах, данные РВГ могут быть лишь приблизительным ориентиром для врача. Нужно отметить, что данный параметр подвержен наибольшим колебаниям в силу отложения заместительного дентина в коронковой пульпе.

2. Для предупреждения перфораций при создании эндодоступа в моляры рекомендуем наносить данную величину БГР (в среднем 7-8 мм) в виде риски (метки) на боры раскрытия.

3. Необходимо уделять особое внимание и осторожность при работе в области фуркации корней нижних моляров в силу меньшей ТДП (толщины твердых тканей) этих зубов.

## Литература

1. Григорьянц Л.А. Клиника, диагностика и лечение перфораций полости зуба // Клиническая стоматология. - 1998. - №4. - С.58-60.
2. Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А. Эндодонтические аспекты радиовизиографии моляров // Эндодонтия today. - М. - 2007. - №2. - С.56-59.
3. Мамедова Л.А. Ошибки и осложнения в эндодонтии. – Нижний Новгород, 2006. - 48 с.
4. Тронстад Л. Клиническая эндодонтия. Пер. с англ. под ред. проф. Виноградовой Т.Ф. - М.:Медпресс-информ, 2006. - 288 с.

УДК 616.314-77-053.2

Малежик М.С., Мукуфа А.С.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ  
ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ,  
НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНЫХ И СЪЕМНЫХ  
АППАРАТОВ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

**Актуальность.** Распространенность зубочелюстных аномалий в России и за рубежом достаточно велика и колеблется от 11,4% до 71,7% [2, 5]. В настоящее время лечение зубочелюстных аномалий осуществляется как с помощью съемной ортодонтической техники (СОТ), так и несъемной ортодонтической техники (НОТ) [4].

Конструктивные элементы аппаратов - брекеты, пружины, дуги, кламмеры служат ретенционными пунктами для скопления мягкого зубного налета, препятствуют процессу самоочищения, затрудняют гигиенический уход и способствуют нарушению динамического равновесия и обменных процессов в полости рта. Кариесогенные микроорганизмы полости рта, при наличии низкомолекулярных углеводов, вырабатывают органические кислоты, при длительной экспозиции которых на эмали зубов происходит деминерализация и образование структурных изменений той или иной глубины [3].

Повышается риск возникновения воспалительных заболеваний в тканях пародонта. Микрофлора, вегетирующая на поверхности десны, вступает во взаимодействие с тканевыми элементами, вызывая их повреждение и запуская каскад реакций, характерных для воспалительного процесса. Наиболее важным и активным в этом отношении является *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, который играет важную роль в возникновении быстро текущих и агрессивных форм пародонтита [1, 6].

Латентное течение на ранних стадиях воспалительных процессов в тканях пародонта у пациентов с брекет-системой затрудняет своевременную диагностику гингивита и пародонтита легкой степени тяжести, а, следовательно, отдаляет проведение

лечебных и реабилитационных мероприятий [7].

**Цель исследования** – сравнить состояние органов и тканей полости рта детей, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием несъемных и съемных аппаратов.

**Задачи:**

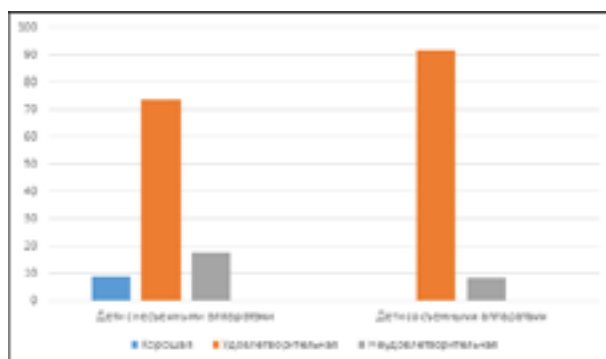
1. Визуально изучить и проанализировать состояние слизистой оболочки полости рта.
2. Оценить гигиену полости рта в период ношения ортодонтических конструкций.
3. Определить состояние пародонта с помощью пародонтальных индексов.
4. Проанализировать распространенность и интенсивность кариеса.
5. Сравнить полученные данные у детей, использующих несъемные и съемные ортодонтические аппараты.

**Материалы и методы.** На базе ДСО №2 клиники ФГБОУ ВО ЧГМА города Читы обследованы 60 детей в возрасте 7-17 лет, из них 30 подростков находились на ортодонтическом лечении с использованием несъемных аппаратов (брекет-систем), 30 детей - со съемными аппаратами. Для оценки уровня гигиены полости рта определяли индекс ОНI-S, для оценки состояния пародонта - индекс РМА, для оценки состояния твердых тканей зубов определяли распространенность и интенсивность кариеса зубов по индексам КПУ<sub>3</sub>, КПУ<sub>3</sub> + кпз.

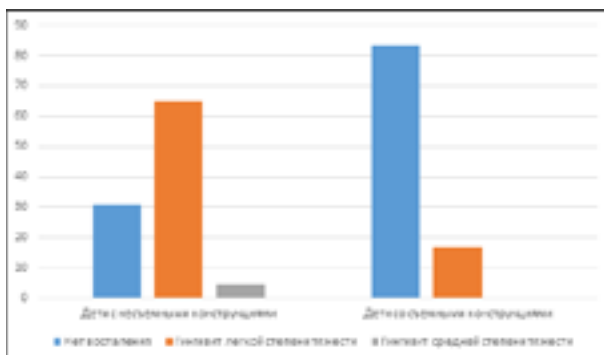
**Результаты.** Оценка состояния слизистой оболочки полости рта у детей с ортодонтическими аппаратами показала, что травматические поражения слизистой оболочки чаще встречаются у детей с несъемными конструкциями. Так, при осмотре слизистой оболочки полости рта у 17 детей, использующих несъемные аппараты, отмечено наличие травматических поражений. При этом у 7 детей они локализованы на щеках. Как правило, такие повреждения являются следствием действия крючков, острых концов ортодонтических дуг, а также прикусыванием щек в области опорных колец. У 5 детей на верхней губе и у 3 на нижней губе отмечены повреждения крючками на брекетах, зафиксированных на клыках верхней и нижней челюсти

соответственно, у 2 детей диагностированы травмы слизистой оболочки в области щеки и губы. При осмотре полости рта у пациентов со съёмными аппаратами у 5 диагностированы травмы слизистой оболочки полости рта. У 2 детей отмечены повреждения слизистой оболочки щеки за счет травмирования кламмерами Адамса и прикусывания. У 2 пациентов повреждения локализовались на нижней губе в следствии травмирования и-образными изгибами вестибулярной дуги съёмного аппарата, у 1 ребенка - на небе, за счет трения слизистой оболочки неба в средней трети об острые края секторального распила съёмного аппарата.

При оценке гигиены полости рта у обследованных детей при помощи индекса ОНI-S установлено, что среднее значение индекса у пациентов, находящихся на лечении несъёмными аппаратами равно 1,2, у детей со съёмными ортодонтическими аппаратами - 1,1, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта. Хороший уровень гигиены отмечен у 3 (8,7%) пациентов с несъёмной аппаратурой, при этом соответствующего уровня гигиены у обследованных детей со съёмными аппаратами не обнаружено, удовлетворительный уровень - у 22 (73,9%) и 27 (91,6%) детей соответственно, неудовлетворительный - у 5 (17,4%) и 3 (8,4%) детей соответственно. Плохого уровня гигиены у обследованных детей не выявлено.

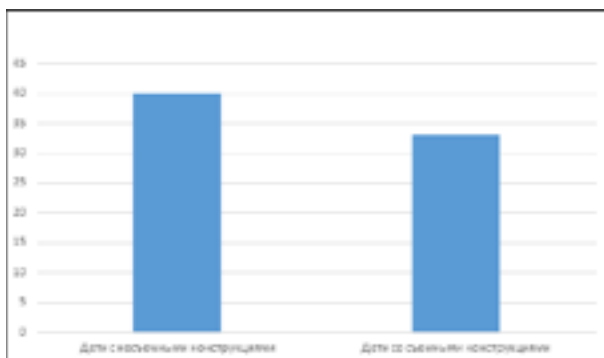


**Оценка гигиены полости рта (индекс ОНI-S)**



**Оценка состояния десны по индексу РМА**

Оценка состояния десны по индексу РМА показала, что среди обследованных преобладали дети с легкой степенью гингивита что, составило с несъемными аппаратами – 20 пациентов (65%) и со съёмными аппаратами - 5 (16,7%). Гингивит средней степени обнаружен у 1 (4,4%) пациента с несъемными аппаратами и не выявлен у детей со съёмными аппаратами. Гингивита тяжелой степени у обследованных детей не обнаружено.

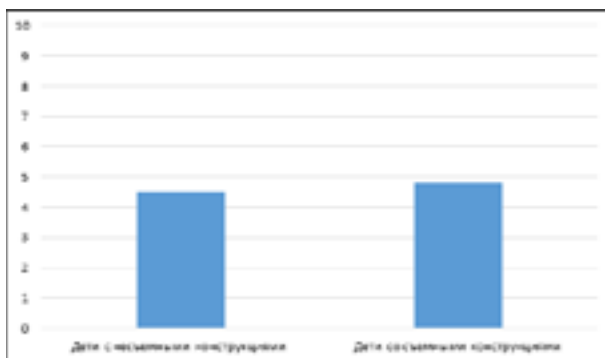


**Распространенность кариеса**

При анализе распространенности кариеса установлено, что значение этого показателя у детей со съёмными аппаратами составило 33%. Распространенность кариеса постоянных зубов у детей с несъемными аппаратами - 40%. Полученные данные

свидетельствуют о среднем уровне распространенности кариеса.

При оценке интенсивности кариеса установлено, что среднее значение КПУз+кпз у детей со съёмными аппаратами составило 4,8. Анализ интенсивности кариеса постоянных зубов показал, что среднее значение КПУз у детей с несъёмными аппаратами составило 4,5, и было меньше, чем у детей с несъёмными аппаратами.



**Вывод.** Таким образом, обнаружено, что у лиц со съёмными ортодонтическими аппаратами гигиена полости рта лучше, чем у пациентов, использующих для лечения несъёмные ортодонтические аппараты. При этом распространенность кариеса выше у подростков, находящихся на лечении на брекет-системах, а интенсивность кариеса выше у детей со съёмными ортодонтическими конструкциями. Выявлена тенденция, что у значительной части пациентов, получающих ортодонтическое лечение на брекет-системах, развивается воспалительный процесс в десне. Это связано с тем, что морфофункциональные нарушения, вызванные аномалиями зубочелюстной системы и наличие в полости рта брекетов, дуг и лигатур значительно затрудняет проведение обычных гигиенических процедур, что создает условия для развития воспалительного процесса.

Поскольку велик риск ухудшения гигиены полости рта и развития осложнений со стороны пародонта, при проведении



ортодонтического лечения с применением несъемной ортодонтической аппаратуры даны рекомендации:

1. Использование основных и дополнительных средств и предметов гигиены, таких как зубные щетки, щетки для брекетов с V-образным вырезом, монопучковые щетки, межзубные ершики, суперфлоссы, ирригаторы, ортодонтический воск для брекетов; ополаскивания полости рта водой после каждого приема пищи;
2. Проведение профессиональной гигиены полости рта 1 раз в 3 месяца;
3. Санация полости рта 1 раз в 6 месяцев;
4. Контроль стоматолога-терапевта лиц с гингивитом или пародонтитом;
5. Домашняя контролируемая чистка зубов с индикатором зубных отложений (Curaprox, Miradent, PresiDENT, ModumWunderdent, Parodent, СтомаДент);
6. Профилактика кариозного поражения путем использования реминерализующих гелей (R.O.C.S. Medical Minerals, Lactalut).

### **Литература**

1. Беньковский В.В. Клиническая оценка гигиены полости рта пациентов, пользующихся ортодонтическими аппаратами : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. СПб., 2011. 22 с.
2. Вакушина Е.А., Брагин Е.А. Распространенность аномалий окклюзии среди подростков и взрослых г. Ставрополя. Ортодонтия. 2003. № 2 (22). С. 29-32.
3. Кисельникова Л.П., Рамм Н.Л. Брекеты-система или деминерализация эмали? Институт Стоматологии. 1998. №1(1). С. 38-39.
4. Косюга С.Ю., Ботова Д.И. Состояние полости рта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6.
5. Олесов, Е.Е. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей работников предприятий с опасными условиями

труда и организационно - экономические аспекты их ортодонтической реабилитации : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М., 2009. 22 с.

6. Усачев В.В. Сравнительная оценка эффективности средств гигиены полости рта, содержащих комплекс триклогарад и растительные экстракты, у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с применением несъемной дуговой аппаратуры. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1. С. 334-336.
7. Усманова И.Н. Комплексное лечение заболеваний пародонта при ортодонтической коррекции скученного положения зубов : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Екатеринбург, 2005. 23 с.

УДК 616.314-089.23-053.2

**Малежик М.С., Шнитова И.В., Хоменок Е.А.  
СЕДАЦИЯ ЗАКИСЬЮ АЗОТА НА ДЕТСКОМ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

**Введение.** Одной из наиболее актуальных проблем в сфере здравоохранения является высокая стоматологическая заболеваемость детей и подростков. Специфика физиологического и психологического развития ребенка, трудоемкость и длительность лечебных процедур, а также эмоциональная неподготовленность родителей объясняют тот факт, что для многих детей лечение у стоматолога является стрессовым фактором. Поведением ребенка руководят эмоции, которые могут препятствовать работе врача стоматолога и сказываться на качестве и прогнозе лечения. Посещение стоматолога для ребенка связано с вынужденным положением в кресле с открытым ртом, специфическими звуками, ярким светом, неизвестными запахами, а также с общением с посторонними людьми. Все это в совокупности рождает напряжение и страх. Память на отрицательные воздействия может возникнуть и закрепиться в сознании ребенка на всю жизнь. Для оказания высококачественной стоматологической помощи ребенку необходимо создать особые условия, при которых он почувствует себя спокойно и комфортно. Такое лечение возможно при применении седации с закисью азота.

**Актуальность темы.** В последние десятилетия в России среди детского населения увеличивается распространенность и интенсивность кариеса, в значительной степени из-за неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта у детей раннего и дошкольного возраста.

Прогрессирование кариозного процесса во временных зубах быстро приводит к осложнениям кариеса, преждевременной потере зубов. С раннего возраста дети уже нуждаются в разных видах стоматологической помощи, что является большой клинической и организационной проблемой для детских стоматологов.

Подавляющее большинство маленьких детей боятся лечения зубов, особенно те, кто уже имел негативный опыт общения со стоматологом. Среди таких пациентов нередки случаи отказа от лечения или, к сожалению, имеет место практика лечения против воли детей. Эта ситуация не может не влиять на качество жизни семьи, однако имеются лишь единичные работы, характеризующие качество жизни детей раннего возраста с множественным поражением зубов и их родителей.

Для санации детей с негативным отношением к стоматологическому лечению в ограниченном числе лечебных учреждений применяется метод общего обезболивания.

Наряду с этим заслуживает внимания метод седации с сохраненным сознанием. Интерес к этому виду анестезиологического пособия постоянно растет.

В нашей стране в силу многих, в том числе организационных, причин при стоматологическом лечении данный вид анестезиологического пособия применяется очень редко у взрослых пациентов и в единичных учреждениях у детей.

**Целью** настоящей работы является конкретизирование понятия «седация», рассмотрение фармакологических свойств закиси азота, определение протокола, а также показаний и противопоказаний к применению седации закисью азота на детском стоматологическом приеме.

**Методика.** Исследование организовано на базе частной детской клиники ООО «Детство» ДентаЛюксик в городе Чита. В ходе работы произведен анализ научной медицинской и психолого-педагогической литературы, наблюдение и изучение деятельности врачей во время выполнения протокола седации при лечении детей в клинике ООО «Детство», а также оценка полученного в ходе наблюдений опыта. Под седацией (от лат. *sedatio* «успокоение») понимают искусственно вызванное обратимое состояние организма, при котором происходит минимальное угнетение сознания, сохраняются защитные рефлексы, способность к самостоятельному дыханию и вербальному контакту. Следствиями седации являются ослабление психомоторного возбуждения и аффективного напряжения, снижение реакций на

внешние стимулы, ослабление агрессивности. Наиболее часто в детской стоматологии применяется закись азота – кислородная седация. Закись азота – это химически стабильное соединение, которое при комнатной температуре является газом без запаха и цвета.  $N_2O$  обладает высокой диффузионной способностью, которая в 30 раз выше по сравнению с азотом, являющимся основным компонентом атмосферного воздуха. Вследствие этого феномена, закись азота обладает выгодным с позиции анестезиологии фармакологическим свойством – быстрым достижением насыщения в крови и тканях, и такой же быстрой элиминацией из организма. Известно, что это химическое соединение открыто английским химиком Джозефом Пристли в 1772 году, однако свойства данного газа подробно были изучены позже в 1796 году его соотечественником Хамфри Дэви. После опытов на себе, он впервые высказал идею о возможности его применения для обезболивания.  $N_2O$  способен при ингаляции оказывать определенный эффект на ЦНС. За это, в 1799 году Х.Дэви назвал закись азота «веселящим газом» («Lach-gas» в немецком, термин, используемый до сих пор). Впервые закись азота использована для обезболивания в 1844 году американским дантистом Хорасом Уэллсом на самом себе, при этом его коллега Джон Риггс удалил у испытуемого здоровый моляр. Далее в 1868 году установили, что  $N_2O$  только физически растворяется в крови, не изменяя химический состав последней, то есть присутствует в плазме в свободном состоянии. В этом же году профессор хирургии из Чикаго Эдмунд Эндрюс начал сочетать вдыхание закиси азота с добавлением кислорода, что дало возможность более длительного применения наркоза [3]. В России в 1869г. впервые успешно применено обезболивание закисью азота Л. Бернардо-Беркмеером, предлагавшим безболезненное удаление зубов, а также хирургами С.П. Боткиным и С. Кликовичем при родах. В 1888г. этот газ применялся в Санкт-Петербурге дантистами для наркоза. С 1948г закись азота – кислородная седация применяется в странах с прогрессивной стоматологией. Фармакологическое действие  $N_2O$  проявляется в том, что газ угнетает передачу нервных импульсов в ЦНС, изменяет корково-подкорковые взаимоот-

ношения, неспецифически взаимодействуя с мембранами нейронов. Закись азота обладает определенным анальгезирующим эффектом, что связано с ее антиноцицептивным эффектом, развивающимся вследствие высвобождения опиоидных пептидов в стволе головного мозга, активации нисходящих тормозных путей и симпатической  $\alpha$ 1-адренергической системы, высвобождения норадреналина в нейронах задних рогов спинного мозга. Происходит модуляция восходящего пути передачи болевых импульсов от периферии к центру на сегментарном уровне. Обезболивающего эффекта  $N_2O$  недостаточно для проведения стоматологических манипуляций, поэтому дополнительно должна быть проведена местная анестезия [4].

**Результаты исследования.** Анализ историй болезни пациентов, проходивших лечение в ООО «Детство», свидетельствует о том, что чаще всего седация применяется у детей в возрасте от 3 до 8 лет и длится около часа. Разницы при применении ЗАКС у мальчиков и девочек статистически не обнаружено, так как в этом возрасте психоэмоциональные различия у детей еще не сформированы [2]. Персоналом ООО «Детство» был разработан следующий протокол использования закиси азота в работе с детьми. Подача  $N_2O$  осуществляется с помощью специального оборудования. Аппарат «Матрикс» представляет собой ротаметр (смеситель), позволяющий регулировать соотношение газов в смеси, резервный мешок, дыхательный контур с носовой маской и источник газов (баллоны). В игровой форме примеряется маска и врач объясняет ребенку, что с ним будет происходить. Важно получить добровольное согласие пациента на то, чтобы он надел маску – это первая составляющая успеха. Введение в состояние седации начинается с подачи 100% кислорода со скоростью 4–6 л/мин и постепенным добавлением закиси азота. Допустимая концентрация  $N_2O$  составляет 70%. Наиболее оптимальное соотношение, при котором можно проводить запланированное лечение – 30 % закиси азота и 70 % кислорода [5]. Однако регулирование концентрации оксида азота зависит от его эффекта, и в каждом случае это индивидуальный показатель, который фиксируется

в карте. После начала ингаляции кровь насыщается газом за 5–7 мин. Как только ингаляция прекращается, газ полностью выводится легкими в неизменном виде. Особенностью ЗАКС, в отличие от других седативных препаратов, является быстрое наступление седации и отсутствие следового эффекта: она полностью элиминируется из организма в течение 5–10 мин благодаря вдыханию 100% кислорода на завершающем этапе. Симптомы седации проявляются как комфортное, расслабленное состояние, хорошее настроение, мягкие, заторможенные движения тела, отсутствие сопротивления, глубокое дыхание, снижение двигательной активности глаз, легко фиксируемый взгляд, сниженное восприятие звука. Пациент может быть дезориентирован и легко поддаваться внушению. Завершение работы необходимо проводить под остаточным влиянием закиси азота. Выход из состояния седации должен быть плавным и завершаться ингаляцией 100% кислорода в течение 3–5 мин.

Показаниями для использования ЗАКС в детской стоматологии являются:

1. Необходимость в снятии умеренного страха перед стоматологическим вмешательством у ребенка, способного к сотрудничеству. Первое лечение у стоматолога, что позволяет сформировать стереотип положительного лечения без страха.
2. Повышенный рвотный рефлекс.
3. Травматичные вмешательства (местная анестезия, удаление, препарирование кариозной полости).
4. Длительное лечение [1].

Противопоказаниями к ЗАКС являются:

1. Непреодолимый страх у ребенка после полученного негативного опыта лечения у стоматолога и нежелание идти на контакт с врачом.
2. Психические заболевания и интеллектуальные нарушения, препятствующие возможности двустороннего контакта.
3. Нарушенное носовое дыхание (аденоиды, ОРВИ). Ребенок будет дышать ртом и не сможет пользоваться носовой маской.
4. Переполненный желудок, так как возможно возникновение тошноты и рвоты. Последний прием пищи должен быть осу-

ществлен за 2 часа до начала седативного воздействия.

5. Гипервозбудимость, поскольку есть вероятность возникновения парадоксальной реакции на седацию. Врач, анализируя поведение ребенка на консультации, может прогнозировать, какое воздействие окажет ЗАКС на пациента [1].

**Заключение.** Оценив масштабность применения закиси азота как средства седации в детской стоматологии, мы пришли к следующим заключениям:

1. Метод ЗАКС создает комфортные условия, как для пациента, так и для врача стоматолога, при этом увеличиваются качество и объем выполняемого стоматологического вмешательства, что создает возможность полноценной санации полости рта.
2. Несмотря на положительные качества ЗАКС, она должна использоваться врачом строго по показаниям, учитывая также возможные противопоказания к процедуре.
3. В городе Чита, населением около 351 784 человек, имеются всего 3 клиники, оснащенные современным оборудованием, с помощью которого возможно проведение процедуры ЗАКС, что, безусловно, мало, и не может в должной степени обеспечить условия для комфортного лечения у стоматолога контингента, имеющего для этого показания.

#### **Список литературы**

1. Narkoz.by: [сайт]. URL: <https://narkoz.by/articles/pokazaniya-i-protivopokazaniya-k-sedacii> (дата обращения 5.04.2023)
2. Миленин В.В., Острейков И.Ф., Васильев Я.И. Оценка психологических методов степени тревожного напряжения у детей в стоматологии. Анестезиология и реаниматология. 2014. № 5. С. 59-63. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22442339> (дата обращения 17.02.2023)
3. BigPicture.ru: [сайт]. URL: <https://bigpicture.ru/istorija-izobretenija-veseljashhego-gaza/> (дата обращения 5.04.2023).
4. VIDAL: справочник лекарственных средств: [сайт]. URL: [https://www.vidal.ru/drugs/nitrous\\_oxide\\_25387](https://www.vidal.ru/drugs/nitrous_oxide_25387) (дата обращения 5.04.2023).
5. STOMWEB: [сайт]. URL: Elizabets S. Gosnell. Седация у детей. <https://stomweb.ru/articles/sedaciya> (дата обращения 10.03.2023).



УДК: 616.314-085: 616.716.8

Найданова И.С., Писаревский Ю.Л.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

**Введение.** В процессе жизнедеятельности человека одним из самых нагружаемых суставов организма является височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС). Физиология последнего обеспечивается в комплексе зубочелюстной системы, иннервируемым центральной нервной системой. Нарушение одного из элементов зубочелюстной системы (зубы, мышечный / связочный аппарат, ВНЧС, неврологическая составляющая) неизбежно отражается на остальных. Каждый из них может быть обследован несколькими методами диагностики от клинико-инструментальных до высокотехнологичных.

**Целью данной работы** являлся анализ дифференциальных признаков различных форм патологии ВНЧС и возможностей современных технологий в диагностике элементов зубочелюстной системы.

**Материалы и методы.** Исследование проводили на основе поиска и изучения оригинальных статей по вопросам диагностики различных нозологических форм заболеваний ВНЧС в базах данных: eLibrary, PubMed, Google Scholar. Проведен ретроспективный анализ 67 клинических случаев пациентов, обращавшихся в центр по лечению и профилактике заболеваний ВНЧС на базе кафедры ортопедической стоматологии ЧГМА в период 2018-2022 годы.

**Результаты исследования.** В этиологическом аспекте доказана роль окклюзионных нарушений, деформаций и аномалий зубочелюстной системы, травм, мышечных парафункций, постуральных факторов, эндокринных и соединительно-тканых заболеваний.

Сбор анамнестических данных и клиническое обследование позволяют выявить внутрисуставную причину заболеваний височно-нижнечелюстной области. Например, определение фактора окклюзионной травмы, причины ограничения открывания рта, наличие суставных шумов, системный характер заболевания с вовлечением других суставов, распространение инфекции из соседних областей.

Для дифференциальной диагностики важное значение имеет характер боли. Боль при воспалении в суставе (артрит, синовит) бывает постоянной, различной интенсивности, более выражена ночью или под утро, носит более локальный характер, любые движения нижней челюсти усиливают боль, возможны иррадиация боли в ухо, висок, положение с полуоткрытым ртом несколько снижают интенсивность боли.

Боль при остеоартрозе ВНЧС (обусловлена механическим характером): локальная связана с движениями нижней челюсти усиливается к концу дня и исчезает к утру, «стартовая» боль, иррадиация боли в ухо, висок (местная). При дислокации диска (внутренние нарушения) проявляется локальная кратковременная боль, связанная с определенными движениями нижней челюсти, не зависит от времени суток, боль с ощущением инородного тела в суставе, боль может сопровождаться щелчками.

При синдроме болевой дисфункции ВНЧС боль носит неопределенный характер различной интенсивности; усиливается при психоэмоциональном напряжении; сопровождается вазомоторными расстройствами; возможны парестезии в области лица; определяется иррадиация боли во все анатомические зоны лица, полости рта, затылок, шею, плечевой пояс; имеет непостоянные зоны иррадиации в зависимости от времени суток и дней недели; плохо снимается обезболивающими и нестероидными противовоспалительными препаратами.

Дифференциальные признаки внешнего осмотра. К внешним признакам воспаления относят: припухание, гиперемия, местное повышение температуры в области сустава. Данные признаки отсутствуют: при внутренних нарушениях, синдроме болевой дисфункции ВНЧС; характерны для острого или обострения хронического артрита, остеоартроза с явлениями синовита.

Дифференциальные признаки пальпации жевательных мышц и ВНЧС. Боль при пальпации характерна: синдрому болевой дисфункции ВНЧС (болезненные точки в мышцах, менее выраженная болезненность при пальпация суставной головки), остеоартриту, остеоартрозу в стадии воспаления (локальная боль в области сустава, менее жевательных мышц), может отсутствовать при внутренних нарушениях.

Дифференциальные признаки функциональных нарушений могут быть в виде снижения функции - ограничения открывания рта, жевания и откусывания или в виде гипермобильности

(проявляется чрезмерным межрезцовым расстоянием). Ограничение подвижности может быть: при воспалении в суставе - артрит, артроз с признаками синовита; при заклинивании в суставе - артроз (суставные мышцы); при внутренних нарушениях (вывих суставного диска); при контрактуре жевательных мышц, не связанной с заболеванием сустава (реактивная, механическая); при синдроме болевой дисфункции ВНЧС (возможна локальная контрактура одной из мышц). Синдрому болевой дисфункции ВНЧС характерны различные варианты нарушения функции от сведения челюстей до гипермобильности. В отличие от этого, гипермобильность не характерна артриту и артрозу.

Дифференциальные признаки аускультации ВНЧС. Щелчки (щелкающий сустав) характерны внутренним нарушениям, синдрому дисфункции ВНЧС. Хруст характерен остеоартрозу, хроническому артриту. Отсутствие звуков характерно заболеваниям протекающим с выпотом в суставную полость (остеоартриту, синовиту).

Тем не менее, для более детальной информации необходимы дополнительные методы диагностической визуализации ВНЧС, которые позволяют измерить степень вовлеченности его компонентов и их состояние.

Радиографические методы диагностики заболеваний ВНЧС (панорамная, транскраниальная, планиографическая техники) позволяют визуализировать морфологические характеристики костных структур сустава и прилежащих областей, их нахождение при открывании рта. Однако, анатомическое расположение сустава и технические ограничения радиографических техник объясняют пониженную четкость визуализации в связи с наложением изображений костных структур. Данные методы могут быть эффективны в случае, если врач смог собрать достаточную симптоматическую информацию для постановки диагноза.

Панорамная радиография информативна для выявления одонтогенной природы заболеваний ВНЧС, асимметрии костных структур, наличие перелома / аномалий развития / формы головки нижней челюсти, наличие резорбции за счет метаболических дегенеративных изменений и окклюзионных травм, а также опухолевых процессов, анкилозов. Планиография (специфический панорамный снимок) ВНЧС имеет значительную точность, благодаря исключению наложений окружающих структур, и обеспечивает прямое билатеральное сравнение при экскурсии головок

нижней челюсти. Последнее позволяет визуализировать их при закрытом и открытом рте (идентифицировать ограничение или гипермобильность). Транскраниальная радиография полезна для выявления костных патологий, визуализации переломов шейки и головки нижней челюсти со смещением, определения суставных пространств [1].

Одним из прецизионных методов диагностики дисфункции ВНЧС является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), которая характеризуется высокой чувствительностью и специфичностью, низкой лучевой нагрузкой на пациента (до 50 мкЗв). В исследованиях Т. А. Лархайм (2015) указывается, что полученная с помощью КЛКТ диагностическая информация лимитируется морфоструктурными изменениями твердых тканей ВНЧС [10].

П. Н. Гелетин и соавт. (2012) предложили алгоритм визуализации и анализа ВНЧС, который позволяет стандартизировать методику проведения исследования ВНЧС и интерпретацию полученных результатов. В результате применения предложенного алгоритма визуализации получается изометрическое изображение изучаемой области в трех проекциях с необходимой толщиной выделенного слоя. В соответствии с реформатами авторами предложен для анализа изменений в ВНЧС перечень количественных (угловых и линейных) и качественных характеристик (положение и контуры головки нижней челюсти, высота и симметричность суставной щели, наличие признаков остеоартроза). Среди количественных характеристик отмечены толщина и денситометрия кортикальных пластинок элементов ВНЧС, угла нижней челюсти, венечного отростка; размеры головок нижней челюсти, суставной щели; угол между длинной осью правой и левой головок и срединно-сагиттальной плоскостью [5].

В отличие от КЛКТ, метод мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) дает возможность получить одновременное изображение как элементов височно-нижнечелюстного сустава, так и жевательных мышц с обеих сторон; количественную информацию о размерах костных и мягких тканей ВНЧС [2]. К. Ю. Задильская и соавт. (2017) сообщают об успешном применении МСКТ в оценке расположения суставного диска ВНЧС [4]. Однако в литературе имеются сведения о недостаточной «различимости» мягкотканых структур ВНЧС при использовании КТ [9].

Общепризнанным «золотым стандартом» в диагностике патологических изменений ВНЧС является магнитно-резонансная томография [8].

Главными задачами лучевой диагностики нарушений ВНЧС являются визуализация диска, определение его формы и положения относительно головки нижней челюсти и суставного бугорка в разные фазы движения, выявление нарушения биламинарной зоны и целостности задних внутрисуставных связок. С учетом того, что наиболее распространенным при дисфункции ВНЧС является переднее смещение суставного диска, авторы использовали МРТ с синтезом томограмм в кососагиттальных плоскостях. Дистрофические изменения суставного диска на МРТ визуализировались в виде микроучастков умеренно гиперинтенсивного сигнала на T1-взвешенных изображениях. Патологические изменения биламинарной зоны в виде неоднородности ее структуры, уменьшения или увеличения объема [6].

В работах А. В. Бутовой (2016) сообщается о возможности МРТ визуализировать жевательные мышцы на всем протяжении с определением их морфологических изменений. В частности, авторами выявлены у пациентов с клиническими проявлениями мышечно-суставной дисфункции в структуре крыловидных и собственно жевательной мышц участки с гипоинтенсивным сигналом на T1 взвешенном изображении [6].

Методом выбора для исследования функции нейромоторного аппарата и оценки координации жевательных мышц является электромиография (ЭМГ). Глобальная ЭМГ посредством поверхностных электродов позволяет зарегистрировать суммарную биоэлектрическую активность мышцы, характеризующуюся амплитудой и частотой потенциалов. Согласно данным О.Г. Бугровецкой и соавт. (2015), у здоровых лиц в состоянии покоя жевательная мускулатура обладает симметричной спонтанной электрической активностью. Для пациентов с признаками дисфункции ВНЧС характерно снижение и асимметричность значений этого показателя [8].

Биоэлектрическая активность мышцы при функциональных пробах дает представление о степени нарушения мышечно-го аппарата в активной фазе. Однако в отношении исследования латеральной крыловидной мышцы, вследствие ее анатомических особенностей, возможности глобальной ЭМГ ограничены. По данным ряда авторов, анализ амплитуды, длительности и количе-

ства фаз ПДЕ отражает изменения структурных единиц мышцы локально, а также определяет стадию денервационно-реиннервационного процесса в ней. Эта функция может быть выполнима только с помощью локальной электромиографии концентрическими электродами [7]. Следовательно, ЭМГ позволяет регистрировать изменения нервно-мышечного аппарата, важного звена в патогенезе дисфункции ВНЧС.

Артикуляционный и функциональный анализ движений нижней челюсти позволяет выполнить метод электронной аксиографии. Артикуляционный анализ включает: нахождение центрального положения нижней челюсти, запись движений нижней челюсти во всех направлениях, что необходимо для настройки артикулятора. В отчете функционального анализа выдается численное значение расстояний движения суставных головок и резцовой составляющей. Проведенный функциональный анализ можно детально проанализировать. «Открывание – закрывание» рта – оценивается совпадение суставных и резцовых траекторий при открывании и закрывании рта. Отсутствие совпадения этих траекторий говорит об изменениях в ВНЧС. Анализируется отклонение резцовой траектории от центральной линии. При латеротрузионных движениях оцениваются наличия искажений траекторий на балансирующих сторонах.

Таким образом, современные возможности методов диагностики элементов зубочелюстной системы позволяют детально получить сведения об их состоянии и выбрать оптимальную тактику лечения.

### **Литература**

1. Ализаде Д. Обзор методов диагностики при заболеваниях ВНЧС // Евразийский журнал клинических наук. – 2019. – Т. 2. – №. 1. – С. 28-38.
2. Булычева Е.А. Возможности мультиспиральной компьютерной томографии при изучении расстройств височно-нижнечелюстных суставов / Е. А. Булычева, В. Н. Трезубов, Д. С. Булычева // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. – 2017. – №. 6. – С. 22-30.
3. Бутова А. В., Силин А. В. Результаты клинико-лучевого исследования жевательных мышц у пациентов с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов с применением МРТ / Конгресс российского общества рент-

- генологов и радиологов сборник тезисов. СПб. – 2020. – С. 32-33
4. Задильская, К. Ю. Возможности современных томографических методик в визуализации суставного диска височно-нижнечелюстного сустава / К. Ю. Задильская, А. П. Дергилев, Я. Л. Манакова // Лучевая диагностика и терапия. – 2017. – №. 2. – С. 69.
  5. Индивидуализация протокола конусно-лучевой компьютерной томографии височно-нижнечелюстного сустава / П. Н. Гелетин, Д. В. Рogaцкин, Н. В. Гинали, Е. И. Бойкова // Институт стоматологии. – 2012. – Т. 2. – №. 55. – С. 48-51.
  6. Магнитно-резонансная томография в диагностике патологии жевательных мышц при мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстных суставов / А. В. Бутова, И. Э. Ицкович, А. В. Силин [и др.] // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. ИИ Мечникова. – 2016. – Т. 8. – №. 3. – С. 13-17.
  7. Неврология. Национальное руководство. Том 1. / По ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехта. – М.: Издательство ГЭОТАР-Медиа; 2018. – 880 с.
  8. Особенности морфологии латеральных крыловидных мышц у пациентов с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов по данным МРТ / А. В. Силин, Т. М. Синицина, Е. И. Семелева, А. В. Бутова // Институт стоматологии. – 2015. – №. 2. – С. 44-45.
  9. Харитонов, Д. Ю. Значение артроскопической картины в диагностике и лечении травматических повреждений височно-нижнечелюстного сустава / Д. Ю. Харитонов, А. Н. Морозов, В. А. Краснова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2017. – №. 69. – С. 50-56.
  10. Larheim, T. A., Abrahamsson, A. K., Kristensen, M., & Arvidsson, L. Z. (2015). Temporomandibular joint diagnostics using CBCT. *Dentomaxillofacial Radiology*, 44(1), 20140235. doi: 10.1259/dmfr.20140235

УДК 616.31-002-053.2

Петрова А.М., Малежик М.С., Шнитова И.В.

## КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита

**Введение.** Кандидоз полости рта – самая частая грибковая инфекция полости рта, вызванная грибами рода *Candida*, которые являются условно патогенными. На сегодняшний день известны более 150 видов грибов этого рода, но патогенетическое значение как возбудители кандидоза имеют *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida glabrata*, *Candida krusei*, *Candida parapsilosis* и *Candida lusitanae* [6].

Несмотря на то, что *Candida albicans* остается основной причиной кандидоза, в настоящее время значительное число инфекций связывают с не-*albicans* видами *Candida* (НАС), включая *Candida krusei*. Это изменение частично объясняется повышенной устойчивостью видов НАС к противогрибковым препаратам [8].

*C. krusei* представляют собой диплоидные диморфные аскомицетные дрожжи, населяющие слизистую оболочку здоровых людей. Однако эти дрожжи могут вызывать опасные для жизни инфекции у пациентов с ослабленным иммунитетом, у которых *C. krusei* ассоциирована с высокими уровнями заболеваемости и смертности [1].

Вид *Pichia kudriavzevii* (также встречаются названия *Issatchenkia orientalis* и *Candida glycerinogenes*) считается безопасным, он с давних времен используется для производства пищевых продуктов - ферментации маниоки и какао в Африке, ферментации молока в Тибете и Судане, производства напитков на основе кукурузы в Колумбии [3].

Александр Дуглас из Университетского колледжа в Дублине (Ирландия) и его коллеги секвенировали геномы типовых линий *C. krusei* (CBS573T) и *P. kudriavzevii* (CBS5147T), а также около 30 штаммов этих двух видов, собранных в клинике и в окружающей среде. Результаты показали, что *C. krusei* и *P. kudriavzevii* – это один и тот же вид, их геномы идентичны на 99,6%. Оказывается, еще в 80-е годы высказано предположение, что *C. krusei* и *P.*



*kudriavzevii* могут оказаться анаморфой и телеоморфой, то есть бесполой и половой стадиями развития одного и того же вида, но теперь это подтверждено методами геномики [3].

Патогенные штаммы, найденные в клиниках, и промышленные штаммы обладают достаточно высокой резистентностью к противогрибковым препаратам, в частности, к флуконазолу. Отсюда следует, что промышленные дрожжевые штаммы способны вызывать заболевания у людей, и при их использовании необходимо тщательно соблюдать технику безопасности [1].

В отличие от большинства других видов *Candida*, имеющих яйцевидную форму, клетки *C. krusei* имеют удлинённую форму в виде «длиннозернового риса» размерами 2,2–5,6 × 4,3–15,2 мкм с широкими вариациями длины и ширины [1,6].

Кандидоз полости рта является одной из наиболее серьёзных заболеваний слизистых оболочек. Ослабленный слизистый барьер позволяет проникать в организм грибам, присутствующим в ротовой полости, ротоглотке, желудочно-кишечном тракте или коже. А в тех случаях, когда это сочетается с иммуносупрессией, возможно распространение инфекции [2].

Другие местные и системные факторы также могут предрасполагать или вызывать клинические случаи кандидоза полости рта. К таким факторам относятся кислотность слюны, гипосаливация, ночное использование зубных протезов и аппаратов, эндокринные нарушения, дефицит питательных веществ, курение, плохая гигиена полости рта, прием иммуносупрессивных препаратов, лучевая терапия и химиотерапевтическое лечение челюстно-лицевых структур [4].

Частота выделения *Candida krusei*, *Candida glabrata*, *Candida tropicalis* и *Candida parapsilosis* неуклонно растёт во всем мире. Это связано с превращением обычного комменсала в возбудителя инфекции. Различные факторы усиливают развитие и прогрессирование заболевания, приводящего к CADS [6].

*C. krusei* является условно-патогенной инфекцией слизистой оболочки человека и лишь изредка выделяется с поверхностей слизистых оболочек различных групп пациентов.

Этот вид может вызывать поверхностные инфекции, такие как бронхопневмония и кандидозный вульвовагинит. *Candida krusei* обнаруженные в миндалинах, вызывали септический артрит, язвы, инфекции мочевыводящих путей и васкулиты, и только хирургическое удаление органа обеспечило излечение [7].

В последнее время появление видов NAC вызывает настороженность в связи с тем, что эти виды имеют пониженную восприимчивость к противогрибковым агентам. Лечение кандидозных инфекций включает использование нескольких видов соединений семейства, называемых полиенами, азолами, эхинокандинами, аналогами нуклеозидов и аллиламинами [8].

Последние данные эпидемиологического обследования показали, что использование местных и системных противогрибковых средств (азолы, полиены) привело к значительному увеличению резистентных видов *nonalbicans candida* (NAC), таких как *Candida tropicalis*, *Candida glabrata*, *Candida krusei*.

Кроме того, при локализации NAC у биопленок защитная оболочка позволяет им выживать в неблагоприятных условиях, а также делает их устойчивыми к противогрибковой терапии.

Таким образом, точная идентификация *Candida* до видового уровня необходима для установления этиологического диагноза и эффективного противогрибкового лечения.

Флуконазол - один из наиболее распространенных противогрибковых препаратов, но *Candida krusei* изначально устойчивы к этому препарату [8].

Несколько исследований, проведенных с клиническими образцами, показали, что большинство штаммов *C. krusei* чувствительны к вориконазолу, итраконазолу, позаконазолу, анидулафунгину, микафунгину, 5-флуцитозину и амфотерицину В [1,8].

Клинический пример. На прием врача стоматолога детского обратилась мама с ребенком 3 лет с жалобами на жжение языка и неприятный запах изо рта. Из анамнеза выяснено, что ребенок практически здоров, соматическую патологию отрицают (не обследован). При объективном осмотре отмечались участки

десквамации на языке и незначительное количество налета. Остальная слизистая оболочка без патологических проявлений. При микробиологическом обследовании выявлен дисбиоз: *Staphylococcus aureus*  $10^5$ , *Y-Streptococcus*  $10^4$  и *C. Krusei* до  $10^4$ .

Ребенку было назначено лечение: Энтерол по 1 капсуле 2 раза в день, спрей хлорофиллипт. Рекомендовано обследование у гастроэнтеролога, уролога. На контроль не явились.

Анализ ошибок, допущенных врачами-стоматологами при диагностике и лечении кандидоза полости рта, свидетельствует о недооценке факторов риска развития кандидоза, неправильном понимании патогенеза заболевания, одностороннем представлении кандидоза как локального патологического процесса.

Низкая мотивация родителей по выявлению причин заболевания и нормализации микробиологического состояния полости рта у ребенка также способствуют неэффективности лечения и затяжному течению заболевания.

Таким образом, в настоящее время кандидоз следует рассматривать как иммунодефицитное состояние, возникшее в результате глубокой разбалансировки экосистемы в целом. Такое представление о заболевании обуславливает принципиальную необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению кандидоза. Терапия, направленная на все звенья патологического процесса, позволяет повысить эффективность лечения и, кроме того, способствует достижению длительного периода ремиссии заболевания.

### **Литература:**

1. Jamiu A.T., Albertyn J., Sebolai O.M., Pohl C.H. Update on *Candida krusei*, a potential multidrug-resistant pathogen. *Med Mycol.* 2021. Vol. 59 (1). P. 14-30.2021. doi: 10.1093/mmy/myaa031.
2. Садрисламова А.Р., Корнеева В.В., Гусева П.М. Кандидоз полости рта. Молодой ученый. 2022. № 2 (397). С. 68-72. URL: <https://moluch.ru/archive/397/87930/> (дата обращения: 13.04.2023).
3. Douglass A.P., Offei B., Braun-Galleani S., et al. Population genomics shows no distinction between patho-

- genic *Candida krusei* and environmental *Pichia kudriavzevii*: One species, four names. *PLOS Pathogens*. 2018. Vol. 14 (7). e1007138. doi: 10.1371/journal.ppat.1007138.
4. Dangi Y.S., Soni M.L., Namdeo K.P. Оральный кандидоз: обзор. *Int J Pharm Pharm Sci*. 2010. Vol. 2. P. 36-41.
  5. Du J., Wang X., Luo H., et al. Epidemiological investigation of non-albicans *Candida* species recovered from mycotic mastitis of cows in Yinchuan, Ningxia, China. *BMC Vet Res*. 2018. Vol. 14. P. 251. doi: 10.1186/s12917-018-1564-3.
  6. Pfaller M.A., Diekema D.J., Turnidge J.D., et al. Двадцать лет программы противогрибкового надзора SENTRY: результаты по видам *Candida* за 1997-2016 гг. *Open Forum Infect Dis*. 2019. Vol. 6. S79-S94. doi: 10.1093/ofid/ofy358.
  7. Rook G.D., Brand D. *Candida krusei* как патоген; отчет о необычной инфекции миндалин. *Pediatrics*. 1950. Vol. 6 (4). P. 638-643.
  8. Whaley S.G., Berkow E.L., Rybak J.M., et al. Устойчивость к азолам у *Candida albicans* и новых неальбициантных видов *Candida*. *Front Microbiol*. 2017. Vol. 7. P. 2173. doi: 10.3389/fmicb.2016.02173.

**УДК 616.31-022.913-053.5**

**Петрова А.М., Малезик М.С., Шнитова И.В., Кордюк М.Ю.**

**ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА СЛИЗИстую  
ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ  
(ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ)**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

**Введение.** Сегодня курит примерно каждый 6-й человек на планете. О вреде этой привычки известно давно. Кто-то не обращает на это внимания, кто-то обеспокоен, но продолжает курить сигареты, а кто-то не хочет расставаться с привычкой, однако пытается снизить ее воздействие на себя и окружающих [6]. Недавно на рынке России появилась новинка и полноценный заменитель обычной – электронная сигарета. Вейпы быстро получили широкую популярность, имея следующие преимущества перед обычными сигаретами:

- не приносят вреда здоровью окружающих;
- тело и одежда вейпера не пропитываются едким дымом;
- для прикуривания электронной сигареты не нужен контакт с открытым огнем и нет необходимости в пепельнице;
- возможность самостоятельно изменять никотиновую дозу вплоть до полного отказа;
- вейпы в процессе эксплуатации не выделяют смолы и канцерогены, которые образуются при тлении табака;
- использование электронных парогенераторов разрешено законом, они не приравниваются к табачным изделиям.

Вейпинг становится наиболее активно распространяющимся социальным явлением, особенно среди молодого поколения. Показательно, что именно в подростковом возрасте личность сталкивается с первыми пробами, в том числе никотиновыми. Популярность феномена вейпинга также объясняется следованием моде и желанием обрести единомышленников среди любителей электронных сигарет. Примечательно, что вейпинг сформировался в России как социальный процесс, включающий представителей различных категорий населения с позиции их потребительских и коммуникативных практик.

Потребителями вейпов является не только молодежь (школьники, студенты), но и люди более старшего возраста. Мотивом покупки чаще всего выступает зависимость, однако важно иметь в виду, что потребность в коммуникации также дает определенную мотивацию: зачастую места продажи электронных сигарет становятся точкой притяжения и общения подростков, молодежи, взрослого населения [4].

Низкое содержание никотина или его отсутствие в вейпах по сравнению с обычными табачными изделиями делает их легкодоступными на территории России, в том числе посредством покупки через интернет-магазины. Примечательно, что в Австралии, Аргентине, Австрии, Бельгии, Бразилии, Британии, Брунее, Греции, Дании, Канаде, Колумбии, Мексике, США, Турции, Таиланде, ОАЭ, Финляндии, Японии действует полный запрет на электронные сигареты [4]. На сегодняшний день медицинским сообществом сформулированы основные аргументы против электронных сигарет, связанные с содержанием в парах химических веществ, и отсутствием стандарта для приготовления жидкостей.

**Цель исследования.** Изучить влияние электронных сигарет на слизистую оболочку полости рта и ткани пародонта у подростков.

**Материал и методы исследования.** В детском стоматологическом отделении №1 клиники «Читинской государственной медицинской академии» за период с 01.12.2022 по 17.03.2023 выявлены 9 подростков 15-17 лет с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Из них двое на приём обратились со схожими жалобами на изменение цвета слизистой оболочки и жжение языка. В ходе тщательного сбора анамнеза выявлено ежедневное использование электронных сигарет. У остальных детей жалобы отсутствовали, изменения в слизистой оболочке были обнаружены при санации зубов.

**Результаты исследования.** Электронные изделия, моделирующие курение, являются устройствами, в которых вместо сжигания табака происходит испарение жидкости для вдыхания человеком. В приборах находится картридж с раствором и содержится никотин в концентрации от 0 до 4,8%

[3]. Изучен состав жидкостей для вейпов – они содержат: пропиленгликоль (60%), глицерол (14%), дистиллированная вода (20%), ароматизаторы (6%), могут содержать никотин.

Пропиленгликоль – основной компонент курительных жидкостей. Представляет собой бесцветную сладковатую маловязкую жидкость. В основном агрегатном состоянии безвреден и разрешен в качестве пищевой добавки (E1520), но при нагревании до 250-300<sup>0</sup>C выделяет токсическое вещество – акролеин. Акролеин – легколетучую слезоточивую жидкость с резким запахом, относится к лакриматорам (группа отравляющих веществ, которая вызывает раздражение слизистой оболочки полости рта и глаз, слезотечение) [5].

Глицерол в малых дозах обладает обволакивающим и антисептическими свойствами. Но при постоянном употреблении может оказывать раздражающие действие на слизистую оболочку полости и рта и на малые слюнные железы, что приводит к ксеростомии [2].

Никотин - алкалоид семейства пасленовые, содержащийся в стеблях и листьях, токсичен. Негативно влияет на слизистую полости рта, вызывая стоматит, гингивит, пародонтит, вследствие нарушения кровообращения в деснах, ускоряет развитие зубного камня, меняет состав ротовой жидкости [1].

#### Клинический пример №1



Мама с ребенком 16 лет обратились на прием с жалобами на изменение цвета слизистой оболочки, неприятные ощущения в полости, чувство «стянутости» слизистой оболочки. Данные объективного осмотра: на слизистой оболочке щек и переходной складки очаги поражения белого цвета и участки гиперкератоза. Значение индекса ОНІ-S 1.5, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта. Зна-

чение индекса РМА 0% – нет воспаления. Ребенок направлен

на микробиологическое исследование с целью определения микрофлоры ротовой полости, в результате которого выявлено: *Staphylococcus haemolyticus* до  $10^4$ , *Candida albicans*  $2 \cdot 10^4$ , *γ-Streptococcus* до  $10^2$ . Определена чувствительность выделенной микрофлоры к антибиотикам и антимикотикам. На основании жалоб, анамнеза, данных осмотра выставлен диагноз: неуточненные заболевания слизистой рта – К13.70. Пациенту назначено лечение в домашних условиях с учётом проведённого исследования: внутрь капсулы «Азитромицин» 1 раз в день 3 дня, капсулы «Флуконазол» 150 мг – по 1 в день курсом 5 дней, «Нормобакт L» – 1 саше в день в течение 10 дней. Местно: спрей «Хлорофиллипт» – 3 раза в день 5 дней. Гель «Асепта» с прополисом 3 раза в день 14 дней. Даны рекомендации по уходу за полостью рта, назначена диета (исключение острой, кислой, горячей пищи) и полное исключение электронных сигарет. На контрольном приёме через 10 дней отмечалось улучшение и уменьшение очагов поражения. На контроль через месяц пациент не явился.

#### Клинический пример №2



Пациентка В., 16 лет находилась на санации зубов на кафедре стоматологии детского возраста. Жалоб не предъявляла. Данные объективного осмотра: вся слизистая оболочка полости, кроме языка и твердого неба, белого цвета, при пальпации безболезненная. Значение индекса ОНI-S 1,9, что соответствует плохому уровню гигиены полости рта. Значение индекса РМА 0% – нет воспаления десны. Из анамнеза выявлено применение вейпов. Микробиологическое исследование микрофлоры ротовой полости не проводилось. На основании жалоб, анамнеза, данных осмотра выставлен диагноз: неуточненные заболевания слизистой рта – К13.70. С девочкой проведена беседа и назначено лечение в домашних условиях: антисептическая обработка ротовой полости раствором «Ми-



рамистин» 2 раза в день – 5 дней. С целью нормализации процесса регенерации назначен масляный раствор облепихи в виде ротовых ванночек 3 раза в день курсом 14 дней. Даны рекомендации по уходу за полостью рта, назначена диета и полное исключение электронных сигарет. На контроле через неделю отмечалось улучшение с сохранением очагов по переходной складке. В настоящее время пациентка находится под наблюдением.

**Заключение.** Входящие с состав курительной жидкости для электронных сигарет пропиленгликоль, глицерол, никотин оказывают негативное влияние на слизистую оболочку полости рта. Изучение влияния вейпов требует детального изучения, прежде всего, на примере подростковой и юношеской аудитории.

### **Литература.**

1. Андреаса Ф., Гребе К. Справочник химика. М.-Л. : Госхимиздат, 1962. Т. 1-2.
2. Петрова А.П., Павлова А.О., Мирошниченко Ю.Д., Сергеев А.А. Влияние вейпа и табачных сигарет на слизистую оболочку полости рта. Международный студенческий научный вестник. 2018. № 1. С. 35.
3. Ишмухамбетова Л.Х. Влияние электронных сигарет на человеческий организм. Евразийское Научное Объединение. 2021. № 8-2 (78). С. 120-121.
4. Макаров А.В., Мартычук Е.Т. Вейпинг как социально-психологическая проблема. Актуальные проблемы аддиктивного поведения : материалы V-й Всероссийской научно-практической конференции Таганрогского института имени А.П. Чехова, Таганрог, 15 декабря 2021 года. Ростов-н/Д: Издательско-полиграфический комплекс РГУЭ (РИНХ), 2022. С. 117-121.
5. Gundel L., Russell M., Destailats H. All E-Cigarettes Emit Harmful Chemicals, but Some Emit More Than Others. Berkeley Lab. 2016. P. 14-16.
6. Рудаков Никита Алексеевич История создания и продвижения электронных сигарет. Бизнес-образование в экономике знаний. 2019. №1 (12). [URL: https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-sozdaniya-i-prodvizheniya-elektronnyh-sigarets](https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-sozdaniya-i-prodvizheniya-elektronnyh-sigarets) (дата обращения: 12.04.2023).

УДК 616.31:616-002. (079.3)

Пинелис И.С.

## **ОСНОВЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

Общероссийская общественная организация «Объединение специалистов в области челюстно-лицевой хирургии» в 2016 году приняла Клинические рекомендации, используемые при комплексном лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области (ЧЛО). Однако этот документ требует пересмотра и корректировки каждые три года. В этой связи в нашей работе внесены изменения с учетом существующих протоколов ведения таких больных.

Абсцесс кожи и флегмона лица - это острое воспалительное заболевание, при котором несвоевременное оказание медицинской помощи может привести к развитию тяжелых осложнений и даже летальному исходу (В. В. Афанасьев,, 2018).

Комплексность оказания медицинской помощи и обеспечения полной реабилитации пациентов с абсцессами и флегмонами ЧЛО возможна при координированной работе челюстно-лицевого хирурга, анестезиолога-реаниматолога, а при необходимости – общего хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, невропатолога и терапевта (В.М. Безруков, Т.Г. Робустова, 2000).

Проведенное максимально раннее хирургическое и медикаментозное лечение позволяет избежать распространения воспалительного процесса, появления осложнений и ускорить реабилитацию. Более того, соблюдение этапности в диагностике сокращает сроки лечения пациентов. При этом необходимо учитывать возраст пациента, длительность заболевания, наличие сопутствующей патологии, распространенность, тяжесть течения и фазу гнойно-воспалительного процесса, функциональное состояние всех органов и систем организма. Показанием для экстренной госпитализации является установленный диагноз.

**Цели лечения:** устранение источника воспаления (удаление причины заболевания и вскрытие гнойного очага), а также профилактика и лечение осложнений.

Принципы лечения гнойно-воспалительных процессов включают:

1. Хирургическую обработку гнойной раны.
2. Этиотропное лечение: а) хирургическое лечение (удаление причинного зуба, вскрытие и дренирование гнойного очага); б) общая и местная антибактериальная терапия
3. Общее и местное лечение патогенетическое воздействие на различные звенья патогенеза воспаления
4. Симптоматическое лечение (устранение симптомов заболевания)

Хирургическое лечение при абсцессах и флегмонах ЧЛО является основным методом и осуществляется согласно важнейшим принципам борьбы с гнойной инфекцией, включающих хирургическую санацию гнойного очага, удаление одонтогенной причины заболевания (чаще - причинного зуба), общее и местное медикаментозное лечение.

При абсцессах и флегмонах лица показано стационарное лечение пациентов. У таких больных оперативное вмешательство должно быть проведено экстренно.

Необходимо учитывать стадию и характер клинического развития воспалительного процесса, протяженность и распространенность, индивидуальные особенности организма (возраст, наличие сопутствующей патологии, реактивность воспалительного процесса и др.).

Под адекватным обезболиванием проводят хирургическую обработку гнойной раны. После вскрытия гнойного очага осуществляют тщательную инструментальную и пальцевую ревизию по ходу самой раны, со вскрытием всех карманов и затеков.

Оперативный доступ определяют в соответствии с локализацией гнойного очага. Вскрытие гнойного очага осуществляют наружным доступом со стороны кожи или – внутриротовым. При выборе оперативного лечения предпочтение следует отдавать тому методу, при использовании которого путь к гнойнику будет наиболее кратким, а послеоперационный рубец на коже лица и шеи мало заметен. При этом опасность

повреждения органов и важных в функциональном отношении структур (сосудов, нервов) должна быть наименее вероятна.

Важным элементом в местном лечении гнойно-воспалительных процессов является адекватное, рациональное дренирование. Его основная задача – это эвакуация гнойного экссудата, продуктов тканевого распада из гнояника. Качественное дренирование обеспечивает полный отток раневого экссудата, создает хорошие условия для быстрого отторжения погибших тканей и переход процесса фазы воспаления в фазу регенерации. Сегодня применяют пассивное и активное дренирования. Пассивное дренирование осуществляется за счет двух механизмов: первое основано на действии силы земного притяжения, второе – на капиллярных свойствах материала дренажа, всасывающего раневой экссудат. Основным средством в качестве пассивного дренажа являются перчаточные ленточные дренажи и трубчатые полихлорвиниловые дренажные трубки различной конфигурации. Более эффективно применение методов активного дренирования: проточно-промывное, проточно-аспирационное, аспирационно-программируемое. Особенно показано применение проточно-аспирационного дренирования в случае высокого уровня микробной обсемененности раневой полости, наличия в ране анаэробной инфекции, а также массивных участков гнойно-некротических тканей.

Местное лечение гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО проводится с учетом фаз течения раневого процесса.

1 фаза – фаза воспаления делится на 2 периода: сосудистых изменений и очищения раны от некротических тканей. В этой фазе большое значение имеет борьба с инфекцией, поэтому исходя из патогенеза раневого процесса лекарственные препараты, используемые в данной фазе, должны оказывать антимикробное, дегидратирующее, некролитическое и обезболивающее действие, т.е. способствовать подавлению микрофлоры и скорейшему очищению раны, создавая условия для репарации.

При местном лечении гнойных ран применяют растворы антисептиков, обладающих широким спектром действия, протеолитические ферменты, водорастворимые мази,

осмотические активные вещества, дренирующие сорбенты и многокомпонентные раневые покрытия на текстильной сетчатой основе.

В эту фазу используют разные формы активного дренирования и орошения гнойных полостей растворами антисептиков: хлоргексидин 0,02-0,05% водный раствор, мирамистин 0,01% раствор, диоксидин 0,1-1% раствор, озонированными растворами, эктерицид. При гнилостно-некротическом процессе используют медикаментозную обработку раны раствором перманганата калия, а затем 3% раствором перекиси водорода.

Кроме того, в I фазу раневого процесса применяют многокомпонентные мази на водорастворимой основе. В их состав входят антибактериальные препараты (Левомеколь, Левосин, Диоксиколь, мазь мафенида 10%, 0,5% мазь хинифурила, фурагель и др.), обладающие малой токсичностью и выраженными осмотическими свойствами, что позволяет делать перевязки 1 раз в сутки. В это время для скорейшего очищения раны от некротических тканей используют протеолитические ферменты животного происхождения (трипсин, плазмин, химотрипсин, химопсин, рибонуклеаза) и растительного происхождения (бромелаин, папаин, дебрицин, террилитин), а также, микробные ферменты (стрептокиназа, коллагеназа, гиалуронидаза).

Ферменты животного происхождения в гнойной раны мало эффективно, т.к. они наиболее активны в нейтральной среде. Более обоснованным является применение ферментов растительного происхождения и средств, содержащих коллагеназу (ируксол). Целесообразно использование дренирующих сорбентов: полисорб, гелевин, целлосорб, дебризон, целлюлоза, СУМС-1 (И.С. Пинелис, 2014, 2015).

Вторая фаза раневого процесса - регенерации, образования и созревания грануляционной ткани. Всякое замедление развития грануляций ведет к задержке и остановке процесса эпителизации. В этот период рекомендуется применять повязки с жирорастворимыми антибактериальными мазями, стимулирующими веществами (поливинокс (винилин), вульнозан, метилурациловая мазь, актовегин, солкосерил,

каланхоэ, эктерицид, масло шиповника, облепиховое масло, аэрозоли (Олазоль), гидроколлоиды и гидрогели, альгипор, альгимаф, комбутек, современные атравматичные раневые покрытия «Гиаплюс», «Воскопран» и многие др.). Повязка должна надежно защитить рану от механических повреждений и вторичной инфекции, не склеиваться с раной, поддерживать необходимую аэрацию и стимулировать репаративные процессы.

Основной задачей третьей фазы - реорганизации рубца и эпителизации - является ускорение роста эпителия и защита раны от механических повреждений. В эту фазу показаны мази с индифферентными и стимулирующими средствами (поливинокс (винилин), вульнозан, метилурацил, актовегин, солкосерил, каланхоэ, эктерицид, масло шиповника и др.).

Консервативная терапия пациентов с абсцессами и флегмонами ЧЛО направлена на подавление этиологического фактора, снятие интоксикации и коррекцию иммунологической реактивности макроорганизма (А.Ю. Дробышев, 1996). Особое значение имеет восстановление нарушенного кровообращения, т.к. расстройство циркуляции крови влияет на состояние кислородо- и энергообеспечения, течение метаболических и иммунных реакций организма.

В состав комплексного лечения таких пациентов входит рациональная антибактериальная терапия. Она возможна тогда, когда выбор препарата базируется на идентификации возбудителя и выяснении чувствительности к нему микрофлоры по данным антибиотикограммы и знании фармако-динамики и фармакокинетики препарата, а также клинической картины течения заболевания. До получения результатов антибиотикограммы эмпирически назначают антибиотики широкого спектра действия, что приводит к снижению летальности и частоты осложнений. После определения вида и чувствительности данного штамма проводят окончательную коррекцию антибактериальной терапии. Необходимо также учитывать, что микробный пейзаж в процессе развития заболевания и вследствие проводимой эмпирической антибактериальной терапии может меняться, что определяет необходимость смены антибиотиков

по результатам бактериологических исследований в динамике лечения пациента. В последние годы получила распространение ступенчатая антибактериальная терапия (А.А.Тимофеев, 2010). В настоящее время в России используют более 30 разных групп антибиотиков.

Анаэробные микроорганизмы имеют клиническое значение в развитии большинства одонтогенных флегмон ЧЛЮ, поэтому оправданным является назначение антибактериальных препаратов с антианаэробной активностью – группы имидазолов.

Таким образом, в связи с участием смешанной флоры в развитии абсцессов и флегмон ЧЛЮ является рациональным применение комбинированной антибиотикотерапии. Предпочтительно отдавать внутривенному введению антибактериальных средств. Антибактериальную терапию проводят до достижения стойкой положительной динамики состояния пациента и исчезновения основных симптомов воспаления. Критериями ее достаточности являются исчезновение симптомов воспаления, отсутствие признаков системной воспалительной реакции организма, восстановление функции ЖКТ, нормализация количества лейкоцитов в крови и лейкоцитарной формулы, отрицательная гемокультура. Сохранение одного из признаков инфекции не является основанием для продолжения антибиотикотерапии. Средними сроками антибактериальной терапии следует считать 5-10 дней.

У пожилых пациентов длительная антибиотикотерапия повышает риск развития нежелательных реакций, что определяет необходимость коррекции дозы препаратов и продолжительность курса лечения. Метронидазол рекомендуется назначать в меньшей дозе при нарушении функции печени. При понижении выделительной функции почек дозы имипенема, ко-тримоксазола,  $\beta$ -лактамов, ципрофлоксацина корректируют с учетом клиренса креатинина. Антибактериальную терапию у пациентов с почечной недостаточностью применяют с учетом ее степени и расчетом клиренса креатинина сыворотки крови.

В лечении абсцессов и флегмон ЧЛЮ широко используют дезинтоксикационную терапию, которая часто осуществляется в виде инфузионной терапии. Основными ее задачами у таких

больных являются: устранение гиповолемии, улучшение микроциркуляции, восстановление адекватной тканевой перфузии, нормализация клеточного метаболизма, коррекция расстройств гомеостаза, реологических свойств крови, снижение концентрации воспалительных медиаторов и эндотоксинов в крови.

Для инфузионной терапии в рамках целенаправленной интенсивной терапии воспалительных процессов ЧЛЮ применяют кристаллоидные и коллоидные инфузионные растворы. Состав инфузионной терапии зависит от возраста пациента, сопутствующей патологии, распространенности процесса, тяжести течения заболевания, степени выраженности эндогенной интоксикации и гиповолемии, наличия коагулопатии потребления, характера изменений биохимических показателей, кислотно-щелочного равновесия крови и др. Компонентом дезинтоксикационной терапии является контролируемая гемодиализация, включающая регидратацию и стимуляцию естественной детоксикации – форсированный диурез.

Индивидуальный подход к инфузионной терапии зависит от тяжести основного заболевания, объема оперативного вмешательства, сопутствующей патологии и компенсаторных возможностей больного, степени дегидратации. Она строится на рациональном сочетании кристаллоидных и коллоидных растворов. Причем количество введенных кристаллоидов должен быть в 2-4 раза больше, чем коллоидов. Использование сбалансированных растворов для коррекции потери жидкости и электролитов на сегодняшний день является обоснованным. К ним относят раствор Рингера лактат, раствор Хартмана, йоностерил.

Коллоидные инфузионные растворы достаточно быстро и эффективно восполняют внутрисосудистый объем и в меньшей степени способствуют развитию отеочного синдрома. Коллоиды весьма разнообразны по своей молекулярной массе, скорости гидролиза, продолжительности эффекта. Они значительно эффективнее в коррекции волевических расстройств и улучшении микроциркуляции, но необходимо обращать внимание на возможное развитие осложнений, связанное с аллергическими реакциями, повреждение структур нефрона. Эффективно применение препаратов среднемолекулярных крахмалов и растворов средне модифицированного жидкого желатина.



Кровезаменители производные желатина (желатиноль, гелофузин), декстрана (полиглюкин, реополиглюкин), гидроксиптилкрахмала (рефортан, рефортан плюс, стабизол, ХАЭС-стерил, волекам), полиэтиленгликоля (полиоксидин), а также дезинтоксикационные препараты (неогемодез, полидез) и кровезаменители с функцией переноса кислорода (перфторан).

Широко применяют инфузии препаратов аминокислот (аминосол, гепасол, инфезол), альбумина, жировых эмульсий (липофундин, липомайз), большие дозы аскорбиновой кислоты, витамины группы В, жирорастворимые витамины, препараты железа.

На эффективность инфузионной терапии указывают объем циркулирующей крови и ее компонентов, кислотно-щелочного состояния, суточный обмена азота, величина центрального венозного давления. При этом учитывают дополнительное парентеральное питание, энергетическая ценность которого составляет 1500-2000 ккал, а вместе с энтеральным – не менее 3000- 3500 ккал).

При рефрактерности к традиционной активной инфузионной терапии у больных с тяжелым течением острых воспалительных заболеваний ЧЛО включают экстракорпоральные методы детоксикации: гемосорбция, гемофильтрация, мультифильтрация, плазмасорбция, внутривенное лазерное облучение крови, облучение крови ультрафиолетовыми лучами и др.

Назначение антиоксидантной терапии в лечении воспалительных заболеваний ЧЛО препаратов обосновано т.к. она нормализует липидный, углеводный, белковый обмена, энергетический потенциал организма, повышает неспецифическую резистентность организма к неблагоприятным факторам (витамины С и Е, токоферола ацетат, адemetионин, антраль, биметил, гепабене, глутаргин, эмоксипин, энерион, эрбисол, эсенциале, кавинтон (винпоцетин), картол, КоQ10 (убихинон, убинон, убинекс), лецитин, липин, мексидол, милдронат, мемоплант, ноокарб, полифитол, сермион, суфан, тиатриазолин, теком).

Эффективным методом лечения является гипербарическая оксигенация и внутривенная озонотерапия, но они противопоказаны при гиперергическом варианте течения воспаления. Гипербарическая оксигенация оказывает антибактериальный, антиацидотический, репаративный эффекты

на течение абсцессов и флегмон ЧЛЮ. Медицинский озон обладает бактерицидным и иммуномодулирующим действием. В связи, с чем эти методы активно используют в лечении одонтогенных абсцессов и флегмон, особенно у больных с вялотекущим воспалительным процессом.

При абсцессах и флегмонах подглазничной, скуловой областей, глазницы, распространенных флегмонах ЧЛЮ возникает опасность тромбоза вен лица и синусов головного мозга. Для профилактики развития тромбозов головного мозга и тромбофлебита вен лица, а также для медикаментозной профилактики ДВС-синдрома необходимо применять антикоагулянты. С этой целью используют нефракционированный гепарин и препараты низкомолекулярного гепарина. Введение препаратов необходимо проводить под контролем коагулограммы (1 раз в 2-3 дня).

Применение антигистаминных препаратов для купирования нежелательных эффектов биологически активных веществ показано при гиперэргическом типе течения воспалительного процесса. Патогенетически обоснованным является использование в комплексном лечении абсцессов и флегмон ЧЛЮ антигистаминных препаратов: димедрол, супрастин, тавегил, кларитин, кестин, зиртек, эриус, кальция хлорида, кальция глюконата.

Для снижения гиперэргического фона назначают анальгетики-антипиретики (амидопирин, анальгин, парацетамол), салицилаты (аспирин), седативные препараты (бромиды, мепробамат), НПВС (ибупрофен, индометацин, кетонал), при необходимости – коротким курсом 1-2 дня кортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон).

При идентификации стафилококковой, синегнойной или колибациллярной микрофлоры хороший эффект дает проведение курса пассивной иммунизации гипериммунной плазмой или гамма-глобулином, а затем активной – специфическим анатоксином по схеме. При подозрении на анаэробную клостридиальную инфекцию применяют противогангренозную сыворотку.

Одонтогенные флегмоны могут увеличивать протеолитическую активность крови, что обуславливает назначение ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс, трасилол, амбен, памба, эписилон-аминокапроновая кислота).

Для повышения неспецифической резистентности организма целесообразно применять продигозан внутримышечно один раз в день в течение 4-х дней в дозах соответственно 25 - 50 - 50 – 50 мг. С целью стимуляции ретикулоэндотелиальной системы рекомендовано использовать метилурацил по 0,5 три раза в сутки, пентоксил по 0,6-1,2 г/сутки.

Для полной реабилитации пациентов с абсцессами и флегмонами ЧЛО необходима скоординированная работа: челюстно-лицевого хирурга, невропатолога, терапевта, оториноларинголога, анестезиолога, стоматолога, физиотерапевта. Реабилитационные мероприятия проводят исходя из конкретных клинических проявлений (неврологических, функциональных и т.д.). При лечении показано назначение низкочастотной магнитотерапии, воздействие электрическим полем ультравысокой частоты, электрофореза с лекарственными препаратами, лазерной физиотерапии, КВЧ-терапии, флюктуоризации, микроволновая терапия. Кроме того, больным показано в течение месяца после завершения лечения повышенное питание, употребление овощей и фруктов, ограничение физической активности.

Пациенты, леченные по поводу абсцессов и флегмон ЧЛО, допускаются к трудовой деятельности после полного выздоровления, однако, еще в течение 2-3 недель освобождаются от тяжелых физических нагрузок.

Основой профилактики абсцессов и флегмон ЧЛО является санация полости рта, своевременное и правильное лечение патологических одонтогенных очагов, гигиена полости рта, поддержание здорового образа жизни.

### **Литература**

1. Дробышев А.Ю. Комплексное лечение больных с флегмонами челюстно-лицевой области с применением тактивина: Автореф. дис. . канд. мед. наук. -М., 1996. -21с.
2. Клинические рекомендации при флегмонах и абсцессах полости рта М., 2016
3. Национальное руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х т. / под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 2010. - 928 с.

4. Пинелис И.С. Сорбент и биорегулятор в комплексе острых форм периодонтита/ И.С. Пинелис, Смирницкая М.В.// ЭНИ Забайкальский медицинский вестник – 2015. – № 1. – С.83-86.
5. Пинелис И.С. Современные взгляды на антибактериальную терапию гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [Электронный ресурс] / И.С. Пинелис, Е.В. Турчина // Забайкальский медицинский вестник. – 2014. – № 3. – С.182-188.
6. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах. Т.1 / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой - Изд. 2-е,1 перераб. и доп. М.: Медицина, 2000. — 776 с;
7. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия. М.: Медицина; 2010; 576 с.
8. Хирургическая стоматология: учебник / [Афанасьев В.В. и др.]; под общ. ред. В. В. Афанасьева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 880 с. : цв. ил.

Пинелис Ю.И.

**ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ  
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) на сегодняшний день сохраняется одной из необходимых задач контроля над медицинской организацией, осуществляющих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного страхования в соответствии с нормами Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. №231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный №63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. №696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный №64445) от 21 февраля 2022 г. №100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный №67559).

За период с 2020 по первый квартал 2023г. проведена ЭКМП 584 историй болезней с регионов РФ (Крым, Рязань, Москва, Тюмень, Новосибирск, Иркутск, Улан-Удэ, Забайкальский край, Хабаровский край, Сахалин, Камчатка и др.). С учетом моратория на плановые проверки медицинской документации письмо МЗ РФ федеральный фонд обязательного медицинского страхования от 25 марта 2020 г. №11-8/и/2-3524/4059/30/и «Территориальные фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации приостанавливают проведение плановых медико-экономических

экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи, в том числе тематических, на период реализации на территории субъекта Российской Федерации мероприятий, направленных на предотвращение распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, до отмены решения об особых мерах» и количество экспертиз должно было снизиться, но увеличение претензий пациентов не позволило этому осуществиться.

Проведенный анализ экспертиз по годам выявил следующие тенденции в зависимости от вида оказываемых услуг: сохраняется соотношение 3:1 (стационарная/амбулаторная помощь), но обращает на себя внимание 4-х кратное увеличение за первый квартал 2023 года. Возросло количество жалоб за 2022 и особенно начало 2023 года. Мотивация жалоб не всегда на прямую связана с качеством оказания медицинской помощи (сроки ожидания оказания услуг и результатов исследования (пример: прижизненное гистологическое исследование - ПГИ), выражение собственного мнения в присутствии больного и др.) Табл. 1.

**Таблица 1**

Год/вид	ЭКМП 584	Вид помощи		Жалобы		
		стационар.	амбулатор.	Всего	стационар.	амбулатор.
2020	126 (21,6%)	84 (66,7%)	42 (33,3%)	17 (20%)	12 (70,6%)	5 (29,4%)
2021	134 (23%)	91 (67,9%)	43 (32,1%)	20 (15%)	14 (70%)	6 (30%)
2022	213 (36,4)	175 (82,2%)	38 (17,8%)	41 (23,4%)	23 (56,1%)	18 (43,9%)
1 квартал 2023	111 (19%)	84 (75,7%)	27 (24,3%)	64 (57,7%)	37 (57,8%)	27 (42,2%)

Рассматривая жалобы от населения в половом и возрастном аспекте отмечается преобладание лиц женского пола 78%; по возрасту: у людей пожилого и старческого возраста до 34%, детского возраста 19% от общего количества. Сохраняется увеличение экспертной оценки летальных случаев (Табл. 2).

**Таблица 2**

<b>Год</b>	<b>Всего</b>	<b>Жалобы</b>	<b>Взрослые</b>
2020	11	-	
2021	9	1	1
2022	21	5	4
1 квартал 2023	14	6	6

Основные дефекты при оказании медицинской помощи:

3.11 - отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи. По данному дефекту наиболее часто выявляется отсутствие записей обследования для обоснования диагноза, алгоритм выполнения согласно протоколам лечения, стандартам оказания медицинской помощи или при отсутствии таковых - клиническим рекомендациям (с 1.01.2022 года медицинские организации должны оказывать медицинскую помощь гражданам, применяя в своей деятельности клинические рекомендации нового поколения (п. 3 ч. 1 ст. 37 Закона № 323-ФЗ). Более того, п. 2.1 ч. 1 ст. 79 Закона № 323-ФЗ, вступил в силу с 1.01.2022 г., подчеркивает, что обеспечение оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций входит в обязанности медорганизаций). По дневниковым записям не отражается динамика течения заболевания, регрессия (размер) воспалительного инфильтрата, проведение снятия швов, отсутствие повторных анализов при наличии изменений или повтор к 10 дню пребывания в стационаре, необходимые рекомендации по дальнейшему ведению и лечению на момент выписки из стационара. В амбулаторно поликлиническом звене: создание шаблонов по нозологическим формам заболеваний не позволяет в некоторых случаях врача отразить особенность и правильность обоснования диагноза и выбора лечения. Сохраняется низкое качество интерпретации дополнительных методов обследования (рентген симптоматика отсутствует), описание носит в основном умозаключительный и не редко «обывательский» стиль документирования.

3.2.1 - невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;

3.2.2 - приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях). Данные дефекты выявляются как при оказании стационарной, так и амбулаторно-поликлинической помощи, обусловленные отсутствием показаний к проведению обследования или не проведением и несвоевременным выполнением обследования (Р-графия, КТ, о/а крови и т.д.), рекомендации на момент выписки носящие общий характер и т.д.

Сложность проведения экспертной оценки возникает при отсутствии протоколов и клинических рекомендаций, а также отсутствиевдокументациипокакимстандартамосуществлялсявид медицинской помощи, т.к. они имеют сроки действия и обновления.

Резюмируя выше изложенное в условиях применения современных методов лечения, стандартизации, цифровизации и т.д. не информативные записи не позволяют осуществить качественное проведение экспертизы, а в некоторых ситуациях и невозможным. От врача осуществляющего медицинскую услугу (помощь) требуются глубокие профессиональные знания, знания существующих стандартов, отслеживание их обновления и четкое оформление медицинской документации согласно регламентирующим документам, а от медорганизаций обеспечение оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций.



**Сандакова Д.Ц., Лхасаранова И.Б.**  
**СТОМАТОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ**  
**ПРЕДРАКОВ ПОЛОСТИ РТА**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

Болезни слизистой оболочки полости рта (СОПР) в настоящее время остаются значимой проблемой стоматологии, так как спектр заболеваний достаточно разнообразен, клинические проявления иногда схожи, а полиморфизм элементов поражения, характерный для многих заболеваний СОПР приводит к затруднению диагностики. Лечение заболеваний полости рта не всегда имеет положительный результат, что связано с ошибками в диагностике, предпочтению местного и игнорированию общего лечения, недостаточному, а иногда полному отсутствию диспансерного наблюдения за данной группой пациентов. Высокая распространенность патологии, сложность в диагностике и лечении являются причиной длительного хронического течения болезни, заканчивающейся присоединением вторичной инфекции, а иногда малигнизацией.

По нашим данным, за консультативной помощью на кафедре терапевтической стоматологии, обращаются пациенты с различными заболеваниями слизистой оболочки, но наиболее частыми причинами являются такие заболевания как, красный плоский лишай (КПЛ), веррукозная лейкоплакия, хроническая механическая, химическая и физическая травмы, хроническая трещина губ, хейлиты, герпетическая инфекция, кандидоз и т.д. Наиболее встречающимися формами КПЛ являются эрозивно-язвенная, гиперкератотическая. При лейкоплакии мы чаще диагностируем бляшечную форму веррукозной лейкоплакии, в меньшем проценте случаев – бородавчатую. С учётом того, что большинство вышеупомянутых заболеваний относятся к облигатным и факультативным предракам полости рта, очень важна ранняя диагностика и предупреждение осложнений, снижающих качество жизни пациентов, а иногда и угрожающих жизни.

В 2014 г. в России было зарегистрировано 8219 впервые выявленных случаев обнаружения злокачественных новообразований

СОП, из них 62,3% - на 3-4 стадиях [1]. Столь поздняя диагностика, как правило, предполагает отсутствие онконастороженности как у самих пациентов, так и у врачей, несвоевременное обращение за медицинской помощью, отсутствие адекватного лечения с учётом временных ограничений при консервативной терапии.

Независимо от того, с каким заболеванием пришёл пациент на приём, осмотр стоматологического больного должен проводиться последовательно и тщательно. Важно напомнить врачам-клиницистам, что при затруднении в диагностике необходимо созывать консилиум, а также взаимодействовать с врачами-онкологами.

Визуальный осмотр остаётся основным методом диагностики заболеваний СОПР, но при наличии эрозий и язв, участков измененных слизистых оболочек, сопровождающихся ороговением и другими патологическими состояниями, он не позволяет выставить окончательный диагноз. Необходимы дополнительные методы обследования, скрининговые системы для определения предраковых заболеваний, способных трансформироваться в злокачественное новообразование.

Неоценимую помощь практическому врачу в дифференциальной диагностике оказывает аутофлуоресцентная стоматоскопия. Биологические ткани имеют способность флуоресцировать, то есть излучать свет в широком диапазоне от УФ- до красной области спектра в результате поглощения света с меньшей длиной волны. Флуоресцентное излучение тканей обусловлено излучением отдельных молекул, которые называются эндогенными флюорофорами. К ним относятся содержащиеся в соединительной ткани шивки коллагена и эластина, флавины, продукты метаболизма порфирины, некоторые витамины, липопигменты, три аминокислотных остатка белков. Большое влияние на интенсивность аутофлуоресцентного излучения оказывают эндогенные хромофоры, то есть те молекулы, которые только поглощают оптическое излучение, но не излучают.[2]

Структурные и метаболические изменения, происходящие на клеточном и тканевом уровне при развитии канцерогенеза, приводят к изменениям оптических свойств слизистой оболочки.

Одним из проявлений таких изменений является значительное уменьшение интенсивности аутофлуоресцентного излучения в диапазоне 360-700 нм относительно здоровой ткани. Этот эффект называют эффектом «тёмного пятна», и он лежит в основе метода аутофлуоресцентной диагностики (АФД) ранних форм рака.[3]

Осмотр слизистой полости рта с аппаратом АФС проводят при выключенном дневном освещении, он занимает 2-3 минуты. Метод является неинвазивным, бесконтактным и не требует применения дополнительных расходных материалов, дорогостоящих реактивов. Излучение аппарата направляют в полость рта и через специальные очки проводят осмотр всех участков слизистой полости рта. Особое внимание обращают на изменение цвета слизистой полости рта при свечении.

В норме слизистая оболочка щёк, мягкого и твёрдого нёба имеют светло-зелёное свечение. Слизистая оболочка языка имеет тёмно-зелёное свечение, однако на дорсальной поверхности языка может наблюдаться красное свечение эндогенных порфиринов, которые выделяются микрофлорой при наличии бактериального налёта. Боковые участки языка имеют тёмно-зелёное свечение, что объясняется обильным кровоснабжением органа. Красная кайма губ из-за значительной пигментации также имеет менее интенсивную флуоресценцию.

При воспалительных процессах в тканях пародонта (гингивиты, пародонтиты) наблюдается красное свечение, обусловленное наличием в них эндогенных порфиринов. Очаги заболеваний, находящиеся в стадии ремиссии имеют зелёное свечение и не выделяются на фоне здоровой слизистой. Патологические очаги предрака и раннего рака обозреваются в виде тёмных участков с неровными краями без видимого свечения или имеют красно-коричневое или розовое свечение.

Таким образом, диагностика предраковых процессов в полости рта, профилактика рака намного облегчена в связи с применением аппарата аутофлуоресцентной стоматоскопии. А это позволяет утверждать, что при осмотре больных с патологией СОПР стоматоскопия должна быть обязательной процедурой.

### **Литература:**

1. Скрининговые методы диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки рта. Учебно-методическое пособие под ред. О.О.Янушевича и соавт. 2017 г.62 стр.
2. Булгакова Н.Н., Волков Е.А., Позднякова Т.И. Аутофлуоресцентная стоматоскопия как метод онкоскрининга заболеваний слизистой оболочки полости рта. Российский стоматологический журнал, 2015, том 19, стр. 27-30
3. Крихели Н.И., Позднякова Т.И., Булгакова Н.Н., Прокудина Е.Ю. Результаты аутофлуоресцентной стоматоскопии плоского лишая как скринингового метода выявления предраковых и раковых изменений слизистой оболочки рта. 2016, №4, с.13-17

**Сандакова Д.Ц., Найданова И.С.**  
**ВОЛОНТЕРСКИЙ ОТРЯД «БУЯН». ПО СЛЕДАМ НАШИХ**  
**ПРОЕКТОВ: «ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ»**  
**- СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ**  
**ШКОЛЬНИКАМ**

*ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита*

*«Чтобы выбрать правильный путь,  
подумай, куда ты сделаешь первый шаг»*

Со временем сменяются нравы, появляются новые болезни и новые проблемы, требующие новых решений. Каждый хочет быть здоровым, успешным и счастливым. Все стремятся к улучшению жизни, но не все могут определить, что для них лучше. Помощь в выборе здорового стиля поведения особенно актуальна в нашем современном мире среди детей школьного возраста.

**Цели и задачи проекта:** Повышение уровня социального и психологического здоровья учащихся 1-8 классов. Обеспечение их гармоничного развития, предупреждение социальной дезадаптации, формирование потребности в здоровом образе жизни, профилактика детской преступности и наркомании.

**Деятельность по проекту (механизмы его реализации):**

Площадкой для осуществления нашего проекта была выбрана Общеобразовательная школа №32 города Чита, где обучаются дети разных национальностей, где имела место проблема здорового общения среди школьников. В феврале 2014 года началось создание кабинета социально-психологической помощи на базе школы №32. Для начала были закуплены необходимые средства:

- материалы для ремонта
- канцелярские товары
- материалы для творчества
- мебель
- наглядные пособия.

Совместными усилиями волонтеров после занятий проводился ремонт выделенной комнаты в общеобразовательной школе №32 города Чита.

Следующим шагом было получение согласия родителей для работы с учащимися. Впереди проведение самого интересного – работа с детьми. Для начала мы провели анкетирование. Наши тренинговые занятия проходили в виде игр, дискуссий, бесед. Урок длился от 45 до 60 минут. На наших глазах дети раскрывались, охотно слушали друг друга, принимали активное участие в играх на сплочение. Разыгрывались различные жизненные ситуации, затем вместе обсуждали, как поступить в той или иной ситуации, находили наиболее логичный выход из критической ситуации.

Формирование группы социальных психологов было на основе волонтерских отрядов ЧГМА.

С первоклашками были проведены тренинги на темы: «Здравствуй, здравствуй 1-й класс», «Мы за здоровый образ жизни». Ребята с интересом слушали высказывания о ЗОЖ, а также отвечали на вопросы и участвовали в дискуссии. Была сделана стенгазета. Каждый ученик внес что-то свое в ее создание. Затем дети рисовали рисунки на тему здоровье, и участвовали в играх на сплочение.

Учащиеся 4-х классов были просвещены в темах: «Я в мире людей», «Общение в моей жизни», «Здравствуй 5-й класс». Ученики в играх показывали доброжелательное отношение друг к другу, высказывались о тех качествах, которые нужны для дружбы, рассказывали о своих друзьях. Вместе находили выход из заданных ситуаций.

Ученики шестых классов были объединены в одну группу и посетили тренинги по темам: «Белая ворона», «Эмоции и чувства», «Риск», «Контакты и конфликты», «Когда плохо», «Наркомания и алкоголизм». Ребята разобрались, что такое чувства и эмоции, какими они бывают и что значат они для людей; научились определять рискованные ситуации и прогнозировать их последствия; научились формировать собственную позитивную точку зрения, а также аргументировать её, противопоставляя негативной.

Восьмиклассники посетили тренинги: «Моё тело», «Эмоции и чувства», «Когда плохо», «Наркомания и алкоголизм»,

«Контакты и конфликты». Участники были информированы о строении женской и мужской половых системах, была оказана помощь по избавлению от «комплекса общения» по вопросам, касающимся человеческого организма; разъяснены причины депрессивных, кризисных, меланхолических настроений и предложены способы изменения собственного настроения.

### **Результаты проекта:**

Учащиеся, с которыми проводились тренинговые занятия получили необходимую для их возраста информацию о правилах личной гигиены, влиянии наркотических веществ и их последствия на подрастающий организм.

Дети заявили, что проведение тренинговых занятий необходимо в программе обучения школы и хотели бы в дальнейшем иметь возможность продолжения работы в данном направлении.

Мы рады, что дети с интересом подошли к нашему проекту. Результаты проекта показывают присутствие положительных перемен, а значит продолжению проекта быть!

### **Литература:**

1. Комплект «PROЗдоровый выбор» по профилактике поведения высокой степени риска среди подростков и молодежи.
2. [www.vvb.spb.ru](http://www.vvb.spb.ru)
3. [www.teen-info.ru](http://www.teen-info.ru)
4. [www.human.org.ru](http://www.human.org.ru)

**Сандакова Д.Ц., Лхасаранова И.Б.  
ВОЛОНТЁРСКИЙ ОТРЯД «БУЯН».  
ПО СЛЕДАМ НАШИХ ПРОЕКТОВ**

*ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия г. Чита*

***«Невозможно воспитывать не обучая,  
нельзя обучать не воспитывая»***

В процессе духовного становления личности, в формировании установок толерантного сознания особую роль играет именно педагог. И очень важно, за пять – шесть лет обучения в ВУЗе дать не только профессиональные знания и из стен учебного заведения выпустить грамотного специалиста-врача, но и человека со здоровыми и твёрдыми жизненными позициями, целостную личность, привив необходимые в дальнейшей жизни духовно-нравственные ориентиры. В связи с этим, вовлечение студентов в добровольческую деятельность становится одним из приоритетных направлений профессионального воспитания личности будущего специалиста, поскольку способствует самосовершенствованию, развитию социокультурных ценностей, навыков самостоятельной жизнедеятельности, молодёжных инициатив, формированию социальной ответственности личности. Тем самым добровольческая деятельность способствует активизации жизненной позиции студентов, оказывает благотворное влияние на процессы самоутверждения, самореализации, самовоспитания. Учитывая роль вузовской среды в развитии волонтерского движения, необходимо направлять усилия студентов, педагогов не только на образование, но и на формирование нравственных качеств, поддерживать добровольческие инициативы, чтобы они научились активно и самостоятельно принимать какие-либо решения, анализировать их, взвешенно относиться к любому выбору, ответственно выполнять любое задание, в целом правильно адаптироваться не только в микросоциуме, но и в этом непростом сегодняшнем мире.

Мы хотели бы поделиться опытом одного из наших добровольческих проектов - проложением экологической тропы



«Серебряный ручей», который претворён в жизнь благодаря волонтерам- студентам стоматологического факультета «Буян» при поддержке руководства нашего Вуза и руководства туристического комплекса «Ахана-тур» Дондокова Бато Александровича.

Забайкалье - удивительное место и одной из жемчужин нашего родного края является Национальный парк «Алханай», который широко и привольно раскинулся у подножия величественных гор - особо почитаемой священной местности для бурят. Таинственна и притягательна эта земля, где до глубины души проникают, тонко вибрируя, звенящие тишина и покой, а удивительной красоты пейзажи, зелень хвои и сказочно-голубое небо дарят ощущение полного единения с первозданной природой.

Из разных уголков России и Зарубежья приезжают люди увидеть красоту и ощутить величайшую целебную силу источников, дарованных природой. Много непройденных путей в просторах Алханайских лесов, много не оценённых, не исследованных по силе источников. На территории национального парка располагается множество направлений водных ветвей, хотя до настоящего времени для туристов и паломников доступны были лишь издавна, традиционно используемые бассейны, расположенные на севере в 7 км от туристической базы «Алхана-тур».

**Цель проекта:** Впервые проложить экологическую тропу в юго-западном направлении, в сторону речки Убжогое, в местности, где ранее посещение водных бассейнов было затруднено для отдыхающих.

**Задачи проекта:**

1. Проложить тропу по маршруту от администрации «Алхана-тур» до речки «Убжогое»
2. Благоустроить тропу путем закрепления по ходу маршрута указателей, установки скамеек, столиков, беседок, приспособлений для водных процедур.
3. Оформить информационные щиты о флоре и фауне, природных памятниках Алханая.
4. Исследовать состав, свойства воды и подземных ключей в данной местности, что имеет научную ценность, а также высокую практическую значимость.

### **Деятельность по реализации проекта:**

Наступил долгожданный июль – начало отпуска и каникул у студентов- волонтеров. Первого июля 2012 года мы начали свой путь, свой марш-бросок в Национальный парк «Алханай». С отличным настроением мы прибыли к месту назначения, разместились в удобном и комфортном двухэтажном коттедже. Встретились с директором комплекса Бато Александровичем Дондоковым, совместно обсудили план наших мероприятий. Второго июля под курацией нашего проводника, мы прошли наш километр до речки Убжогое, утопая в молодой зеленой траве, по нехоженному участку. Так началась наша работа. За неделю упорного труда мы сделали настоящую тропу, изготовили и соорудили по маршруту указатели, установили скамейки из сподручных средств, очистили тропу от поваленных деревьев, убрали мусор, сделали приспособления для принятия ванн. После того, как тропа полностью была готова, мы всем отрядом начали обходить туристический комплекс и знакомиться с отдыхающими, посетили палаточный городок, юрточный городок, коттеджи, кемпинги. Мы знакомились с людьми, рассказывали о своем отряде, пели песни под гитару и одновременно рассказывали о своей тропе и приглашали на экскурсию. Таким образом, мы заинтересовали народ и люди потянулись к нашему новому источнику «Серебряный ручей».

Этот проект мы воплотили в жизнь. Он очень сдружил наш небольшой отряд, потому что это было нашим общим делом и мы с огромным энтузиазмом прошли этот путь. Он дал нам опыт труда в коллективе, опыт борьбы за свои идеи и представил возможность испытать удовлетворение от своей работы.

### **Результаты проекта:**

Сделать свою тропу не принося природе ущерба, применяя сподручные природные материалы для оформления мест остановки и отдыха людей, принося пользу огромному количеству туристов – паломников и явилось нашей инновационной идеей, которую мы претворили в жизнь.

Множество отдыхающих не имеют возможности преодолевать большие расстояния по причине того, что страдают заболе-

ваниями опорно-двигательного аппарата, в связи с возрастными изменениями организма. Проблема сохранения здоровья населения с использованием естественных природных ресурсов, на местных источниках, остается актуальной и в наши дни.

Мы облегчили путь к источнику для отдыхающих в южной части комплекса.

Исследование состава, свойств воды в данной местности имеет по нашему мнению научную ценность, а также высокую практическую значимость для людей с заболеваниями костной системы, а это значит - у нас впереди еще много работы.

Курация нашего участка продолжается дважды в год и мы видим, что наша работа приносит пользу. Дарить людям тепло своего сердца, сеять то вечное, доброе и есть призвание человека в этом прекрасном мире. Мы – преподаватели ВУЗа, будущие врачи, волонтеры по зову сердца, современная молодежь – желаем жить и работать в здоровом обществе, растить и воспитывать достойное поколение.

Воспитывать личным примером эмпатии к людям и любовью к родной земле!

### **Литература**

1. Воронцова А. В. Развитие волонтерства в молодежной среде // Отечественный журнал социальной работы. – № 1. – 2012. – С.120.
2. Певная М. В. Роль и значение волонтерства в воспитательной деятельности и образовательном процессе современного Российского вуза // Уральский федеральный университет. Известия. – 2012. – № 3 (104). – С.135–136. – (Сер. «Проблемы образования, науки, культуры»).
3. Рекомендации VII Общероссийской конференции по добровольчеству // Социальные технологии, исследования. – № 4. – 2011. – С. 101–102.

**Смирницкая М.В.**  
**ИЗВЛЕКАТЬ ИЛИ НЕТ СЛОМАННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ**  
**ИЗ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ**

*ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита,*

**Введение.** Поломка инструмента в канале - вещь крайне неприятная. В практике любого стоматолога, занимающегося лечением каналов, такое осложнение происходило не раз. Сам по себе металлический отломок внутри зуба никакого вреда принести не может. Проблема в том, что эти отломки закупоривают корневой канал и стоматолог не может нормально очистить пространство за инструментом. Поэтому общий эндодонтический прогноз вероятно будет зависеть от этапа, степени подготовки и медикаментозной обработки корневого канала во время поломки инструмента. Основной прогнозирующий фактор в данном случае – наличие или отсутствие изменений в периапикальных тканях.

**Цель работы.**

1. Выяснить причины поломки инструмента в корневом канале.
2. Правильно выбрать дальнейшую тактику.

**Методы исследования.** Изучение клинических случаев. Анализ научных публикаций.

**Результаты и их обсуждение.** Самой частой причиной фрактуры инструмента является его износ. Тонкие стальные инструменты № 06-10 рекомендовано утилизировать после работы в одном зубе, № 15-25 – после двух зубов.

При использовании никель-титановых инструментов вращение ведет к значительно большему износу, чем вертикальный файлинг. Машинные полновращающиеся инструменты средних размеров рассчитаны на 10-12 каналов. Их перелом происходит либо вследствие усталости металла, либо из-за металлургического дефекта. Даже одноразовое использование никель-титановых инструментов полностью не предотвращает их перелом. Поэтому при малейших признаках раскручивания или нарушения шага спирали инструмент лучше утилизировать.

По данным литературы отлом стальных инструментов происходит в 1-6 % случаев, никель-титановых – колеблется от 0.5% до 5%. Отламывание стальных инструментов можно предвидеть, наблюдая за признаками усталости металла, но никель-титановые файлы могут ломаться без видимых внешних проявлений.

Тактика лечения зависит от факторов:

1. Уровень, на котором был сломан инструмент.

Если инструмент сломался в области устья, то удаление, как правило, не составляет большого труда. Если инородное тело локализуется в средней трети корневого канала, то его необходимо либо удалить, что бывает довольно сложно, особенно в случае искривленного канала, либо обойти рядом (техника by-pass), создавая условия для обработки и obturации канала. Если фрагмент находится в апикальной трети, то необходимо оценить риски, связанные с проведением этой манипуляции (возможность дополнительной поломки инструментов, создания уступов, перфораций, ослабления стенок корня зуба, транспортиции или сильного расширения апекса, проталкивания инструмента за пределы корня). Если фрагмент плотно фиксирован в области апекса, то он может стать продолжением корневой пломбы.

2. Анатомия канала

Необходимо учитывать диаметр поперечного сечения, длину и изгиб корня. Инструменты, расположенные в прямом участке канала, обычно могут быть легко удалены. Если отломок инструмента полностью лежит апикально по отношению к изгибу канала и невозможно безопасно создать доступ, извлечение обычно невыполнимо.

3. Степень инфицированности корневого канала

Большое значение для прогноза успешности лечения имеет был ли сломан инструмент в неинфицированном или же в инфицированном канале зуба. Так, перелом стерильного инструмента вблизи апикального отверстия в неинфицированном канале может не оказать негативного воздействия на исход лечения. Также более благоприятной можно считать ситуацию, когда инструмент ломается на конечной стадии очистки

каналов. Если же это происходит на начальной стадии очищения или фрагмент инструмента остался в инфицированном канале и его расположение исключает возможность полноценной обработки верхушечной трети канала, неблагоприятный результат лечения практически неизбежен.

4. Проводится первичное или повторное эндодонтическое вмешательство.

Присутствие пломбировочного материала в канале усложняет манипуляции.

5. Тип материала сломанного инструмента.

Файлы из нержавеющей стали извлекаются легче, поскольку в процессе удаления они не ломаются. Сломанные никель-титановые инструменты могут снова ломаться (глубоко в канале) под воздействием тепла, продуцируемого ультразвуковыми устройствами.

**Тактика:**

1. Обходжение (байпасинг)
2. Удаление инструмента

В некоторых случаях, когда попытки удаления фрагмента инструмента оказываются безуспешными, а отломок не позволяет устранить инфекционное загрязнение корневого канала, показана апикальная хирургия.

**Выводы.** С целью профилактики перелома инструментов следует:

1. создавать прямолинейный доступ к корневому каналу;
2. использовать между стандартными номерами файлов промежуточные размеры Golden medium Reamer и Golden medium File №№ 12, 17, 22, и т.д.;
3. применять инструменты большой гибкости (FlexoFiles, NiTiFiles);
4. проводить постоянный контроль за деформациями инструментов;
5. точно отслеживать количество использования каждого никель-титанового инструмента (вести «дневник» применения или использовать «ромашку»);
6. применять только новые инструменты в искривленных каналах;

7. тщательно определять рабочую длину и соответственно юстировать стопер;
8. препарировать всегда во влажном корневом канале.

Оптимальным представляется работа инструментами в канале с гипохлоритом натрия, частые и интенсивные промывания;

При работе с вращающимися инструментами также необходимо чтобы:

1. постоянная частота вращения инструмента была 150-300 об/мин;
2. инструмент совершал в канале пассивные возвратно-поступательные движения без приложения апикального усилия;
3. время работы каждым инструментом в канале не превышало 10 сек.;
4. сила торка (вращающего момента) была снижена для инструментов, бывших в употреблении.

**Прежде чем проводить извлечение инструмента, необходимо принять решение, нужно ли его извлекать.**

### Литература

1. Коэн, С. Эндодонтия / С. Коэн. - М.: STBOOK, 2019. - С.72-74
2. Ламли Ф. Практическая клиническая эндодонтия / Ф. Ламли. - М.: МЕДпресс-информ. 2020. – С. 70.
3. Антанян Артак Азатович. Эффективная эндодонтия. Руководство / Антанян Артак Азатович. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2017. – С.345-346.
4. Интернет-ресурсы:  
<https://www.medical-cg.ru/statya/jendodontija/78/>.  
<https://rich-dent.ru/viniry/nuzhno-li-izvlekat-oblomok-instrumenta-iz-zuba-esli-on-nachinaet-bolet>.

УДК 616.31

Смирницкая М.В.

**ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА. ВОЗМОЖНОСТЬ  
ВОЗНИКНОВЕНИЯ НА ПРИЕМЕ  
ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА -ТЕРАПЕВТА**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

Впервые термин «эмфизема» использовал Гиппократ, обозначая скопление воздуха или газов в тех тканях, где обычно они не присутствуют. В стоматологической практике подкожная эмфизема является редкой патологией. Развитие эмфиземы после стоматологического лечения может вызвать тревогу, как у пациента, так и у стоматолога. Подкожная эмфизема представляет собой аномальное присутствие сжатого воздуха вдоль или между фасциями. Образование эмфиземы мягких тканей в процессе стоматологического лечения возможно при избыточном выведении за верхушку корня ирригационных растворов, особенно перекиси водорода или гипохлорита натрия, с последующим образованием газов, проникающих в окружающие мягкие ткани челюстно-лицевой области. Нередко причиной эмфизематозного осложнения является применение сжатого воздуха стоматологической установки. При этом поражение наблюдается почти исключительно у зубов верхней челюсти, особенно клыков. Рост частоты эмфизематозного осложнения, начиная с конца 20-х годов прошлого столетия, объясняется переходом от ручных пуstersов к сжатому воздуху из стоматологической установки. Возникновению эмфиземы мягких тканей челюстно-лицевой области при эндодонтическом лечении способствует блокирование канюлей шприца устья корневого канала и выхода для сжатого воздуха. Серьезные нарушения наблюдались, в частности, при применении перекиси водорода для ирригации корневых каналов, однако тяжелые и болезненные осложнения возможны также после применения гипохлорита натрия. В этих случаях проводят дифференциальную диагностику данного нарушения, т.к. возможны и другие осложнения, вызывающие увеличение объема тканей (гематома, аллергия, отек Квинке и др.). Для правильной постановки диагноза необходимо знать подробности развития осложнения, провести тщательную пальпацию



пораженных тканей. Наиболее частым симптомом эмфиземы является крепитация, что позволяет отличать данное нарушение от других патологий. В большинстве случаев этот признак обнаруживается немедленно. Подкожная эмфизема может сопровождаться болью, которая обусловлена натяжением в пораженных тканях. В большинстве случаев подкожная эмфизема проходит через 2-3 дня. Полное излечение наступает через 5-10 дней. Если такое произошло, пациент должен избегать увеличения давления внутри ротовой полости (сильное сморкание, игра на музыкальных инструментах), что может привести к дополнительному проникновению воздуха. В результате избыточного выведения ирригационного раствора также возможен перенос микроорганизмов из полости рта в ткани ретро- и парафарингеальной области, а также средостение. При развитии медиастинита необходимо своевременное проведение внеротового разреза и дренирования, чтобы предотвратить распространение инфекции. При развитии эмфиземы мягких тканей челюстно-лицевой области схемой выбора является двойная антибиотикотерапия с аминопенициллином, а также препараты против анаэробной инфекции, например метронидазол.

**Клинический случай.** Женщине в возрасте 52 лет проводили реставрацию полости V класса зуба 3.4. У нее глубина зубодесневого кармана премоляра составляла 4 мм. Пациентке под инфльтрационной анестезией начали процедуру с установки ретракционной нити (поддесневая реставрация). Препарирование полости осуществляли высокоскоростным наконечником. Для реставрации использовали стеклоиономер. После окончания лечения врач заметил появление пузырьков воздуха из десневой бороздки, а также необычное увеличение объема преддверия полости рта. Объем мягких тканей при надавливании уменьшался. Температура тела была нормальной, ткани не были ригидными, отмечалась крепитация. Пациентка сообщила о незначительном дискомфорте. Болевых ощущений, а также трудностей при глотании и дыхании она не испытывала. Ей был сделан рентген головы и шеи в прямой и боковой проекции (Рис 1), что подтвердило наличие воздуха в подкожных тканях. Диагностировали подкожную эмфизему и предположили, что местом проникновения воздуха являлась десневая бороздка.



**Рис. 1. Рентгенография головы и шеи в прямой и боковой проекции**

Пациентке назначили ципрофлоксацин, напроксен в дозе по 550 мг два раза в день в течение трех дней. На следующий день крепитация и опухоль сохранились, однако признаки воспаления отсутствовали. Спустя пять дней отек и крепитация подверглись полному обратному развитию.

Исходя из вышесказанного, следует не допускать проведения лечебных манипуляций с применением неисправных турбинных наконечников и соблюдать предельную осторожность при работе с воздуховодом. При возникновении такого рода осложнений следует известить пациента и немедленно приступить к проведению лечебных мероприятий, согласно описанной выше методике.

### **Литература**

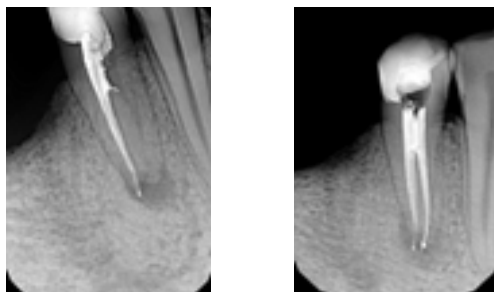
1. Клаудио Андреас Гамбоа Видаль, Карлос Андреас Вена Писарро, Андреас Алмейда Арриагада. Подкожная эмфизема как следствие стоматологического лечения: клинический случай. - Med Oral Patol Oral Cir Bucal. - 2007. – С.12
2. <https://glivec.su/2018/09/02/podkozhnaja-jemfizema-lechenie-v-stomatologii/> – (Дата обращения: 20.02.2023)
3. <http://www.vestnik-ipovszrt.tj/?p=1443>
4. <http://nadent.ru/vsestatipodkojnaya-эмфизема-kak-sledstvie-stomatologicheskogo-lecheniya--klinicheskij-sluchay/> – (Дата обращения: 20.02.2023).
5. <http://forum.feldsher.ru/topic/23010-oslozhnenie-posle-stomatologicheskoy-manipulyacii/>.

Смирницкая М.В.  
**ПРОПУЩЕННАЯ МОРФОЛОГИЯ КОРНЕВЫХ  
КАНАЛОВ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

В клинической практике наблюдается весьма значительная дивергенция системы корневых каналов зуба и количества корней. В разных зубах может быть различное количество корней, корневых каналов, а их анатомия и взаимоотношения по сей день служат предметом исследования. Важно отчетливо представлять себе и знать соотношение внутренней анатомии до проведения эндодонтического лечения. Для успешной диагностики и лечения системы корневых каналов необходимо перед проведением оперативного вмешательства тщательно изучить анатомию и морфологию каналов корня зуба, в том числе — выполнить дополнительные угловые рентгенограммы. Также в клинической практике поможет комплексный подход к выбору способа оперативного доступа. Известно, что одной из причин неуспеха качественной ЭД может быть пропущенные дополнительные корни и корневые каналы. Чаще это МБ2 канал в верхних молярах. При применении микроскопа, в последнее время есть данные, что МБ-2 присутствует в 90-95% случаев. Среди всех зубов с периапикальным периодонтитом, зубов с просмотренными каналами вероятность периапикального периодонтита в 4,5 раза больше, чем в тех, в которых они были найдены. Лучше всего, конечно, его видно на КТ и под микроскопом. Необходимо помнить также и об одной важной особенности нижних моляров. Carabelli первым описал наличие дополнительного третьего корня, как часто встречающегося варианта строения этой группы зубов. Дополнительный корень может располагаться либо язычно (*radixentomolaris*), либо щечно (*radixparamolaris*). В процессе эндодонтического лечения трехкорневые первые нижние моляры заслуживают особого внимания, поскольку дополнительный корень обычно меньше дистального и медиального, может быть обособленным или частично сросшимся с другими корнями и большинстве случаев имеет выраженную кривизну. Распространенность

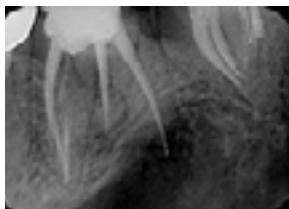
дополнительного язычного корня первых нижних моляров по данным литературных источников различная от 3 до 40%. Высокая распространенность дополнительного корня наблюдается среди жителей азиатских стран – более 30%, 40% - у монголоидных популяций. Так как дополнительный дистально-язычный корень обычно располагается в той же вестибулярно-язычной плоскости, что и дистальный корень, на предоперационной рентгенограмме может происходить наложение этих корней. Поэтому идентификация такого дополнительного корня бывает затруднена. Предоперационная угловая рентгенография позволяет четко визуализировать *radixentomolaris*. Следует помнить, что классический вариант строения системы корневых каналов, описываемый в литературе, является скорее исключением, чем правилом. В нашей практике такие случаи встречались неоднократно.



**Зуб 3.4 до и после перелечивания**



**2.6 до и после перелечивания**



**Зуб 3.6 до и после перелечения**



**Зуб 2.6 до и после перелечения**

### **Литература:**

1. Березин К. А. «Клинико-иммунологическая оценка эффективности эндодонтического лечения апикального периодонтита» автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.м.н: Спец. 14.00.53 - КазГМУ. - Казань, 2015 –С.149.
2. Martins J.N.R., С.Anderson. Эндодонтическое лечение первого моляра нижней челюсти с шестью корневыми каналами— два клинических 90случая и обзор литературы. //Институт стоматологии, 2016.-N 1.-С.20-23.
3. Батюков Н.М., Константинов А.А., Чибисова М.А. «Возможности визуализации структуры зубов с помощью конусно-лучевойкомпьютерной томографии и микроскопа при эндодонтическомлечении» //Институт стоматологии – 2016 - №3(72) – с.38-41
4. <https://stomatologclub.ru/stati/terapiya-10/nestandartnaya-anatomiya-kanalov-nizhnechelyustnyh-rezcov-u-otdelnogo-pacienta-518/>
5. <http://forum.stomatologija.su/i/pub/endodontics/dopolnitelnyi->

[iazychnyi-koren-pervykh-nizhnikh-moliarov-radix-entomolaris-r531/?ysclid=ldwdlwdlgq269009006](http://forum.stomatologija.ru/pub/endodontics/mb2-v-verkhnikh-moliarakh-kak-opredelit-ego-nalichie-v-zube-r573/)

6. <http://forum.stomatologija.ru/pub/endodontics/mb2-v-verkhnikh-moliarakh-kak-opredelit-ego-nalichie-v-zube-r573/>
7. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 322 с.
8. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: Учебн.пособ./ А.И.Николаев, Л.М. Цепов – 6-е изд., перераб. и доп.
9. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтия плюс.
10. Гутман Дж.Л. Обтурация конусной системы корневого канала с Термафил Плюс»
11. Горячев Н.А. Консервативная эндодонтия: практическое руководство

**УДК 616.31**

**Смирницкая М.В., Бровилова М.А., Зобнин В.В., Кукушкин В.Л.  
РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ - ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА  
ИЛИ СТОМАТОЛОГА**

**ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» г. Читая**

Рецессия десны - это апикальное смещение края десны без клинически видимых признаков воспаления, сопровождающееся обнажением корней зубов, повышенной чувствительностью обнажённых поверхностей и прогрессирующим эстетическим нарушением. Десневая рецессия не является отдельным заболеванием, а скорее симптомом, морфологическим проявлением (или исходом) других патологических состояний. По данным отечественной и зарубежной литературы, доля десневых рецессий составляет 5-10% от всех патологий пародонта, сопровождающихся потерей прикрепления. Причем частота ее возникновения у людей после 50 лет приближается к 100%, что позволяет говорить о важной роли физиологических процессов старения в этиологии рецессий. Этиология процесса образования рецессий недостаточно изучена, тем не менее, отмечается множество факторов, влияющих на возникновение этого явления. Все эти факторы условно можно разделить на:

1. Анатомо-топографические факторы: тонкая вестибулярная пластинка, массивные корни зубов приводят к снижению или отсутствию внутрикостного кровоснабжения вестибулярных участков кости; неполноценность тканей пародонта, которая выражается в мелком преддверии, дефиците зоны прикрепленной десны и ее тонком биотипе.

2. Травматические факторы: хроническая механическая травма средствами гигиены полости рта при их неправильном использовании или чрезмерное усилие при проведении гигиенических процедур; травма структур пародонта различного генеза, в том числе обусловленная вредными привычками пациента (Рис. 1.).



**Рис. 1. Рецессия при травме пародонта**

3. Оклюзионные факторы: окклюзионная перегрузка зубов, неправильное положение зуба в зубном ряду, патологии прикуса, деформации зубных рядов в результате частичной потери зубов.

4. Воспалительные факторы: накопление зубного налета и быстрое образование зубной бляшки при плохой гигиене полости рта приводит к возникновению гингивита, что еще более усугубляет апикальное смещение прилегающего эпителия. Локальная рецессия может возникать при локализованном ювенильном пародонтите, генерализованная рецессия десневого края почти всегда сопровождает течение быстро прогрессирующего пародонтита и банального пародонтита взрослых (Рис. 2).



**Рис. 2. Рецессия при заболеваниях пародонта**

5. Ятрогенные факторы: травматическое удаление соседних зубов; ожоги мышьяковистой пастой; травмы борами, поддесневое препарирование опорных зубов с нарушением биологической ширины, формирование избыточной толщины и неадекватного нависающего края коронки или пломбы.



6. Операция на пародонте и ортодонтическое лечение (Рис. 3).



Рис. 3. Рецессия при ортодонтическом лечении

Классификации рецессии десны по P.D. Miller:  
I класс - рецессия в пределах свободной десны, потеря десны и/ или кости в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А - узкая, подкласс Б - широкая) (Рис. 4).

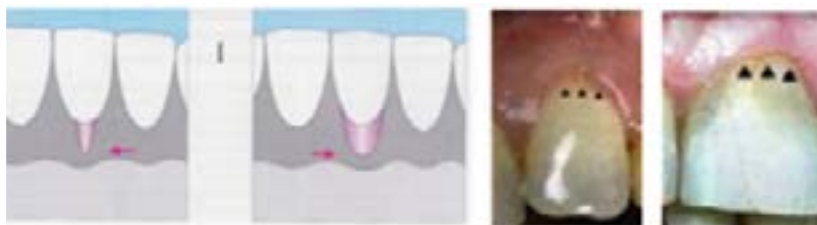


Рис. 4. Рецессия десны I класс по P.D. Miller

II класс - рецессия в пределах прикрепленной десны, потеря кости и/или десны в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А - узкая, подкласс Б - широкая) (Рис. 5).



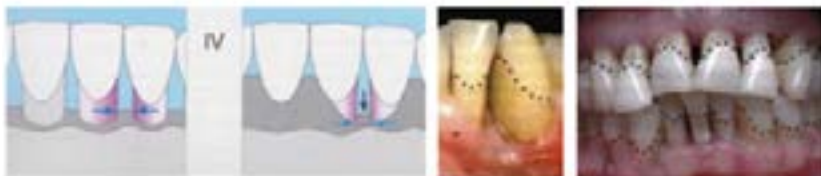
Рис. 5. Рецессия десны II класс по P.D. Miller.

III класс - рецессия II класса сочетается с поражением апроксимальных поверхностей (подкласс А - без вовлечения соседних зубов, подкласс Б - с вовлечением соседних зубов). При этом десна в межзубных промежутках находится апикальнее цементно-эмалевого соединения, но корональнее десневого края с вестибулярной поверхности зуба (Рис. 6).



**Рис. 6. Рецессия десны III класс по P.D. Miller**

IV класс - потеря десны и кости в межзубных промежутках - циркулярная (подкласс А - у ограниченного количества зубов, подкласс Б - генерализованная горизонтальная потеря десны) (Рис. 7).



**Рис. 7. Рецессия десны IV класс по P.D. Miller.**

Леус П.А., Казеко Л.А. определяют рецессию как прогрессирующее смещение десневого края в апикальном направлении с одновременным оголением шейки и корня зуба. В 1993 году авторы предложили клиническую классификацию рецессии десны.

- I. Травматическая рецессия: локализованная; генерализованная.
- II. Симптоматическая рецессия: локализованная; генерализованная; системная.
- III. Физиологическая рецессия: системная.

По степени тяжести выделяется: легкая (до 3 мм); средней тяжести (3-5 мм); тяжелая (6 и более мм).

Для определения глубины рецессии, необходимо измерить расстояние от эмалево-цементной границе до края десны по средней линии щечной, язычной (небной) поверхности. Для этого используют пародонтологический (градуированный) зонд (Рис. 8).



**Рис. 8. Определение глубины рецессии пародонтологическим (градуированный) зондом.**

Клинические проявления:

- Снижение уровня десны
- Оголение корня зуба
- Гиперчувствительности к температурным и химическим раздражителям
- Формирование кариозного процесса.

Показания к лечению:

- Эстетические требования пациента
- Гиперчувствительность
- Подготовка к ортопедическому и ортодонтическому лечению
- Высокий риск развития кариеса корня
- Прогрессирующие рецессии

Рецессия десны до сих пор остается одной из трудных проблем в стоматологии, которая все чаще становится причиной обращения пациентов к стоматологу. В большинстве случаев, имея определенный профессиональный опыт и хороший набор современных материалов и инструментария, врачам удается удовлетворить все требования пациента.

### Литература:

1. Горголь, К. О. Структура заболеваемости и влияние локальных факторов риска на развитие заболеваний тканей пародонта у лиц молодого возраста / К. О. Горголь // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2019. – № 33. – С. 164–172.
2. Ведяева А. П., Гарибян Э. А. Критерии выбора хирургической тактики пластики множественных рецессий десны // Сборник трудов национального конгресса с международным участием «Паринские чтения 2020. Актуальные вопросы диагностики, лечения и диспансеризации пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи» (Минск, 8–9 мая 2020 г). Минск, 2020. – С. 18-21.
3. <http://www.studfiles.ru/preview/1660282/>

**УДК 616.31**

**Смирницкая М.В., Бровилова М.А., Зобнин В.В.,  
Кукушкин В.Л.**

**МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ  
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская  
академия» г. Чита, Россия**

На современном этапе пациенты, обращающиеся к врачу - стоматологу предъявляют высокие требования к эстетике зубного ряда. В число видимых при разговоре и улыбке дефектов относят и рецессию десны, которая требует обязательного лечения не только потому, что опущенная десна выглядит некрасиво и неопрятно, но и потому, что данное заболевание вызывает болезненные ощущения в процессе приема пищи. В зависимости от степени развития заболевания, стоматолог выберет наиболее подходящий метод лечения.

Классификация методов устранения рецессии десны Н. Erpenstein и R. Borchard (2006):

1. Консервативное лечение
2. Хирургическое лечение.

Выбор терапевтических методов устранения заболевания зависит от степени развития процесса:

- Лечение консервативными способами без каких-либо затруднений поддается только рецессия первого и второго классов.
- Заболевание третьего класса является показанием к операции, но иногда бывает крайне сложно полностью закрыть оголённый участок шейки зуба даже хирургическим путем.
- Четвёртая степень вовсе не подлежит оперированию.

К консервативным методам можно отнести покрытие обнаженной части корня розовым композитом под цвет десны. При рецессии десны в области одного зуба без дефекта твердых тканей возможно нанесение на вестибулярную и проксимальные поверхности корня опакующий слой заранее подобранного розового оттенка фотополимера. В том случае, когда корень сильно изменен в цвете, для маскировки его

сначала используют белый опак, входящий в комплект материала Comp Natur (VOCO). Из опакowych розовых оттенков моделируются десневые сосочки, маргинальный край десны. Эти материалы придают блеск, объем и воссоздают естественный «живой» вид десны (Рис.1). В тех случаях, когда рецессия десны сочетается с дефектом в области корня, применяют СИЦ в сочетании с розовым композитом под цвет десны.



**Рис. 1. Объяснение в тексте**

Закрытие рецессии при помощи хирургической операции позволяет достичь устойчивого результата, косметически скрыть следы опущения десны, а также защитить оголенные корни зубов от проникновения болезнетворных бактерий, вызывающих кариес. Поэтому хирургический метод лечения - самый распространенный и эффективный, однако далеко не единственным методом лечения. Среди хирургических методов выделяют так называемые «однослойные» и «двухслойные» методики, а также метод направленной тканевой регенерации. Однослойные методики требуют толщины слизистой оболочки не менее 1,0 мм, и их рекомендуется использовать при устранении рецессий 1-го класса, а также узких рецессий 2-го класса по Миллеру. Преимуществом однослойных методик является простота, меньшая травматичность по сравнению с двухслойными, идеальные цвет, форма и текстура поверхности десны. Однако вероятность полного устранения рецессии и получения оптимального количества плотных кератинизированных тканей невысока (Рис.2).



**Рис.2. Одиночная рецессия десны в области 31 зуба  
II класс по Миллеру а - состояние до операции;  
б - сразу после операции; в - 3 сутки после операции**

Двухслойные методы получили свое название из-за наличия соединительнотканного свободного трансплантата между лоскутами и поверхностью корня зуба. За счет этого достигается лучшее питание трансплантата, его лучшая стабильность, т.е. механическая нагрузка не приводит к нарушению адгезии фибрина к поверхности зуба. Эти методики позволяют не только устранить рецессии и увеличить зону кератинизированной десны, но и увеличить ее толщину (изменить биотип), восстановить десневые сосочки (Рис.3). Недостатками данных методик можно считать их техническую сложность и травматичность из-за наличия второго операционного поля, а также то, что число устраняемых рецессий по двухслойной методике ограничено протяженностью соединительнотканного трансплантата.



**Рис.3. Закрытие рецессии в области зуба 33 по двухслойной методике с применением свободного комбинированного трансплантата в сочетании с коронарным смещением лоскута: а) до операции; б) получение соединительнотканного лоскута; в) 2-е сутки после операции; г) 7-е сутки после операции (отмечается краевой некроз дистальной части лоскута); д) через 2 месяца после операции отмечается уменьшение глубины рецессии на 2/3 длины.**

Оперативные методики по пластическому закрытию рецессий десны с применением направленной тканевой регенерации предполагают использование резорбируемых или нерезорбируемых барьерных мембран для предупреждения врастания эпителия и соединительной ткани в область устраняемого дефекта. Данные методики применяют в случае умеренная или значительная рецессия десны, тонкой слизистой оболочке неба отказе пациента от использования дополнительного хирургического доступа (Рис.4).



**Рис. 4. Закрытие рецессии десны коронарносмещенным лоскутом с применением НТР (а - формирование лоскута; б - установка барьерной мембраны; в - укладка лоскута; г - наложение швов).**

В настоящее время хирургическое устранение рецессии и оптимизация эстетики десневого контура получили новое клиническое развитие с применением микрохирургической техники. Применение в пародонтальной хирургии луп и микроскопов позволяют оптимизировать манипулирование микрохирургическим инструментарием, лоскутами и шовным материалом, что повышает положительный исход проводимых вмешательств (Рис.5).



**Рис.5. Туннельная методика закрытия рецессии с применением FRP- мембраны (а - до операции; б - после операции; в - 7 сутки после операции туннельная методика закрытия рецессии с применением FRP- мембраны)**



К дополнительным методикам относят такие, при которых в основе лежит одна из перечисленных выше, но она модифицирована использованием того или иного материала или технологии. Сюда можно отнести:

1. Применение эмалевых матричных протеинов (Эмдогейн) - веществ, активизирующих регенерацию путем образования ацеллюлярного цемента, пародонтальной связки, ингибирующих рост эпителия.
2. Применение аллотрансплантатов - обычно это бесклеточный материал из человеческой кожи.
3. Применение плазмы с повышенным содержанием фибрина (FRP) - препараты, содержащие большое количество биологически активных веществ, ускоряющих заживление мягких тканей.
4. Обработка корня - проводится лимонной кислотой, 24% ЭДТА, тетрациклина гидрохлоридом и его производными, или фибронектином. Все эти препараты приводят к удалению «смазанного слоя» и обнажению коллагеновых волокон на поверхности корня зуба, создавая тем самым благоприятные условия для фиксации фибробластов (Рис.6).



**Рис. 6. Закрытие рецессии с применением эмалевых матричных протеинов (а- гель «Эмдогейн»; б- до лечения; в- после лечения).**

Таким образом, применение различных методик устранения рецессий десны можно отнести к разделу современной эстетической стоматологии, которая приобретает все большую популярность среди как пациентов, так и врачей - стоматологов различных специальностей.

## Литература

1. Анализ хирургических методов увеличения ширины кератинизированной прикрепленной десны / Е. А. Дурново, Н. А. Беспалова, Н. А. Янова [и др.] // Сборник научных трудов посвящённый 30-летию стоматологического факультета Приволжского исследовательского медицинского университета. – Нижний Новгород, 2018. – С. 146–156.
2. Гордеева, А. И. Современные аспекты лечения рецессии десны / А. И. Гордеева, Д. Д. Рагулина, Л. В. Саютина // Международный студенческий вестник. – 2018. – № 4-1. – С. 130–133.
3. Метод направленной тканевой регенерации для увеличения площади прикрепленной слизистой полости рта / А. А. Долгалев, В. К. Цогоев, Д. А. Брусницын [и др.] // Пародонтология. – 2017. – Т. 22, № 4(85). – С. 73–76.
4. Механизмы возникновения и методы устранения рецессии десны / Л. А. Зюлькина, К. Ю. Кобринчук, П. В. Иванов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 1. – С. 54.

УДК 616.31

Смирницкая М.В., Зобнин В.В., Лебедев М.А.,  
Алтынникова И.О

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИГИЕНА НА АППАРАТЕ AIRFLOW® PROPHYLAXIS MASTER

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита

Профессиональная гигиена полости рта является, одной из ключевых факторов в развитии заболеваний пародонта, кариеса и его осложнений. Для того чтобы уменьшить процент распространения этих заболеваний необходимо профилактировать эти заболевания, методом снятия биопленки. В настоящем времени ведется множество исследований в области влияния биопленки на развитие данных заболеваний. Один из новейших методов снятия биопленки является аппарат AIRFLOW® Prophylaxis Master.



8 этапов чистки по протоколу GBT:

1. Диагностика  
Оценка состояния зубов и имплантов.
2. Индетификация налёта  
Окрашивание участков скопления биопленки, которое позволяет максимально точно удалить зубной налет.
3. Мотивация

Рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта

4. Airflow  
Удаление биоплёнки, пигментированного налёта и слабоминерализованных зубных отложений.
5. Perioflow  
Удаление биоплёнки из пародонтальных карманов глубиной от 4 до 9 мм.
6. Piezon  
Снятие остаточного зубного камня.
7. Контроль  
Финальный осмотр на предмет абсолютного удаления биопленки и зубного камня. Сопровождение аппликацией фторсодержащих препаратов.
8. Повторный визит  
Составление плана повторных обследований с учетом оценки риска

AIRFLOW® Prophylaxis Master - это новейший инновационный аппарат для «Guided Biofilm Therapy» от компании EMS: уникальное решение для лечения кариеса, профилактики заболеваний пародонта и поддерживающей терапии.



Предусмотренный для интенсивного профессионального использования, данный аппарат характеризуется уникальной эргономикой, высокой точностью, лёгким обслуживанием и соответствует высоким гигиеническим нормам. AIRFLOW®

Prophylaxis Master создан с учётом наивысших стандартов в области производительности, безопасности и комфорта, чтобы полностью отвечать требованиям трёх основных видов лечения согласно Guided Biofilm Therapy (GBT).

### **Наконечник AIRFLOW**

Удаляет биоплёнку, пигментированный налёт и слабоминерализованные зубные отложения. Чистит и полирует во время одной процедуры.



Наконечники AIRFLOW представляют собой новейшую технологию в сфере профессиональной гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний.

Наконечники нового поколения характеризует высокое качество и долговечность, благодаря использованию материалов медицинского назначения, устойчивых к термо-дезинфекционной обработке. Создаваемая в наконечнике AIRFLOW воздушно-порошковая струя, достигающая скорости более 400 км/ч, обеспечивает эффективное воздействие кинетической энергии, при этом поддерживая однородную форму распыления струи для предсказуемых результатов лечения. В целях обеспечения максимальной эффективности и минимальной дисперсности аэрозольного облака, смешивание воды и порошка происходит непосредственно перед контактом с зубной поверхностью. Пути подачи воздуха и воды в наконечнике AIRFLOW - отдельные, что позволяет производить высокоточную регулировку потока воды и количества порошка. Благодаря сглаженному дизайну корпуса и лёгкому весу, наконечник AIRFLOW можно удобно держать в руке по типу писчего пера, что в свою очередь облегчает манипуляцию наконечника и обеспечивает доступ к труднодоступным участкам.

### **Наконечник PERIOFLOW**



Наконечник PERIOFLOW® представляет собой новейшее технологическое решение для удаления биоплёнки из пародонтальных карманов.

Благодаря гибкой насадке и лёгкому весу, он представляет собой идеальное сочетание эргономики и функциональности, а удобное расположение в руке по типу писчего пера снижает усталость и вероятность растяжения кисти руки. Изготовлен из полимерного материала медицинского назначения, который может подвергаться термодезинфекции, наконечник PERIO-FLOW обеспечивает высокие стандарты клинической гигиены.

Более того, благодаря трёхсторонней подаче однородной воздушно-порошковой смеси, наконечник PERIO-FLOW обеспечивает низкоабразивную обработку внутри парадонтальных карманов. Он идеально подходит для использования при поддерживающей пародонтальной терапии, первичном и вторичном лечении, а также в уходе за дентальными имплантатами и нехирургическом лечении пародонтита и периимплантита.

**ПОРОШОК ДЛЯ «AIR FLOW PLUS» 14МКРН.(120 ГР), EMS**  
AIR-FLOW PLUS (профилактический порошок) применяется исключительно для удаления поддесневого и наддесневого зубного налета.



Порошок AIRFLOW PLUS - это первый высокотехнологичный порошок, который минимально инвазивным путём удаляет биоплёнку и слабоминерализованные зубные отложения со всех видов поверхностей: эмали, дентина, мягких тканей, композитных реставраций, ортодонтических конструкций или поверхностей дентальных имплантатов. Он уникален тем, что благодаря эритритолу, который является основной его составляющей, этот порошок показан для удаления неминерализованных и слабоминерализованных зубных отложений с наддесневых и поддесневых поверхностей зубов.

## **ПОРОШОК ДЛЯ AIR FLOW CLASSIC COMFORT (300ГР.), EMS ЛИМОН**



AIR-FLOW CLASSIC (профилактический порошок) применяется исключительно для удаления наддесневого зубного налета. Порошок предназначен для применения в стоматологии с аппаратами для полировки зубов фирмы EMS.

Недавно произошло преобразование порошка AIR FLOW CLASSIC, состоящего из бикарбоната натрия, в порошок с новой формулой под названием CLASSIC COMFORT. Для обеспечения пациенту максимального комфорта, размер гранул порошка уменьшен почти на 40% (с 65  $\mu\text{m}$  до 40  $\mu\text{m}$ ). Он обладает приятным вкусом и, как и прежде, отличается высокой эффективностью в удалении биоплёнки, пятен, плотного пигментированного налёта и слабоминерализованных зубных отложений.

### **Наконечник PIEZON**

Ассортимент наконечников PIEZON предлагает непревзойденное качество ультразвука, новые манипуляционные возможности, скорость колебаний, что переопределяет стандарты отрасли, и другие преимущества минимально-инвазивного лечения.



Главным элементом здесь является передовая пьезокерамическая ультразвуковая технология, которая в комбинации с инновационным модулем PIEZON NO-PAIN ведут

к тому, что все наконечники PIEZON генерируют высокочастотные возвратно-поступательные колебания.

Эргономичный дизайн и удобный захват по типу писчего пера являются ведущими факторами усовершенствованных характеристик наконечников PIEZON. Лёгкий вес и небольшой диаметр носика повышают манёвренность и обеспечивают лучший доступ к обрабатываемым участкам.

Сфера применения	Модель	30-40%	70-100%
Исчл. зубной камень	P	30-40%	70-100%
Исчл. зубной камень, десневая гипертрофия	A	30-40%	70-100%
Исчл. зубной камень, десневая гипертрофия	PSR	30-40%	70-100%
	PSL	30-40%	70-100%
Исчл. зубной камень, десневая гипертрофия	PL1	30-40%	70-100%
	PL2	30-40%	70-100%
Исчл. зубной камень, десневая гипертрофия	PL4	30-40%	70-100%
	PL5	30-40%	70-100%
	PL5	30-40%	70-100%

Разработанные с учётом принципов малоинвазивных и максимально комфортных для пациентов методов лечения, наконечники PIEZON оснащены встроенными светодиодами 5000 К, которые излучают яркий дневной свет, а Швейцарские рабочие инструменты PIEZON изготавливаются из первоклассной хирургической стали и проходят такой же процесс полировки, как для ювелирных изделий.

После обработки AIRFLOW, следует снять остаточный наддесневой и поддесневой зубной камень с помощью насадки PIEZON NO PAIN PS

**Клинический случай.**

Пациентка В., 67 лет.

Диагноз: Хронический генерализованный пародонтит (K05.3)

Лечение: профессиональная гигиена аппаратом AIRFLOW® PROPHYLAXIS MASTER





Профессиональная гигиена с применением аппарата AIRFLOW® Prophylaxis Master – это самый эффективный, комфортный и безопасный способ удаления биопленки с поверхности зуба, что необходимо для улучшения состояния полости рта пациента.

#### **Литература:**

1. <http://oms44.ru/component/attachments/download/1491>
2. <https://stomdevice.ru/terapevtam-i-ortopedam/polishery-airflow/airflow-prophylaxis-master-kombinirovannyu-profilakticheskiy-apparat-3-nakonechnika-ru/>
3. <https://www.ems-dental.com/ru/products/airflow-prophylaxis-master>
4. <https://belgraviadent.ru/articles/kompleksnaya-programma-dlya-tekh-kto-kurit/>

УДК 616.31

Смирницкая М.В., Кузнецов И.А.

## **ЗУБНЫЕ ПАСТЫ R.O.C.S. ПРАВИЛА ВЫБОРА**

*ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

Профилактическая направленность стоматологии является обязательным условием здоровья полости рта, и задача врача-стоматолога состоит в профессиональном информировании пациента о средствах и методах гигиены. Вместе с тем, большое число зубных паст различных фирм - производителей, а также современная тенденция «Total» или «Все в одном», когда в зубной пасте содержится множество активных ингредиентов, затрудняют задачу выбора даже для врача-гигиениста. Таким образом, сегодня можно говорить лишь о *преимущественном* лечебно-профилактическом действии той или иной зубной пасты. Рассмотрим это на примере зубных паст «R.O.C.S.».

Эффективность и безопасность средств R.O.C.S.® подтверждены независимыми исследованиями и отражены в многочисленных научных публикациях. Формулы продуктов уникальны и защищены более 50-тью патентами по всему миру.

### **Зубные пасты противокариозного действия.**

Зубные пасты серии R.O.C.S. разработанные для ежедневного ухода за полостью рта у взрослых (рис.1), содержат активный реминерализующий комплекс MINERALIN, включающий глицерофосфат кальция, хлорид магния и ксилит (12%). Глицерофосфат кальция в сочетании с высокой концентрацией ксилита обеспечивает высокий уровень защиты зубов от кариеса. Включенный в состав формулы ксилит обладает высоким противокариозным действием за счет влияния на микрофлору полости рта, стабилизирует pH слюны и повышает включение кальция в эмаль. Эта формула усилена растительным ферментом бромелаином (полученным из плодов и стеблей ананаса), который расщепляет органическую матрицу зубного налета, препятствует адгезии бактерий на поверхности зубов и слизистой оболочки рта; обладает противовоспалительными свойствами.

Зубная паста R.O.C.S. Medical 5000 с повышенным

содержанием фторида предназначена для интенсивной профилактики при высоком риске возникновения кариеса и лечения начальных кариозных поражений. В качестве активных компонентов она содержит аминофторид (Olaflur) и фторид натрия в 0,5% концентрации, которые характеризуются высокой биосовместимостью. Аминофторид, обладающий свойствами поверхностно-активного вещества, обеспечивает доставку ионов фтора к поверхности зубов, сокращает время формирования защитной пленки до 20 секунд, обеспечивает защиту кислотоустойчивого слоя от растворения слюной.

В профессиональной практике зубную пасту R.O.C.S. Medical 5000 целесообразно использовать после проведения курсареминерализирующей терапии препаратами, содержащими кальций и фосфаты, а также после пломбирования зубов. Ее можно втирать в поверхность зубов с помощью вращающихся щеточек и резиновых колпачков, либо использовать стандартные капли для аппликации. Данную зубную пасту по назначению и под контролем специалиста можно использовать в домашних условиях курсом в течение 2-4 недель. Зубная паста R.O.C.S. Medical 5000 имеет низкий показатель абразивности. Ее удобная упаковка (мини-пакетики) обеспечивает точную дозировку, необходимую для однократного применения.

**Зубные пасты противовоспалительного действия.** Применение этих паст (рис.2) является простой и эффективной формой предупреждения заболеваний пародонта и лечения их ранних форм. В их состав входят различные биологически активные вещества: лекарственные травы, антисептики, соли, антиоксиданты, витамины, микроэлементы.

Зубные пасты с добавками экстрактов лекарственных растений оказывают противовоспалительное, антимикробное, обезболивающее, кровоостанавливающее, вяжущее действие, ускоряют процессы регенерации слизистой оболочки рта.

Зубная паста R.O.C.S. BIONICA содержит 94,2% компонентов натурального происхождения: экстракты лекарственных растений употребляемых человеком в пищу, и дикальцияфосфатдигидрат в качестве абразива.

Экстракт корня солодки (*Glycyhizaglabra*) - обладает про-

тивовоспалительным и противовирусным действием (в том числе, активен против вируса герпеса), подавляет активность кариесогенных бактерий. Эфирное масло чабреца (*Thymusserpyllum*) является источником природных антисептиков широкого спектра действия - тимола и карвакрола, обладающих антибактериальным действием, в том числе, в отношении представителей пародонтопатогенной микрофлоры. Минеральная фракция морской капусты (*Laminariasaccharina*) включает комплекс микроэлементов, способствующих активации метаболических процессов. Результаты клинических исследований продемонстрировали высокую эффективность применения зубной пасты R.O.C.S. BIONICA пациентами с заболеваниями пародонта как на ранних признаках воспаления (гингивите), так и в комплексном лечении развившихся стадий пародонтита.



**Рис.1**



**Рис.2**

Исходя из вышесказанного в рекомендациях по выбору пасты необходимо исходить из текущей ситуации с зубами или проблемы, которая беспокоит пациента. Рекомендуется использовать утром и вечером разные пасты. Например, утром — восстанавливающую эмаль (чистка после завтрака), вечером — противовоспалительную (перед сном), отбеливающую раз в неделю. Менять пасты со временем — не стоит пользоваться всю жизнь одной и той же, даже самой любимой.

### **Литература**

1. С.Б. Улитовский. Средства индивидуальной гигиены рта : учеб. для последиплом. образования : для непрерывного мед. образования (НМО) врачей-стоматологов /— М. : Спец. изд-во мед. кн., 2018. — С.95,184.

УДК 616.31

Смирницкая М.В., Кукушкин В.Л.

**КЛИНИНГ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ**  
*ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита*

Одна из причин неудач эндодонтического лечения - проблема качественной ирригации корневых каналов. В основном для ирригации используются следующие растворы:

- Гипохлорит натрия
- ЭДТА
- Хлоргексидин

Гипохлорит (ГХ) на сегодняшний день является единственно действующим на большинство микробов. Гипохлорит натрия оказывает антибактериальное действие, растворяет органические компоненты содержимого канала, открывает дентинные каналы и латеральные ответвления. Не так давно считалось, что при нагревании гипохлорит натрия улучшает свои свойства. Сейчас уже доказано, что холодный гипохлорит нагревается в канале до 37° за 30 сек, горячий – остывает до 37° за 30 сек. Гипохлорит работает в канале 2 мин без активации, 20 сек с активацией, затем инактивируется, поэтому после него можно не промывать водой. Количество гипохлорита на канал 5-10 мл с того момента, как канал расширили до №30-04. Необходимо также активировать ГХ. Аргументировано достаточной является 60 секундная ультразвуковая активация в каждом из корневых каналов, по три 20 секундных цикла, при этом в каждом из циклов желателно использовать уже новую порцию ирригационного раствора. Хранить в темном флаконе, в темном месте (на столе в коробке). Из-за большого поверхностного натяжения гипохлорит проходит на 1 мм дальше иглы. Иглу нужно загнуть на 2 мм короче рабочей длины, иначе будет гипохлоритовая авария.

Грибы суперустойчивы к гипохлориту, с ними борются только ЭДТА и 2% хлоргексидин. Хлоргексидин не растворяет ткани, если выйдет за апекс – реакции нет (он низкотоксичен). Он имеет «+» электрический заряд, а молекула микроба «-». Хлоргексидин активно работает против грибов, с которыми не работает гипохлорит, не снижает адгезию силера, но при встрече с

гипохлоритом образует нерастворимый осадок. С помощью атомо-абсорбционной спектрометрии в этом осадке было определено содержание парахлоранилина, который в свою очередь обладает мутагенным свойством. Не следует использовать хлоргексидин в качестве ирриганта при депульпировании зубов и пульпитах. В каналах оставлять 2% р-р ХГ на 48 часов, гель можно 2- 3 недели.

Хлоргексидин используют как финальный ирригант перед obturацией при перелечивании или когда пациент пришел с открытым зубом. 10 мл на канал промывать 2%, но после него не использовать хлоргексидин, иначе будет нерастворимый рыжий осадок.

Действие ЭДТА очень поверхностное, время активности 15 мин, поэтому оставлять его между посещениями не имеет смысла. ЭДТА помогает снимать неорганическую часть смазанного слоя, отделяет биопленку от поверхности, является сильнейшим препаратом против грибов. Алгоритмы использования ХГ при различных ситуациях:

1. Если Вы депульпируете зуб и не успеваете закончить в это же посещение, лучше в каналах оставить не гидроокись кальция, а гель ХГ на 1-7 дней.
2. Если нет периодонтита, но проблема с коронарной герметизацией (когда пломба выпала 3 и более мес назад) лучше лечить зуб в 1 посещение. ЭДТА 1-2 мин – ГХ 1-2 мин – ЭДТА 1-2 мин – финальная ирригация 2% ХГ 10 мл на канал.

На сегодняшний день стратегия эндодонтического лечения все больше склоняется к использованию концепции биологической целесообразности проводимого вмешательства. Такой подход, в свою очередь, привел к необходимости совершенствования методов борьбы с внутриканальной биопленкой, как основной причиной неудач эндодонтического лечения. И ключевым моментом в этой борьбе является именно качественная ирригация (клининг) системы корневого канала.

### **Литература**

1. Christensen GJ. Obturation in endodontics: are newer techniques better? Clinicians Report. June 2019;12(6):1.
2. Махмуд Торабинеджат; пер. с англ. Под ред. И.Я. Мера. Эндодонтия. Принципы и практика. – М. ТАРКОММ, 2022 – С. 360-363

УДК 616.31

**Смирницкая М.В., Кукушкин В.Л., Лебедев М.А.  
О ПРИМЕНЕНИИ ЙОДОФОРМ-СОДЕРЖАЩИХ  
ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОБТУРАЦИИ  
КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

**Введение.** Препараты, содержащие йодоформ, широко используются при лечении апикального периодонтита, несмотря на недостаточность научной информации, подтверждающей их эффективность в эндодонтии. Однако существует необходимость анализа использования йодоформ-содержащих препаратов для временной obturation корневых каналов (КК) зубов.

Первые упоминания о йодоформе в стоматологии связаны с именем доктора О.А. Маисто, отца южноамериканской детской стоматологии. Пасту Маисто, содержащую йодоформ, готовят *ex tempore* и до сих пор используют многие детские стоматологи мира для пломбирования КК молочных зубов. Обоснованием применения послужила способность йодоформ-содержащих паст растворяться, не нарушая физиологическую резорбцию корней молочных зубов (Maisto O.A., Sarullo M.A., 1964).

Многие годы йодоформ-содержащие пасты были рекомендованы в качестве антисептика (Walton J.G. et al., 1989) вследствие выделения атомарного йода при контакте с экссудатом или эндодонтической инфекцией (Castagnola L., Orlay H.G., 1952).

Проблема лечения деструктивных форм хронического периодонтита до сих пор является актуальной и до конца не решённой задачей терапевтической стоматологии. Причинами неудач, по мнению большинства исследователей, являются не только неадекватная инструментальная и медикаментозная обработка, некачественная obturation КК, но и применение лекарственных препаратов, замедляющих регенерацию костной и соединительной ткани в очаге деструкции и угнетающих местные защитные реакции. Получены положительные результаты при использовании препаратов на основе гидроокиси кальция при лечении деструктивных форм хронического апикального перио-

донтита. Гидроокись кальция обеспечивает остеоиндуктивность, оказывает бактерицидный эффект. Повышается эффективность санации КК, создаются условия для эффективного восстановления костной ткани в отдалённые сроки [3, 5].

В литературе также имеются данные о применении различных паст на основе гидроокиси кальция с йодоформом. Мнения авторов об эффективности сочетанного применения гидроокиси кальция и йодоформа различны: отмечают как положительные (усиливает антибактериальный эффект препаратов на основе гидроокиси кальция) [1, 4, 6, 7, 9], так и отрицательные свойства (йодоформ плохо «вымывается» из корневого канала, нарушает адгезию постоянного пломбирочного материала, возможны аллергические реакции, а также окрашивание зуба) [8, 10].

**Цель работы.** Провести анализ применения йодоформ-содержащих препаратов для временной obturации КК при лечении осложнённого кариеса.

**Методы исследования.** Изучение доступных научных публикаций, касающихся эффективности препаратов йодоформа в борьбе с эндодонтической инфекцией.

Результаты и их обсуждение. С. Estrela (2006) использовал микробные культуры *S. aureus*, *E. faecalis*, *P. aeruginosa*, *B. subtilis* и *C. albicans* на диффузном агаровом тесте. В исследовании изучались следующие антибактериальные препараты:

- 1)  $\text{Ca}(\text{OH})_2$  на физиологическом растворе;
- 2)  $\text{Ca}(\text{OH})_2$  + йодоформ;
- 3) йодоформ.

Результаты исследования показали, что эффективность первой и второй групп была приблизительно одинакова, в то время как йодоформ в чистом виде на указанные культуры не действовал.

При проведении теста на прямое воздействие препарата были получены следующие результаты: эффективность первой и второй групп также была одинакова, а йодоформ в чистом виде не действовал ни на смесь микробов, ни на *B. subtilis* в отдельности.

Бразильская группа исследователей проверила активность паст гидроксид кальция/камфорный парамоноклорфенол/гли-



церин, содержащих разные количества йодоформа, на облигатных анаэробных микроорганизмах. Исследование показало, что добавление йодоформа не изменяет антибактериальные свойства пасты (Siqueira Jr. J.F. et al., 1997).

Еще одно исследование было проведено в области детской стоматологии (Reddy S., Ramakrishna Y., 2007). Выделенные 23 вида бактерий изолировали из КК молочных моляров с апикальным периодонтитом. Результаты исследования показали, что Metarex проявил самый слабый эффект.

Похожий результат был получен Blanscet M.L. et al., (2008). Использовали смеси порошка гидроксида кальция с физраствором — UltraCal XS и йодоформ-содержащий Vitarex. Проверку проводили на 6 эндопатогенах агаровым диффузным тестом. Было показано, что зона ингибирования у Vitarex самая маленькая.

Другими словами, Vitarex и Metarex в перечисленных исследованиях дали результат худший, чем чистый порошок гидроксида кальция.

Чтобы оценить противомикробные свойства йодоформа и гидроокиси кальция в составе других цементов, таких как паста Vitarex и паста Calen с оксидом цинка, исследователи проверяли образцы паст со 100% содержанием этих веществ. Как показали результаты, и 100% паста йодоформа и паста Vitarex с его содержанием одинаково хорошо проявили себя в ходе эксперимента.

В исследовании [8] оценили противомикробные свойства 5 материалов для obturации корневых каналов и обнаружили, что два материала – Vitarex и 100% йодоформная паста – эффективнее прочих уничтожают микробные биопленки. На основании результатов текущего исследования и изучения других работ авторы предположили, что эффективность пасты Vitarex связана с активностью йодоформа. Так, при использовании 100% йодоформа погибло практически 70% микробных комплексов. Йодоформная паста без добавок и Vitarex, в состав которого также входит йодоформ, лучше разрушают микробные биопленки. При этом Vitarex пригоден для пломбирования каналов временных зубов,

В то же время к отрицательным свойствам йодоформ-содержащих препаратов авторы относят:

1. возможные аллергические реакции (Hensten A., Jacobsen N., 2005; Ijima S., Kuramochi M., 2002);
2. окрашивание тканей зуба ([Kupietzky A. et al., 2003](#));
3. не полностью вымываются из канала;
4. плохо рассасываются при выведении за апекс;
5. нарушение адгезии эпоксидных силеров к дентину КК (Bartanovsky E., Solomonov M. et al., 2014).

**Выводы.** Препараты на основе йодоформа не обладают длительным и широким спектром действия.

На основании проведенных исследований, не рекомендуется использование препаратов на основе йодоформа в качестве препаратов первого выбора при апикальном периодонтите. Вместо этого, рекомендуется использовать более эффективные и безопасные альтернативы, такие как пасты гидроксид кальция/камфорный парамоноклорфенол/глицерин, которые не содержат йодоформа и обладают более широким спектром действия.

### Литература

1. Maisto O.A., Erausquin J., Tissue reaction to root canal fillings with absorbable pastes // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology October 1969, Pages 567-578.
2. Fuss Z., Mizrahi A, Lin S., Cherniak O., Weiss E.I. A laboratory study of the effect of calcium hydroxide with iodine or electrophoretically activated copper on bacterial viability in dentinal tubules // Int. Endod. J. – 2002. – Jun, N 35 (6). – P. 522–526.
3. Castagnola L, Orlay HG. Treatment of grangene of the pulp by the Walkhoff method. //Br Dent J. 1952; 93: 93-102.
4. Estrela C, Estrela CRA, Hollanda AC, Almeida Decurcio D, Pécora JD Influence of iodoform on antimicrobial potential of calcium hydroxide // [J Appl Oral Sci.](#) 2006 Feb; 14(1): 33–37.
5. Blanscet ML, Tordik PA, Goodell GG. An Agar Diffusion Comparison of the Antimicrobial Effect of Calcium Hydroxide at Five Different Concentrations with Three Different Vehicles // [Journal of Endodontics](#) November 2008 34(10):1246-8.

6. Ламли, Ф. Практическая клиническая эндодонтия / Ф. Ламли. - М.: МЕДпресс-информ, 2020. – С. 205.
7. Thomas M., Satish Chandra, Shaleen Chandra, Pandey R.K. Elimination of infection in pulpectomized deciduous teeth: A short-term study using iodoform paste / Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology [vol/20/issue/5](#) May 1994, Pages 233-235.
8. [Pilownic](#) KJ, [Carvalho](#) CN, [Romano](#) AR, [Morgental](#) RD, [Shen](#) Ya, [Haapasalo](#) M, [Pappen](#) FG Antibiofilm Activity of Five Different Endodontic Filling Materials Used in Primary Teeth Using Confocal Laser Scanning Microscopy / *Pediatr Dent.* 2017 Mar 15;39(2):145-149.
9. Pedrotti D, Bottezini PA, Casagrande L, Braga MM, Lenzi TL. Root canal filling materials for endodontic treatment of necrotic primary teeth: a network meta-analysis / *Eur Arch Paediatr Dent.* 2022 Nov 24. doi: 10.1007/s40368-022-00766-y.
10. Bartanovsky E, Keinan D, Moshonov J, Solomonov M. The effect of iodine containing materials on the bonding strength of AH26 / *Endodontic Practice.* November 2014.
11. Siqueira Jr JF, Lopes HP, Magalhães FAC, Uzeda M. Atividade antibacteriana da pasta de hidróxido de cálcio/ paramonocloro-fenolcanforado/ glicerina contendo diferentes proporções de iodofórmiosobre bactérias anaeróbias estritas e facultativas. *Rev Paul Odontol.*1997;19:17-21.

УДК 616.31-003:085

Ушницкий И.Д., Алексеева Т.В., Иванова А.А.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ МЕСТНЫХ  
ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ  
ТКАНИ, СВЯЗАННЫХ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ  
АНОМАЛИЯМИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени  
М.К. Аммосова», ГАУ РС (Я) «Якутский специализированный  
стоматологический центр», Якутск*

Патология зубочелюстной системы у детей и подростков с ДСТ изучается врачами стоматологами и не теряет свою актуальность (Митронин А.В. и др., 2020; Stephen H.R., Robert D.K., 2020). При этом результаты исследований внедряются в работу врачей-ортодонтот, кабинетов, отделений, тем самым планируется профилактика, лечение и диспансеризация ортодонтической помощи детскому населению (Черемкина А.С. и др., 2015; Ушницкий И.Д. и др., 2017; Тимохина В.Э., 2018; Кудрявцева Т.В. и др., 2019).

Существует два типа профилактических мер зубочелюстных аномалий, которые связаны с пренатальными и постнатальными мероприятиями (Давыдов Б.Н. и др., 2018; Smith M.H. et al., 2018). Пренатальная профилактика включает восстановление рационального режима дня беременной женщины с установлением нервно-эндокринного баланса с удалением всех факторов, которые могут влиять на развитие плода (внутриутробная гипотрофия, инфекционные болезни, хронические болезни, отравления), борьба со всевозможными инфекционными заболеваниями и токсокозом, проведение санации полости рта и активизация санитарно-просветительской работы (Луценко Ю.А. и др., 2019). В постнатальном периоде профилактические мероприятия включают широкий спектр возрастных особенностей. Так, до 6 месяцев необходимо выявить наличие врожденных мальформаций и нарушений в челюстно-лицевой области. Кроме того, требуется коррекция укороченной уздечки языка, а также своевременное выявление и удаление по показаниям преждевременно прорезавшихся временных зубов.

Мероприятия до трех лет включают профилактику кариеса, где выполняется санация дыхательных путей, проводится наблюдение за движением языка при глотании (при сомкнутых зубных рядах кончик языка должен располагаться в области верхних фронтальных зубов с небной стороны) (Коршунов А.П., 2019; Brignardello-Petersen R., 2019). Тем временем уделяется внимание на избавление от сосательных привычек и на прорезывание зубов в срок, на их положение, форму и тип смыкания, а также обеспечение сбалансированного питания ребенка, использование жесткой пищи при жевании. Кроме того, в возрасте до 6 лет имеют важное значение мероприятия, которые проводятся врачами-стоматологами, направленные на контроль роста челюстных костей, выявление общих и местных проявлений ДСТ. При этом организуются профилактические мероприятия зубочелюстных аномалий, связанные со своевременным протезированием, проведением избирательного пришлифовывания бугров зубов, динамическим контролем соотношения зубных рядов и формой зубных дуг (Махортова П.И. и др., 2018; Шкарин В.В. и др., 2020; Narutyunyan Yu. et al., 2020).

Следует отметить, что при проведении профилактики зубочелюстных аномалий и их лечения зубов у детей и подростков необходимо учитывать физиологические закономерности роста челюстных костей, выявление факторов риска и миофункциональных нарушений с учетом общих и местных фенотипических признаков ДСТ (Ушницкий И.Д. и др. 2016; Горяинова Л. В. и др., 2018). При этом принимает участие широкий спектр специалистов, который включает акушера-гинеколога, женскую и медико-генетическую консультацию, стоматологов-ортодонтон, ортопедов, педиатров, а также хирургов, отоларингологов, эндокринологов, педагогов-логопедов и др. (Мартынов А.И. и др., 2018; Тимохина В.Э., 2018; Ширшакова М.А. и др., 2019).

Необходимо отметить, что важным моментом является то, что меры предупреждения зубочелюстных аномалий необходимо проводить с учетом возраста ребенка, где наиболее благоприятным периодом является период активного роста челюстей (Ушницкий

И.Д. и др., 2015). В этот период диагностируются клинические признаки этиологических факторов, которые включают орофациальные дисфункции (Махортова П.И. и др., 2018; Чемоданов В.В. и др., 2018). Кроме того, в период сменного прикуса мероприятия по предупреждению зубочелюстных аномалий становятся менее эффективными. У детей с окклюзией постоянных зубов с ДСТ выявляются уже сформированные зубочелюстные аномалии, которые требуют комплексного стоматологического лечения (Никифорова Е.Ю. и др. 2016; Давыдов Б.Н. и др., 2018; Avanisyan V. et al., 2021). Кроме того, требуется уделение внимания раннему выявлению факторов риска патологии окклюзии у детей с ДСТ в период обслуживания врачом-педиатром, который выявляет снижение иммунитета, нарушение функций глотания, дыхания, речи и жевания, раннее искусственное вскармливание использование соски-пустышки, неправильную позу во время сна, и вредные привычки (Неудахин Е.В. и др., 2018). Между тем, наиболее эффективными в профилактике зубочелюстных аномалий являются плановые осмотры детского населения с целью выявления факторов риска и диагностики формирующихся или сформированных зубочелюстных аномалий. При этом немаловажное значение в профилактике имеют плановые санации в полости рта у детей и своевременное направление к ортодонту при выявлении общих и местных признаков ДСТ (Коршунов А.С., и др., 2020). В этой связи возникает необходимость периодического контроля за устранением у детей выявленных причинных факторов возникновения аномалий с активизацией санитарного просвещения и гигиенического обучения детей с ДСТ (Ксембаев С.С. и др., 2019; Shkarin V.V. et al., 2021).

Следует отметить, что до 12 лет предупреждение зубочелюстных аномалий у детей с ДСТ включает профилактику кариеса зубов и его осложнений, а также болезней пародонта, включая экстракцию зубов по ортодонтическим показаниям (Проскурина А.Н. и др., 2018; Вагнер В.Д. и др. 2019; Митронин А.В. и др., 2020, Stephen H.R. et al., 2020). Тем временем, данные мероприятия включают пластику уздечки языка, губ, углубление мелкого преддверия полости рта.

Для профилактики возникновения постурального синдрома необходимо своевременно выявлять общие и местные фенотипические признаки ДСТ, такие как: нарушение осанки, плоскостопия, кривошеи и т.д., где при необходимости следует направлять к различным специалистам (Никифорова Е.Ю. и др., 2015; Сметанин М.Ю. и др., 2018). При этом детей обучают правильному глотанию, произношению отдельных звуков речи, проводят лечебную ортодонтическую гимнастику для нормализации смыкания губ, носового дыхания, осанки. По показаниям применяют верхнегубные, подбородочные, поднижнечелюстные внеротовые тяги для задерживания роста одной из челюстей в период прорезывания вторых жевательных зубов (Хорошилкина Ф.Я. и др., 2014; Никифорова Е.Ю. и др., 2015; Давыдов Б.Н. и др., 2019; Кудрявцева Т.В. и др., 2019). В то же время проводится наблюдение за прорезыванием вторых жевательных зубов, премоляров. При задержке прорезывания премоляров следует решить вопрос сохранения или удаления временных моляров. При этом необходимо провести постоянный контроль за последовательностью прорезывания постоянных клыков, оптимального совпадения центральной линии между верхними и нижними центральными резцами, и средней лицевой плоскостью, а также своевременно выявлять ретенированные клыков и первых премоляров и их адентии (Никифорова Е.Ю. и др., 2013; Персин, Л.С., Чепиков Е.А., 2022; Avanisyan V. et al., 2020).

Важно отметить, что одной из ключевых мер по профилактике аномалий развития зубов и прикуса у детей и подростков с ДСТ являются сохранение или улучшение функции дыхания, жевания, фонетики и мимики, поскольку они стимулируют правильное развитие жевательных мышц и челюстей посредством моделирования формы альвеолярных отростков (Никифорова Е.Ю. и др. 2017; Мартынов А.И. и др., 2018). В связи с этим комплекс профилактических и лечебных мероприятий обязательно должен включать миотерапию (Никифорова Е.Ю. и др., 2019). Рациональный мониторинг вышеуказанных функций способствует устранению вредных при-

вычек с разработкой новых рефлексов, которые обеспечивают нормальное развитие альвеолярно-зубного аппарата у детей с ДСТ (Ушницкий И.Д. и др., 2017; Кудрявцева Т.В. и др., 2019; Shkarin V.V. et al., 2019).

Необходимо отметить, что многие общесоматические заболевания у детей с ДСТ создают фон для формирования зубочелюстных аномалий, которые включают рахит, хронические заболевания носоглотки, частые респираторные инфекции, болезни желудочно-кишечного тракта, эндокринные и другие заболевания (Ушницкий И.Д. и др., 2015). У таких детей стоматологический статус характеризуется как неблагоприятный, поскольку выявляется множественный кариес и его осложнения, генерализованный гингивит, а также различные зубочелюстные аномалии (Никифорова Е.Ю. и др., 2015; Давыдов Б.Н. и др., 2020). Кроме того, у детей с ДСТ определяется мофологическая и функциональная незавершенность всех систем организма ребенка, что провоцирует высокую ранимость и формирование коморбидных ситуаций. При этом в школьном возрасте чрезвычайно быстрый темп последующего созревания и развития органов и систем ребенка обеспечивает хорошие резервы компенсации, но при условии раннего выявления причинных факторов, внимательном отношении к возникающим отклонениям и своевременной их коррекции (Никифорова Е.Ю. и др., 2014; Кудрявцева Т.В. и др., 2019).

В литературных источниках имеются сведения о неоднозначных ответах в отношении сроков ортодонтического лечения. При этом широкое изучение местных фенотипических признаков ДСТ позволило выявить, что нелеченные зубочелюстные аномалии при временном прикусе приводят к выраженным деформациям челюстных костей, оказывают негативное воздействие на формирование ВНЧС и лицевого скелета в целом (Никифорова Е.Ю. и др., 2014; Блинов М.С. и др., 2018; Попова Н.В. и др., 2019; Шкарин В.В. и др., 2020; Avanisyan V. et al., 2020). В связи с этим аномалии временного прикуса рассматриваются как прогрессирующие нарушения формирования зубочелюстной системы, которые требуют



неотложных лечебно-профилактических мероприятий. При этом результаты своевременного лечения обуславливают высокую эффективность, что создает условия для нормального развития зубочелюстной системы ребенка (Арсенина О.И. и др., 2021).

Таким образом, методы профилактики и комплексного лечения зубочелюстных аномалий у детей с ДСТ охватывают широкий спектр медицинских и социальных факторов, которые необходимо учитывать для совершенствования оказываемой лечебно-профилактической стоматологической помощи. Такая ситуация диктует необходимость проведения исследовательских работ, направленных на совершенствование профилактики, диагностики, лечения местных проявлений ДСТ у детей школьного возраста, которое имеет важное научно-практическое значение.

### Литература

1. Айрапетян Л. А. Ассоциация полиморфизмов генов фолатного цикла с некоторыми признаками дисморфогенеза при дисплазии соединительной ткани / Л. А. Айрапетян // Вестник молодого ученого. – 2018. – №4. – С. 27-30.
2. Активность мышц у пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава: роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани / М. С. Блинов, И. И. Бородулина, Г. А. Гребнев [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. – Т.1, №1. – С.108-111.
3. Аппаратурные методики мониторинга стоматологического лечения пациентов с цервикобрахиалгией / А.В. Митронин, А.В. Болдин, Т.С. Заушникова [и др.] // Эндодонтия Today. – 2020. – Т.18. – №4. – С.44-49.
4. Арсентьев В. Г. Дисплазии соединительной ткани как конституциональная основа полиорганных нарушений у детей: автореф. дис. ...д-ра. мед. наук / В. Г. Арсентьев. – Санкт-Петербург, 2018. – 42 с.
5. Биометрическая характеристика изменений твердого неба у детей с дисплазией соединительной ткани / Ушницкий И. Д., Никифорова Е. Ю., Аммосова А. М. [и др.] // Эндодонтия

Today. – 2016. – №.4 – С.29-31

6. Биометрические особенности зубочелюстной системы у детей с дисплазией соединительной ткани / Никифорова Е. Ю., Ушницкий И. Д., Аммосова А. М. [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера: сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 20-летию стоматологического отделения ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова». – Якутск, 2016. – 231-236.
7. Вагнер, В.Д. Изучение возрастных изменений минерального компонента и органического матрикса эмали зубов человека методами электронной и атомно-силовой микроскопии / В.Д. Вагнер, В.П. Конев, А.С. Коршунов // Клиническая стоматология. – 2019. – Т.91. – №3. – С.4-6.
8. Возможности лечения дисплазии соединительной ткани у детей и подростков (литературный обзор) / В. А. Кучеров, Ю. А. Кравцов, М. В. Яворская [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2019. – №2. – С.20-25.
9. Никифорова Е. Ю. Особенности изменений высоты свода твердого неба у детей с дисплазией соединительной ткани / Никифорова Е. Ю., Ушницкий И. Д., Аммосова А. М. [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера: сборник статей межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию Медицинского института СВФУ имени М.К. Аммосова. – Якутск, 2017. – С.126-129.
10. Изучение приверженности пациентов стоматологической клиники к соблюдению профилактических мероприятий в полости рта / Т.В. Кудрявцева, В.В. Тачалов, Е.С. Лобода [и др.] // Пародонтология. – 2019. – Т. 24. – №2. – С.167-172.
11. Клинико-инструментальная оценка форм и синдромов недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Ю. А. Луценко, Н. С. Черкасов, О. В. Давыдова [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2019. — Т.71, №3. – С. 58-61.

12. Клинико-инструментальная оценка форм и синдромов недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей / Ю.А. Луценко, Н.С. Черкасов О.В., Давыдова [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2019. – №3. – Т.71. – С.58-61.
13. Клинико-функциональное обоснование нового подхода к повышению уровня стоматологического здоровья / С. С. Ксембаев, Н. Е. Пермякова, А. К. Салахов [и др.] // Актуальные вопросы медицинской профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний. – Минск, 2019. – С.66-71.
14. Клинико-эпидемиологическая характеристика стоматологических заболеваний у детей с дисплазией соединительной ткани, проживающих в Республике Саха (Якутия) / И. Д. Ушницкий, Е. Ю. Никифорова, А. М. Аммосова [и др.] // Актуальные проблемы стоматологии Арктического региона, современные тенденции и перспективы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний. Материалы I Арктического стоматологического форума. – Архангельск, 2015. – С.102-104.
15. Краснова Е. Е., Чемоданов В. В., Шлыкова О. П. Основные направления лечения детей с билиарными дисфункциями, ассоциированными с дисплазией соединительной ткани // Лечащий врач. – 2019. – Т.19, №9. — С.40-43.
16. Мартынов, А.И. Национальные рекомендации российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазией соединительной ткани / А.И. Мартынов, Г.И. Нечаева, Е.В. Акатова // Медицинский вестник Северного Кавказа. –2018. –Т. 13. – №12. –С.137-209
17. Никифорова Е. Ю. Основные стоматологические заболевания и фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани, проявляющиеся в зубочелюстной системе у детей, проживающих в условиях высоких широт / Е. Ю. Никифорова, И. Д. Ушницкий, А. М. Аммосова [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера: сборник статей межрегиональной

- научно-практической конференции, посвященной 95-летию стоматологической службы Республики Саха (Якутия). – Якутск, 2015. – С.236-241.
18. Никифорова Е. Ю. Стоматологический статус у детей города Якутска с дисплазией соединительной ткани / Никифорова Е. Ю., Ушницкий И. Д., Черёмкина А. С. [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера: сборник статей научно-практической конференции, посвященной 30-летию отделения челюстно-лицевой и пластической хирургии республиканской больницы №2. – Якутск, 2013. – С.63-67.
  19. Никифорова Е. Ю. Фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани и их проявления в полости рта у детей Северо-Востока России / Е. Ю. Никифорова, И. Д. Ушницкий, А. С. Черемкина [и др.] // Актуальные проблемы стоматологии Арктического региона, перспективы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний. – Архангельск, 2015. – С.104-105.
  20. Никифорова Е. Ю. Характеристика фенотипических признаков зубочелюстной системы при дисплазии соединительной ткани у детей школьного возраста Якутии / Е. Ю. Никифорова, И. Д. Ушницкий, А. С. Черемкина [и др.] // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста: сборник научных статей V региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии. – Хабаровск, 2015. – С.216-218
  21. Никифорова Е. Ю., Ушницкий И. Д., Соколова К. В. Характеристика патологических процессов органов и тканей полости рта у детей с дисплазией соединительной ткани, проживающих в условиях Севера // Материалы XX Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии». – Омск, 2014. – С.205-206.
  22. Особенности аномалий окклюзии при недифференцированных дисплазиях соединительной ткани / В.В. Шкарин, С.В. Дмитриенко, Д.А. Доменюк [и др.] // Вестник Волгоградского

- государственного медицинского университета. – 2020. – Т.74. – №2. – С.171-173.
23. Особенности биофизических свойств и состава ротовой жидкости у детей с дисплазией соединительной ткани, проживающих в условиях высоких широт / Никифорова Е. Ю., Ушницкий И. Д., Аммосова А. М. [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2016. – Т.56, №4. – С.41-43.
24. Особенности созревания минерального компонента эмали ретинированных зубов при дисплазии соединительной ткани / В. П. Конев, В. Д. Вагнер, А. С. Коршунов [и др.] // Институт стоматологии. – 2019. – №3. – С.102-103.
25. Пат. 2672369 Российская Федерация. Способ определения высоты свода твердого неба у детей с дисплазией соединительной ткани / Ушницкий И. Д., Никифорова Е. Ю., Аммосова А. М.; заявитель и патентообладатель ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова» заявл. 21.07.2017; опубл. 14.11.2018 Бюл. № 32.
26. Пат.177476 Российская Федерация. Устройство для измерения высоты свода твердого неба / Ушницкий И. Д., Никифорова Е. Ю., Аммосова А. М.; заявитель и патентообладатель ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова» заявл. 21.07.2017; опубл. 26.02.2018 Бюл. №6.
27. Патогенетические особенности соматической патологии у детей с врожденной расщелиной губы и неба при сопутствующей дисплазии соединительной ткани / Е.В. Неудахин, А.Г. Притыко, А.Ю. Кугушев [и др.]. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – №13. – С.137-209.
28. Персин, Л.С. Экструзия и интрузия зубов при ортодонтическом лечении, осложненном одонтомами, одонтогенными кистами и травматическим поражением пародонта / Л.С. Персин, Е.А. Чепиков // Ортодонтия. – 2022. – Т.99. – №3. – С.84-85.
29. Повышение эффективности лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями зубных рядов с помощью Er, Cr: YSGG лазера: клиническое исследование / О.И. Арсенина, И.А. Шугайлов, А.Г. Надточий [и др.] // Стоматология. – 2021. – Т. 100. – №1. – С. 34-43.

30. Попова, Н.В. Пределы и возможности ортодонтического лечения пациентов со скелетными формами сагиттальных аномалий (клинический случай) / Н.В. Попова, О.И. Арсенина, П.И. Махортова // Ортодонтия. – 2019. – Т.1. – №85. – С. 52-60.
31. Проскурина, А.Н. Оценка показателей интенсивности кариеса зубов у пациентов с дисплазией соединительной ткани / А.Н. Проскурина, М.Г. Варданян, А.Э. Кочарова // Евразийское научное объединение. – 2018. – № 12-3. – С. 1-3.
32. Роль дисплазии соединительной ткани в течении муковисцидоза у детей. Клинико-генетические аспекты / Л. В. Горяинова, П. В. Шумилов, Н. Ю. Каширская [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – №5. – С.20-28.
33. Роль оротата магния в лечении аритмического синдрома на фоне дисплазий соединительной ткани / Е. Н. Логинова, Ю. В. Москвина, Г. И. Нечаева [и др.] // Лечащий врач. – 2018. – №12. – С.50-53.
34. Сметанин, М.Ю. Гормональный профиль и показатели минерального обмена у женщин с дисплазией соединительной ткани / М.Ю. Сметанин, Л.Т. Пименов, Т.Е. Чернышова // Практическая медицина. – 2018. – Т. 112. – №1. – С.140-143.
35. Совершенствование стоматологической помощи детям и подросткам с дисплазией соединительной ткани, проживающих в условиях Республики Саха (Якутия) / Никифорова Е. Ю., Ушницкий И. Д., Аммосова А. М. // Методические рекомендации. – Якутск: Издательский дом СВФУ, 2019. – 24 с.
36. Современные аспекты проблемы стоматологических заболеваний у детей с дисплазией соединительной ткани / Ушницкий И. Д., Никифорова Е. Ю., Аммосова А. М. [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2015. – Т.52, №4. – С.85-91.
37. Стоматологический статус детей с дисплазией соединительной ткани, проживающих в Республике Саха (Якутия) / Никифорова Е. Ю., Ушницкий И. Д., Аммосова А. М. // Вестник Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова. – 2015. – Т.12, №2. – С.124 -128.

38. Структура минерального компонента эмали ретинированных зубов в постнатальном периоде онтогенеза при дисплазии соединительной ткани / А.С. Коршунов, В.П. Конев, С.Н. Московский [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – Т. 20. – №6. – С. 43-47.
39. Тимохина, В.Э. Дисплазия соединительной ткани у юных и молодых спортсменов: обзор литературы / В.Э. Тимохина, К.Р. Мехдиева, Ф.А. Бляхман // Человек. Спорт. Медицина. – 2018. – Т. 18. – №3. – С. 101-112.
40. Тимохина, В.Э. Дисплазия соединительной ткани у юных и молодых спортсменов: обзор литературы / В.Э. Тимохина, К.Р. Мехдиева, Ф.А. Бляхман // Человек. Спорт. Медицина. – 2018. – Т. 18. – №3. – С. 101-112.
41. Трофименко И. Н. Поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани / И. Н. Трофименко, Б. А. Черняк // Пульмонология. – 2019. – №5. – С.604-611.
42. Ушницкий И. Д. Характеристика биологических факторов риска стоматологических заболеваний у детей с дисплазией соединительной ткани, проживающих в условиях высоких широт / И. Д. Ушницкий, Е. Ю. Никифорова, А. М. Аммосова [и др.] // Актуальные вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Сборник научных трудов Краевой научно-практической конференции стоматологов и челюстно-лицевых хирургов. – Чита, 2017. – С.139-143.
43. Ушницкий И. Д. Характеристика фенотипических признаков и стоматологического статуса детей с дисплазией соединительной ткани, проживающих в центральной Якутии / И. Д. Ушницкий, Е. Ю. Никифорова, А. М. Аммосова [и др.] // Материалы I Всероссийского Сибирско-Азиатского стоматологического форума с международным участием. – Улан-Удэ. 2015. – С. 172-176.
44. Фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани, проявляющиеся в зубочелюстной системе у детей школьного возраста Якутии / Никифорова Е. Ю., Ушницкий И. Д., Аммосова А. М. [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – №3. – С.62-64.

45. Хорошилкина, Ф.Я. Особенности морфологии нижней границы верхнечелюстной пазухи при различных видах окклюзии зубных рядов / Хорошилкина Ф., Чобаян А., Чобаян А. // Эндодонтия Today. – 2014. –Т.12. –№2. – С.14-18.
46. Чемоданов В. В. Принципы медицинского сопровождения детей с дисплазией соединительной ткани / В. В. Чемоданов, Е. Е. Краснова // Лечащий врач. – 2018. – №11. – С.66-69.
47. Черемкина А. С. Характеристика патологических процессов органов и тканей полости рта у детей школьного возраста Якутии / А. С. Черемкина, И. Д. Ушницкий, Е. Ю. Никифорова [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера: сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 95-летию стоматологической службы Республики Саха (Якутия). – Якутск, 2015. – С.269-273.
48. Ширшакова, М. А. Коррекция косметического синдрома при дисплазии соединительной ткани с помощью филлера на основе гидроксиапатита кальция / М. А. Ширшакова, Е. А. Морозова, Д. С. Соколова // Косметика и медицина. – 2019. – №1. – С.50-55.
49. Эффективность ортодонтно-хирургического лечения пациентов с сужением верхней челюсти в период постоянного прикуса / П.И. Махортова, О.И. Арсенина, Н.В. Попова [и др.] // Стоматология. – 2018. – Т. 97. – №2. – С.30-31.
50. Avanisyan V. Morphology of facial skeleton in children with undifferentiated connective tissue dysplasia/ V. Avanisyan, G. Al-Harazi, Yu. Harutyunyan // Archiv EuroMedica. –2020. –Vol. 10. – № 3. –P.130-141.
51. Brignardello-Petersen, R. Toothbrushing once per day or more is associated with fewer periodontal pockets, but increasing the frequency may not result in important differences / R. Brignardello-Petersen // The Journal of the American Dental Association. – 2018. – Vol.149. – №6. – P.93-96.
52. Harutyunyan Yu. Undifferentiated connective tissue dysplasia as a key factor in pathogenesis of maxillofacial disorders in children and adolesce /Yu. Harutyunyan, D.A. Domenyuk, S.V.



- Dmitrienko // Archiv EuroMedica. –2020. –Vol. 10. – № 2. –P. 83-94.
53. Rodney G. Comment on: the multisystemic nature and natural history of joint hypermobility syndrome and Ehlers-Danlos syndrome in children: reply / G. Rodney // Rheumatology. – 2018. – Vol. 57, № 12. – P. 2250–2251.
54. Smith M. H. Segmental odontomaxillary dysplasia / M. H. Smith, D. M. Cohen, J. Katz // American Dental Association. – 2018. – Vol.149. – №2. – P.153-162.
55. Stephen, H. R. Intraoral and extraoral hyperpigmentation and an expansile mandibular lesion / H. R. Stephen, D. K. Robert // The journal of the American dental association. – 2020. – Vol.149. – P.153-162.
56. Uttarilli A. Phenotyping and genotyping of skeletal dysplasias: Evolution of a center and a decade of experience in India / A. Uttarilli // Bone. – 2019. – Vol. 120. – P. 204- 211.

**Фефелов А.А.**  
**ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ**  
**ПЛАЗМОЛИФТИНГА В МОДЕЛИ**  
**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТА**  
*ГАУЗ Краевая стоматологическая поликлиника, г. Чита*

Хронический пародонтит – это остеоиммунное заболевание полости рта, поражающее пародонтальный аппарат зуба, обусловленный нарушением симбиотических отношений между оральной флорой и иммунной системой хозяина и характеризующейся последовательными периодами обострения, за которыми следуют периоды ремиссии, вызывая при этом, прогрессирующую деструкцию костной ткани и потерю зубов [7].

Рекрутированные в очаг воспаления лейкоциты, осуществляя борьбу с патогеном, не только вызывают развитие вторичной альтерации, но и имеют возможность изменять функциональную активность эндотелиоцитов [3].

Основной целью нехирургического лечения пародонтита является не только достижение длительного контроля над воспалительным процессом, а и восстановление тканей пародонта, обусловленное сформированным новым соединительнотканным прикреплением, в том числе, за счет образования нового функционального цемента с встраиванием новых коллагеновых волокон в ту часть поверхности корня, на которой отсутствует периодонтальная связка [5]. В основе лечения плазмой, содержащей тромбоциты (PRP) лежат следующие механизмы:

- участие в распознавании патогенов [2],
- снижение адгезии патогенных пародонтальных бактерий [8],
- выделение белков, способных подавлять активность бактерий и грибов [13],
- активация антитело-зависимой клеточной цитотоксичности [4],
- привлечение и моделирование функции лейкоцитов [4],
- выделение белыми кровяными тельцами факторов роста (фактор роста тромбоцитов (PDGF), трансформирующий фактор роста (TGF- $\beta$ ) и инсулиноподобный фактор роста (IGF-I)) [6]. Факторы роста регулируют биологическую активность, включая пролиферацию, адгезию, миграцию и клеточную

дифференцировку в первую очередь мезенхимальных клеток в костной и соединительной ткани [9].

Выяснение молекулярных механизмов, ответственных за разрушение пародонта необходимо для поиска перспективных терапевтических подходов, направленных на модулирование реакции хозяина при хроническом пародонтите.

**Цель исследования:** оценить противовоспалительные эффекты плазмолифтинга в модели экспериментального пародонтита у крыс.

**Материалы и методы исследования.** Экспериментальный пародонтит формировали у крыс породы Wistar с начальной средней массой 219,83 г. Животные были отобраны в соответствии с критериями включения (самец, порода крыс породы Вистар, вес 200–300 г, возраст 18–20 недель). Критерием исключения являлись видимые признаки болезни животного. Животные получали свободный доступ к пище и воде. Это исследование проводилось в условиях 12-часового цикла свет-темнота при  $23 \pm 3^\circ\text{C}$  (с 8:00 до 20:00), влажность  $55 \pm 15\%$ , освещение при от 150 до 300 люкс. Эксперименты на животных проводились в соответствии с национальными рекомендациями для ухода и использования лабораторных животных, одобренных Комитетом по этике животных.

Животные были разделены на четыре группы по 10 особей в каждой группе: три опытные и одна контрольная группа. Все три группы получали одинаковый режим содержания и кормления.

Первая опытная группа – животные с экспериментальным пародонтитом, не получающие терапии.

Вторая опытная группа – животные с экспериментальным пародонтитом, получающие инъекции плазмы (3 инъекции через 3 суток каждая). У животных проводили забор крови из подключичной вены в количестве 1 мл, центрифугировали 10 минут при 1500 об/мин, отбирали плазму, содержащую тромбоциты.

Третья опытная группа – животные с экспериментальным пародонтитом, с применением пленок фирмы «Диплен» с активными действующими компонентами «Метронидазолом» и «Хлоргексидином». Рассматриваемые пленки имеют гидрофильную и гидрофобную поверхности. При прикреплении пленки

гидрофильной поверхностью последняя плотно прилегает к слизистой оболочке. Впоследствии данные пленки постепенно рассасывались. Курс процедур составлял 10 дней.

У животных контрольной группы, второй и третьей опытных групп была также забрана кровь, а в пародонт были сделаны инъекции физиологического раствора с использованием той же техники и дозировки, что и у субъектов второй опытной группы для исключения влияния стресса, вызванного во время забора крови или процедуры введения инъекций.

Пародонтит моделировали путем отслойки десны концом копьевидного скальпеля (№ 11) в сочетании с инъекциями 10% раствора этилового спирта с 0,25% раствором новокаином в течение 7 дней [1].

Животных проверяли на наличие воспалительного процесса один раз в 10 дней. Оценка состояния пародонта оценивалась по следующим критериям:

- 0 – нормальная десна;
- 1 балл – легкое воспаление, небольшой отек, незначительное изменение цвета, отсутствие кровотечения при зондировании;
- 2 балла – умеренное воспаление, отек, шелушение, покраснение и кровоточивость при зондировании;
- 3 балла – тяжелое воспаление, сильное покраснение, наличие язв, отек и сильное кровотечение.

Подвижность зубов оценивали по следующим критериям:

- 0 – нет подвижности;
- 1 балл – небольшая подвижность (вестибулярно-небная);
- 2 балла – тяжелая подвижность (вестибулярно-небная и мезиально-дистальная);
- 3 балла – сильная подвижность (вертикальная, зуб перемещается в розетку и из розетки).

Ткани экспериментальных животных фиксировали в 4% формальдегиде (рН 7,5) в течение ночи при 4°C, а затем переносили в декальцинирующий раствор с 0,5 М ЭДТА-Na (рН 7,5–8,0) на 4 недели, затем заливали их в парафин и делали срезы. Гистологические срезы делались на уровне резцов обеих челюстей и окрашивались гематоксилин-эозином и методом Ван-Гизона.

## Гистологические критерии оценки воспаления пародонта

Оценка	Степень поражения
0 (отсутствие) баллов	Нет
1 (незначительная) балл	Незначительная гиперплазия десневого эпителия и воспалительная клеточная инфильтрация. Нет существенные изменений в пародонтальной связки или пародонтальном кармане
2 (легкая) балла	Легкая гиперплазия десневого эпителия и воспаление. Небольшое нарушение пародонтальной связки.
3 (умеренная) балла	Эрозия и изъязвление десневого эпителия и умеренная инфильтрация воспалительными клетками.
4 (тяжелая) балла	Эрозия и изъязвление десневого эпителия и сильное воспаление.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием однофакторного дисперсионного анализа Крускал-Уоллисса. Результаты в таблицах представлены как среднее (M), и среднеквадратичное отклонение (SD). Достоверность различий между группами (p) оценивали при помощи попарных сравнений Двасса-Стила-Кричлоу-Флигнера.

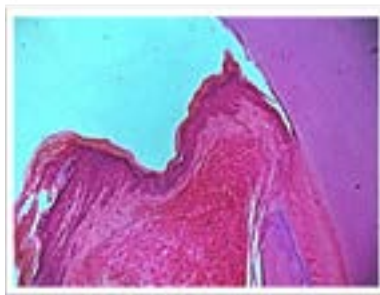
### Результаты исследования.

Ткани пародонта контрольной группы животных не имели ни клинических, ни гистологических изменений.

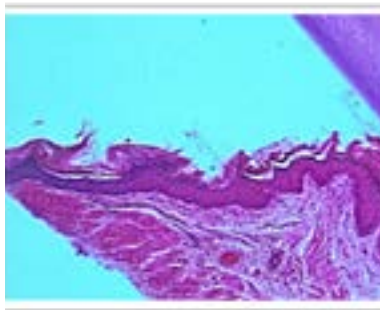
В первые сутки моделирования пародонтита ткани десны экспериментальных групп имели нормальный вид, гладкую консистенцию, светло-розовый цвет. Прикрепленная десна была прочно связана к подлежащим структурам, в то время как свободный край десны имел четкий контур, повторяющий цементно-эмалевое соединение соседних зубов. На десятые сутки эксперимента клинический вид десны изменился – макроскопический вид в месте хронической механической травмы стал цианотичным, со значительным отеком вокруг исследуемых зубов. Свободный край десны стал неровным, появились остатки пищи.

Гистологическая картина показывала наличие пародонтального кармана, инфильтрацию тканей лейкоцитами, макрофа-

гами, фибробластами, утолщение слоя эпителия десны, разрушение периодонта и резорбция костных балок альвеол (рис. 2).



**Рисунок 1. Пародонт на первые сутки эксперимента.  
Окраска гематоксилин-эозином; увеличение X400.**



**Рисунок 2. Пародонт на десятые сутки эксперимента.  
Окраска гематоксилин-эозином; увеличение X400.**

Лечебный эффект и плазмолифтинга, и стандартной терапии проявлялся уменьшением фибриновых наложений, санацией пародонтального кармана, формированием вторичного пародонтального прикрепления. Отмечалось ограничение зоны инфильтрации. Однако терапевтический эффект плазмолифтинга был более выраженным (табл. 1).

Таблица 1

**Гистологическая и клиническая оценка  
 воспаления пародонта, M±SD**

Показатели/ группы	Клиническая оценка воспалительного процесса, баллы	Подвижность зубов, баллы	Гистологическая оценка воспалительного процесса, баллы
Контрольная группа	0±0	0±0	0±0
Первая опытная группа до начала терапии	2,89±0,61 p1=0,016	1,82±0,20 p1=0,016	2,95±0,22 p1=0,015
Первая опытная группа через 10 дней от начала терапии	0,19±0,13 p1=0,011 p3=0,005	0,79±0,52 p1=0,011 p3=0,005	1,05±0,32 p1=0,01 p3=0,005
Вторая опытная до начала терапии	2,90±0,57 p1=0,016	1,82±0,21 p1=0,016	2,97±0,20 p1=0,016
Третья опытная группа через 10 дней от начала терапии	1,88±0,22 p1=0,012 p2=0,003 p3=0,016	1,51±0,17 p1=0,013 p2= 0,008 p3=0,076	1,46±0,23 p1=0,011 p2=0,084 p3=0,007
Тест Крускал- Уоллиса	X <sup>2</sup> =40,1, p<0,001	X <sup>2</sup> =37,1, p<0,001	X <sup>2</sup> =40,7, p<0,001

*Примечание: p1 – уровень статистической значимости различий по сравнению с группой контроля, p2 – по сравнению с группой животных с экспериментальным пародонтитом, получающих плазмолифтинг, p3 – по сравнению с началом и окончанием терапии.*

Крысы не страдают пародонтитом, поэтому методы индуцирования пародонтита у этого вида животных требуют или бактериальной инокуляции, или механического повреждения путем наложения лигатуры или как в нашем случае – отслойки пародонта, что приводит к воспалению десен и, в конечном итоге, к потере костной массы [12].

Основными компонентами богатой тромбоцитами плазмы являются: факторы роста, лейкоциты, фагоциты, нативный фибриноген, vasoактивные и хемотаксические агенты, а также высокая концентрация тромбоцитов [10]. Концентрация тромбоцитов в ней в 3-4 раза выше концентрации по сравнению с их числом в кровотоке [11]. Так, количество тромбоцитов в полученной плазме может превышать 2 000 000 в 1 мкл, в то время как нормальная концентрация тромбоцитов в крови составляет от 150 000 до 350 000 в 1 мкл [11].

Тромбоциты, выделяя факторы роста, привлекают недифференцированные мезенхимальные клетки в зону воспаления и активируя пролиферацию предшественников соединительной ткани, стимулируя активность фибробластов и остеобластов, а также ангиогенез, улучшают процесс заживления.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что плазмолифтинг снижает воспалительную реакцию тканей, уменьшает подвижность зубов при экспериментальном пародонтите, что может быть опосредовано его противовоспалительными свойствами и влиянием на костный метаболизм.

### Литература

1. Кривошеева Е.М., Фефелова Е.В., Сепп А.В., Бородулина И.И., Бородулина Н.В. Эффективность адаптогенов при экспериментальном пародонтите на фоне гипергомоцистеинемии. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2010; № 3 (73): С. 221-225.
2. Цыбиков Н.Н. Материалы по взаимосвязи иммуногенеза и гемостаза в эксперименте. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Ленинградский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови. Ленинград, 1983
3. Цыбиков Н.Н., Доманова Е.Т., Зобнин В.В., Игнатов М.Ю., Масло Е.Ю., Исакова Н.В. Свойства десневой жидкости при остром гингивите и хроническом пародонтите. Российский стоматологический журнал. 2012; № 1: С. 40-42.



4. Шишкова Ю.С., Филимонова О.И., Емелина А.С., и др. Изучение влияния богатой тромбоцитами аутоплазмы на иммунный статус полости рта пациентов с несъемными зубными протезами. *Российский иммунологический журнал*. 2017; Т. 20. (3): С. 577-579.
5. Carmagnola D, Pellegrini G, Dellavia C, et al. Tissue engineering in periodontology: Biological mediators for periodontal regeneration. *Int J Artif Organs*. 2019; 42(5):241–257.
6. Crisci, A.; De Crescenzo, U.; Crisci, M. Platelet-rich concentrates (L-PRF, PRP) in tissue regeneration: Control of apoptosis and interactions with regenerative cells. *J. Clin. Mol. Med*. 2018, 1, 1000116.
7. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN: Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Primers*. 2017,3:17038. 10.1038/nrdp.2017.38
8. Pham TAV, Tran TTP, Luong NTM. Antimicrobial Effect of Platelet-Rich Plasma against *Porphyromonas gingivalis*. *Int J Dent*. 2019 May 13;2019:7329103. doi: 10.1155/2019/7329103.
9. Qiao, J.; Duan, J.; Zhang, Y.; Chu, Y.; Sun, C. The effect of concentrated growth factors in the treatment of periodontal intrabony defects. *Futur. Sci. OA* 2016, 2, FS136.
10. Rattanasuwan K, Rassameemasmaung S, Kiattavorncharoen S, et al. Platelet-rich plasma stimulated proliferation, migration and attachment of cultured periodontal ligament cells. *Eur J Dent*. 2018; 12(04):469–474.
11. Sathya Priya Eshwar S, et al. Platelet Rich Plasma in Periodontal Therapy. *J. Pharm. Sci. & Res*. 2017; 9(6): 965–971.
12. Tomina, D.; Roman, A.; Condor, D.; Dinu, C.; Petruțiu, S.A. Experimental Rat Model—Is It Still Used?—Review Article. *HVM Bioflux* 2017, 9, 130–136.
13. Varshney, S.; Dwivedi, A.; Pandey, V. Antimicrobial effects of various platelet rich concentrates-vibes from in-vitro studies-a systematic review. *J. Oral Biol. Craniofacial Res*. 2019, 9, 299–305.

**Шаповалова Н.М.**  
**ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ВЫПУСКНИКОВ**  
**СПЕЦИАЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЯ**  
**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ НА ТЕРРИТОРИИ**  
**ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

*Государственное профессиональное образовательное учреждение  
«Читинский медицинский колледж», г. Чита*

Распространенность стоматологических заболеваний в Забайкальском крае, как и в РФ, среди взрослого населения приближается к 100%. Наиболее частой причиной стоматологических заболеваний является плохая и нерациональная гигиена полости рта. К тому же, население недостаточно информировано о правильном выборе средств гигиены и методах чистки зубов.

Профилактическая стоматология подтверждает свою необходимость и актуальность в России. Гигиенический уход за полостью рта должен стать для каждого человека потребностью, одним из критериев его личной гигиены.

В развитии кариеса зубов большое значение имеет зубной налет - биопленка. Это плотно прикрепленное к поверхности зуба образование, состоящее из бактерий, расположенных внутри органической матрицы. Локализация биопленки наблюдается в труднодоступных для очищения участках полости рта: фиссурах жевательных зубов, на проксимальных поверхностях, в области десневого края.

На скорость образования зубного налета влияют навыки гигиены полости рта, консистенция пищи, количество потребляемых углеводов, скорость секреции и свойства слюны. Имеют значение жевательная нагрузка, наличие ортопедических и ортодонтических конструкций и др. В течение суток зубной налет приобретает кариесогенный потенциал, обусловленный наличием ацидогенных бактерий (*Streptococcus mutans* и *Lactobacilli*). Продукты их жизнедеятельности – органические кислоты - вызывают локальное снижение pH. В результате чего происходит деминерализация эмали – развивается кариес в стадии

белого кариозного пятна с последующим прогрессирующим в кариозную полость.

Признано, что стоматология является одним из направлений здравоохранения, где профилактика приносит наиболее существенные результаты[1]. Мировой опыт, научные исследования ученых убедительно доказали, что только целенаправленная эффективная профилактическая программа способна оказать существенное влияние на снижение уровня стоматологической заболеваемости.

В странах, где работают профилактические программы, стоматологическая заболеваемость снизилась в 2-4 раза. К примеру, в Канаде, где профессии гигиенист больше 50 лет и программы профилактики стоматологических заболеваний охватывают широкие слои населения, у людей сравнительно редко встречается кариозная болезнь.

Основоположником первой школы гигиенистов в 1906 году считают американского врача Альфреда Фонса. [3]

В нашей стране, к сожалению, очень долго такой специальности не было. Хотя гигиенисты стоматологические работали в России уже в далеком 1913 году. Но после революции эта замечательная специальность была утрачена. И только в 2001 году приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 33 от 06.02.2001 г. была утверждена специальность – «Стоматология профилактическая».

Лица, получающие среднее медицинское образование по данной специальности, квалифицируются как гигиенист стоматологический. Целью его деятельности являются:

- ведение санитарно-просветительной работы среди различных групп населения по воспитанию мотивации к использованию средств и методов индивидуальной гигиены полости рта, пропаганды здорового образа жизни и рационального питания;
- проведение профессиональной гигиены полости рта;
- использование реминерализующих средств с целью профилактики кариеса;
- проведение герметизации фиссур как метода первичной профилактики кариеса.

В Читинском медицинском колледже первый выпуск гигиенистов состоялся в 2006 году, всего на 2022 год 12 выпусков, подготовлено 194 специалиста.

В 2017 году 7 наших выпускников пригласили на работу в стоматологическое подразделение Детского клинического медицинского центра и распределили по школам в качестве гигиенистов стоматологических [2]. Школа № 27 была избрана площадкой для оценки эффективности работы гигиениста. Там проводилось обучение учащихся правилам гигиены полости рта, контролируемая чистка зубов, активно велось санитарно-гигиеническое просвещение, использовались экзогенные средства профилактики кариеса. Через 2 года, анализируя результаты работы гигиениста, главный детский стоматолог отметил улучшение состояния гигиены полости рта учащихся и показателей стоматологической заболеваемости. К сожалению, данный положительный опыт не имел продолжения, т.к. постепенно все гигиенисты перешли работать в частные структуры, где зарплаты оказались выше.

В Комсомольске–на-Амуре подготовка гигиенистов стоматологических ведется с 2011 года. Специалисты первых выпусков испытывали затруднения с трудоустройством по специальности. А затем эта проблема была решена: руководством Хабаровского края издано постановление, которое обязывает стоматологическое учреждение при прохождении лицензирования иметь в штате гигиениста и соответствующие условия для его работы (5). В нашем городе и Забайкальском крае пока очень трудно изыскать возможности для организации кабинетов профилактики в школах и бюджетных стоматологических учреждениях и трудоустройства гигиенистов для работы в них.

#### **Цель исследования:**

1. Изучение занятости выпускников специальности «Стоматология профилактическая» и среди работающих установить выполняемые функции;
2. Изучение обеспеченности гигиенистами стоматологических учреждений и школьных стоматологических кабинетов.

**Материалы и методы.** Из архива получены данные о количестве выпускников с 2006 по 2022 год. Путем опроса и анке-

тирования руководителей бюджетных и частных стоматологических учреждений получены приблизительные сведения о количестве работавших и работающих гигиенистов и их функциональные обязанности.

**Результаты и их обсуждение.** В бюджетных стоматологических учреждениях и в школьных стоматологических кабинетах нет должностей гигиенистов стоматологических. Наши выпускники востребованы лишь в частных стоматологических клиниках и около 48% получивших дипломы и сертификаты работали или работают в этих учреждениях. Они выполняют функции ассистентов (помощников) врача стоматолога, т.к. работа в «четыре руки» является современной методикой оказания стоматологической помощи. Около 25% из них имеют возможность проводить профессиональную гигиену полости рта на коммерческой основе.

И только в хозрасчетном стоматологическом отделении клиники ЧГМА имеется кабинет профилактики, прошедший лицензионную проверку. Там работает гигиенист стоматологический, выполняющий профессиональную гигиену.

Наибольшее количество наших выпускников работают в клиниках сети «ДентаЛюкс», «Медикс», «Эстом», «Дент-Мастер» и др., хотя следует отметить большую текучку этих кадров и, как следствие, ежегодную востребованность.

Около 11% выпускников разных лет учились или учатся на стоматологическом факультете ЧГМА. Как правило, они во внеучебное время работают помощниками врача стоматолога в частных клиниках

Остальная часть выпускников сменили профиль работы и получение образования по другим специальностям, или уехали за пределы нашего региона. С частью выпускников не смогли связаться и получить информацию об их занятости.



**Занятость выпускников специальности  
«Стоматология профилактическая»**

**Выводы:**

В современных условиях приоритет профилактического направления в медицинской деятельности является общепризнанным и законодательно утвержден в нашей стране Федеральным Законом от 21.11.2011 № 323 (ред.от 27.12.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

1. Профилактическая работа в Чите массово не организована из-за сложившихся трудностей в регионе, зачастую сводится лишь к мероприятиям по санации школьников врачами стоматологами по определенному графику.
2. В государственных стоматологических учреждениях не введены штатное расписание должности гигиенистов стоматологических и соответственно не организованы кабинеты профилактики.
3. Наши выпускники востребованы в частных стоматологических клиниках, где они выполняют функции «ассистента» врача стоматолога. 25% из них параллельно проводят профессиональную гигиену полости рта на коммерческой основе.

### **Литература**

1. Кузьмина Э.М., Янушевич О.О. Стоматология профилактическая г.Москва 2017
2. Кузьмина Э.М. Гигиенист стоматологический. Учебник- М., 2012-416 с.
3. Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта – М: Редакция журнала «Новое в стоматологии», 2002 г. 328 с.
4. Шаповалова Н.М. Стоматология-специальность молодая, перспективная и не востребованная. Сборник «Теория и практика современной стоматологии» г. Чита 2022 г.
5. [multiurok.ru/blog/statia-gigienist-stomatologicheski.html](http://multiurok.ru/blog/statia-gigienist-stomatologicheski.html)

**Яшнова Н.Б., Катман М.А., Максименя М.В., Яшнов А.А.**  
**УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ И ВЯЗКОСТЬ СЛЮНЫ**  
**У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**  
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита*

Слюна является секретом слюнных желез, которая представляет собой опалесцирующую жидкость с плотностью 1,001-1,017 г/мл, выполняющая важные функции такие, как пищеварительную, минерализующую, защитную, выделительную и регуляторную. При этом, жидкость которая находится в полости рта называется смешанной слюной, содержащая клетки эпителия, лейкоциты, микроорганизмы. Ротовая жидкость обеспечивает оптимальное состояние зубочелюстной системы и слизистой оболочки полости рта. Качественный и количественный состав слюны может изменяться и зависит от множества факторов: принятой пищи, времени суток, возраста и сопутствующей патологии, состояния центральной и вегетативной нервной системы.

Необходимо отметить, что смешанная слюна состоит из 98,5 % воды и сухого остатка, с наличием минерального (1/3 часть) и органического (2/3 части сухого остатка) компонентов. Вместе с тем, одним из важных свойств слюны является вязкость, которая может изменяться в зависимости от содержания муцина, представляющего собой высокополимеризованный гликопротеин, колеблющаяся в значениях от 1,2-2,4 пуаз. При этом, вязкость характеризует поверхностные свойства с помощью которых слюна может формировать защитную пленку на слизистой оболочке и эмали зубов.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) представляет собой одну из наиболее важных медико-социальных проблем современного общества. Холелитиаз характеризуется развитием различных осложнений и увеличивающейся частотой хирургических вмешательств, что сопровождается снижением качества жизни пациентов. По данным отечественных и зарубежных авторов распространенность данной патологии составляет 10% от всего населения планеты. Частота послеоперационной летальности, которая связана с воспалительными осложнениями желчнокаменной болезни (острый холецистит), по данным главного хирурга России,



составляет 1,7%. Несомненный тот факт, что в настоящее время ведутся исследования по взаимосвязи патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (полости рта, глотки, желудка, двенадцатиперстной кишки) и патологии гепатобилиарной зоны. Наряду с этим, наличие возможных изменений свойств слюны и уровня кальция на фоне желчнокаменной болезни и как следствие возникновения заболеваний тканей пародонта.

**Цель работы.** Определить концентрацию кальция в слюне и вязкость слюны у больных с желчнокаменной болезнью.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное обследование группы больных с желчнокаменной болезнью ( $n=15$ ), в возрасте от 40 до 55 лет. Полученные данные сопоставлены с данными клинического сравнения ( $n=15$ ) - здоровые люди. У исследуемой группы и группы сравнения оценивали состояние полости рта по гигиеническим и пародонтальным индексам, вязкость, а также минеральный состав слюны. Забирали, замораживали и центрифугировали слюну в объеме 1 мл. Определение слюны на вязкость проводили на фильтровальной бумаге методом Николаевой Л. А. Центрифугирование слюны проводили на аппарате центрифуга Eppendorf Mini Spin, исследование слюны на  $Ca^{++}$  проводили на биохимическом анализаторе Indiko.

**Результаты исследования.** Установлено, что в исследуемой группе выявлено среднее значение индекса Грин – Вермильона - 1,9, что соответствует плохому уровню гигиены полости рта, при этом среднее значение данного индекса гигиены в группе сравнения 0,9 - хороший уровень гигиены полости рта. Среднее значение индекса РМА составило - 30%.

При изучении уровня кальция в слюне установлено, что в исследуемой группе у 13 (86,6%) человек показатель  $Ca^{++}$  равен 0,96 ммоль/л и у 2 (13,3%) пациентов – 0,79 ммоль/л. В группе сравнения средний показатель  $Ca^{++}$  равен 0,79 ммоль/л. Вместе с тем, показатели вязкости в исследуемой группе составили у 11 пациентов 1,1 отн. ед. и у 4 пациентов 1,4 отн. ед. Наряду с этим, в группе контроля показатели вязкости у 8 (53,3%) человек составил 1,4 отн. ед., у 7 (46,6%) человек 1,3 отн. ед. Исследованные показатели смешанной слюны позволяют предположить взаимосвязь

процесса образования конкрементов в желчном пузыре или в желчных протоках с низкой вязкостью слюны и повышенным содержанием кальция.

**Заключение.** В результате проведенного исследования выявлен плохой уровень гигиены полости рта. При этом уровень  $\text{Ca}^{++}$  в группе исследования выше в 1,2 раза, что указывает на повышение уровня кальция в слюне в группе исследования. Показатели вязкости слюны у больных с холелитиазом ниже в 1,3 раза, чем в группе контроля. Наряду с этим, можно предположить, что снижение вязкости слюны и повышение уровня кальция приводит к образованию над и поддесневых зубных отложений, а также развитию пародонтопатогенной микрофлоры, что способствует появлению и прогрессированию воспалительных заболеваний тканей пародонта.

### **Литература.**

1. Дзарасова М.А., Неёлова О.В. Специфические свойства и функции слюны как минерализующей жидкости // Международный студенческий научный вестник. – 2017. – № 4-6.
2. Вавилова Т.П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта // Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2008. – 208 с.
3. Гальперин, Э. И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей / - Видар, 2006. — 568 с.

**ЭЛЕКТРОННОЕ  
НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ**

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА  
СОВРЕМЕННОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ**

**Сборник научных трудов  
региональной научно-практической  
конференции врачей-стоматологов  
и челюстно-лицевых хирургов**

**г. Чита, 18-18 мая 2023 г.**

**Редактор Пинелис И.С.**

---

---

**Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,  
Объем 4,45 Мб  
Тираж 200 экз.**

---

---

**Редакционно-издательский центр ЧГМА 672000,  
г. Чита, ул. Горького, 39-а  
тел./факс: 8 (3022) 35-43-24/8 (3022) 32-30-58  
e-mail: pochta@chitgma.ru**