

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

# **ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА  
СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ  
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ  
СБОРНИК ТРУДОВ  
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ**

**г. Чита, 16 мая 2024 г.**

**ЧИТА – 2024**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ  
АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ**

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА  
СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ  
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

**СБОРНИК ТРУДОВ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ  
16 мая 2024 г.**

## УДК 616.31 (061)

Теория и практика современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Материалы Межрегиональной научно-практической конференции стоматологов / Под редакцией профессора Пинелиса И.С. - Чита, 16 мая 2024 г. - Чита: РИЦ ЧГМА, 2024. – 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 978-5-904934-61-3**

В настоящий сборник включены материалы научных работ, выполненных сотрудниками Читинской государственной медицинской академии, стоматологами Забайкальского края, Республики Саха (Якутия), Хабаровского и Красноярского краев и др. В работах представлены актуальные проблемы стоматологии, а также перспективы их развития.

Издание представляет интерес для студентов стоматологических факультетов, стоматологов, клинических ординаторов и врачей смежных специальностей.

### **Ответственные за выпуск:**

- Профессор кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО ЧГМА, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор **И.С. Пинелис**;
- Декан стоматологического факультета, д.м.н., профессор **Мироманова Наталия Анатольевна**
- Президент Ассоциации стоматологов Забайкалья, Главный внештатный специалист стоматолог МЗ Забайкальского края, главный врач ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника», заслуженный врач РФ, к.м.н. **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**;
- Заместитель главного врача по организационно-методической работе ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» **В.К.Афанасьева**.

© ЧГМА, 2024

© Ассоциации стоматологов Забайкалья, 2024

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Приветствие Президента Ассоциации стоматологов Забайкалья, главного внештатного специалиста-стоматолога МЗ Забайкальского края, главного врача ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника», к.м.н. Поповой И.Н.....	7
<b>НАШИ ЮБИЛЯРЫ 2023-2024 года.....</b>	<b>8</b>

### ИСТОРИЧЕСКИЕ ДАТЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Пинелис И.С. 95-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ ДОЦЕНТА БУРАНОВОЙ КАПИТОЛИНЫ ВАСИЛЬЕВНЫ.....	9
Пинелис И.С., Писаревский Ю.Л. ЮБИЛЕЙ АВГУСТЫ ИВАНОВНЫ ЗОЛОТУЕВОЙ - ОРГАНИЗАТОРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЧИТИНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	12
Шаповалова Н.М. ИСТОРИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМ БОЛЬНЫМ В Г. ЧИТА.....	14
Пляскина Н.В., Шаповалова А.К., Шаповалова Н.М. ОСНОВАТЕЛЬ КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЧИТИНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА: ВАСИЛИЙ ТИХОНОВИЧ ПОВАЖНЫЙ.....	25
Пинелис И.С., Петрова А.М., Малежик М.С., Пронин М.Ю., Шнитова И.В., Пляскина Н.В. ПАМЯТИ ДОМБРОВСКОЙ ЭЛЬВИРЫ ВИКТОРОВНЫ.....	27

### АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Попова И.Н. Афанасьева В.К. ИТОГИ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 2023 ГОД.....	32
Дедюхина О. М. ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНТИЕЙ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ.....	40
Доманова Е.Т., Зобнин В.В., Смирницкая М.В., Эсаулко Л.П. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОНКОТЕРАПИИ.....	46
Казанцева Т.В., Чижов Ю.В., Егоров А.Н., Казанцев М.Е., Пахмутов Д.И., Исаева Д.Е. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ РТА.....	51
Катман М.А., Яшнова Н.Б., Пинелис И.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НА ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ ЕЕ РАЗВИТИЯ.....	54
Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В., Кукушкина Е.А. ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ЭНДОДОНТА НИЖНИХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ.....	63
Малежик М.С., Петрова А.М., Дашибалбарова А.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И АКТИВНОСТИ КАРИЕСА.....	68

Малежик М.С., Петрова А.М., Грудина М.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ В Г. СРЕТЕНСКЕ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ.....	72
Найданова И.С., Писаревский Ю.Л., Савчинская О.А., Лхасаранова И.Б., Косолапова А.С. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ НА ЭТАПЕ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	77
Обухова Ю.Г., Смирницкая М.В. НАРУЖНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЯ ЗУБА.....	81
Обухова Ю.Г., Смирницкая М.В., Кукушкин В.Л., Зобнин В.В, Григорьева К.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ИЗМЕРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ «FLORIDA PROBE» И ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА.....	85
Обухова Ю.Г., Смирницкая М.В. СРЕДИННЫЙ МЕДИАЛЬНЫЙ КАНАЛ В ПЕРВОМ МОЛЯРЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	87
Пинелис И.С., Петрова А.М. ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ.....	89
Пинелис Ю.И. ЧАСТЫЕ ОШИБКИ В РАБОТЕ ВРАЧЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ЭКМП) В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.....	94
Пинелис Ю.И., Пинелис И.С. ПРЕПАРАТ « КОЛЛОСТ» В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ТРОСТКА ЧЕЛЮСТЕЙ.....	96
Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю., Найданова И.С., Першин В.А., Чижова Е.Ф. НУЖДАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНЧС В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ.....	98
Пляскина Н.В., Бальжанова Г.Ж., Виноградов А.И., Мамедова Э.Т. ESTELITESIGMAQUICK КОМПЗИТНЫЕ РЕСТАВРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ.....	101
Пляскина Н.В., Губченко А.Д. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОСТОЯННЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЗУЕМЫХ СТОМАТОЛОГАМИ ВО ВРЕМЯ САНКЦИЙ ОТ ИНОСТРАННЫХ КАМПАНИЙ.....	104
Пляскина Н.В., Давыдов Е.М. ОПТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЗУБОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИХ ЦВЕТ.....	107
Пляскина Н.В., Самохвалова А.И. НАЛОЖЕНИЕ И ВЫВЕДЕНИЕ ОТТИСКОВ ПРИ ПОВЫШЕННОМ РВОТНОМ РЕФЛЕКСЕ..	111
Родионова Е.Ю., Ечков А.С., Савчинская О.А, Васильева Т.В. ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ В УСЛОВИЯ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ.....	115
Рыбак О.Г., Лучшева Л.Ф., Фёдоров А.В., Овечкина Е.А. ФАКТОР ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ (ЭС, ВЕЙП, Е-СИГАРЕТА) НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РТА.....	118
Сандакова Д.Ц., Васильева Т.В. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА..	122
Сандакова Д.Ц., Соколова Е.Н., Мозголин Э.Ю. ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ О БИСФОСФОНАТАХ?.....	126

Смирницкая М.В. МЕТОДИКИ BYPASS.....	129
Смирницкая М.В., Обухова Ю.Г., Зобнин В.В., Дроздюк Д.И. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИЙ ЗУБОВ.....	132
Смирницкая М.В., Обухова Ю.Г., Зобнин В.В., Кукушкин В.Л., Жалсанова С.Д. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСКЛОРИТА ЗУБОВ.....	134
Смирницкая М.В., Обухова Ю.Г., Зобнин В.В., Ойдопов Ж.Б. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИЛЕРОВ AN PLUS И БИОКЕРАМИКИ.....	138
Смирницкая М.В., Обухова Ю.Г., Кукушкин В.Л., Акопян А.А. АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ СТОМАТОСКОПИЯ – ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОНКОСКРИНИНГА.....	142
Клюшникова М. О., Клюшникова О. Н., Клюшников О.В. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОД ОНТА.....	145
Клюшникова М.О., Клюшникова О.Н., Клюшников О.В. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ.....	149
Клюшников О.В., Клюшникова О.Н., Мокренко Е.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЛЕКСИКАВ КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ...	153
Клюшникова М.О., Клюшников О.В., Клюшникова О.Н. СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	157
Клюшников О.В., Клюшникова О.Н., Никитин О.Н. УЛЬТРАСТРУКТУРА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ В НОРМЕ И ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ.....	160



*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 Краевой научно-практической конференции врачей-стоматологов «ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ»!

В преддверии традиционной Краевой научно-практической конференции позвольте от имени Ассоциации стоматологов Забайкалья и всего стоматологического сообщества поздравить всех преподавателей, стотатологов, медицинских сестир и санитарок с наступающим Днем Победы и пожелать успехов в работе, личной жизни и дальнейшего успешного развития нашей специальности в крае.

# **НАШИ ЮБИЛЯРЫ**

**2023 год**

## **ГАУЗ «КМЦ г. Читы»**

1. Шафикова Марина Васильевна – 17.11.1953 (70 лет)
2. Кедрова Наталья Владимировна – 02.11.1963 (60 лет)
3. Макарова Елена Геннадьевна – 26.11.1963 (60 лет)
4. Волкова Ирина Владимировна – 13.08.1963 (60 лет)

## **Краснокаменск КБ №4**

1. Овчинникова Елена Юрьевна – 15.11.1963 (60 лет)

## **ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника»**

1. Бусыгина Лариса Петровна – 28.11.1963 (60 лет)

## **Клиника ЧГМА, стоматологическое отделение №2**

1. Поликарпова Олена Геннадьевна – 01.09.1958 (65 лет)

**2024 год**

## **ГАУЗ «КМЦ г. Читы»**

1. Синицына Татьяна Ивановна – 16.05.1954 (70 лет)
2. Дорохина Ольга Георгиевна – 04.11.1954 (70 лет)

## **ГАУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника»**

1. Тихонова Галина Васильевна – 04.04.1969 (55 лет)

# **ИСТОРИЧЕСКИЕ ДАТЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

## **Пинелис И.С. 95-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ ДОЦЕНТА БУРАНОВОЙ КАПИТОЛИНЫ ВАСИЛЬЕВНЫ**



Капитолина Васильевна Буранова родилась 2 февраля 1929 г. на станции Мысовая Кабанского района Бурятской АССР в семье рабочего.

Учеба в школе совпала с Отечественной войной. В тяжелые военные годы приходилось учиться и работать. В 1948 г. после окончания школы она поступила в Иркутский государственный медицинский стоматологический институт, так как мечтала стать челюстно-лицевым хирургом. После его окончания в 1952 году ИГМИ Капитолина Васильева была направлена в Читинскую область. Первым местом ее работы в качестве врача-стоматолога смешанного приема стало поликлиническое отделение городской больницы г. Читы.

В 1954 г. после прохождения специализации по челюстно-лицевой хирургии в Ленинградском институте усовершенствования врачей, К.В.Буранова была переведена в хирургическое отделение городской больницы. В эти годы она освоила лечение больных с травмами и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, детей с врожденными заболеваниями - расщелинами верхней губы и неба и др.

В 1957 году, учитывая способности и накопленный опыт, К.В. Буранову пригласили наряду с основной работой вести практические занятия по стоматологии со студентами 5 курса лечебного факультета организованного в то время Читинского медицинского института. Условия для преподавания были достаточно сложные, не хватало помещений, оборудования. Практические занятия вначале проводились в стоматологическом кабинете поликлиники Центрального района, а затем в Общевойсковом госпитале. Большую помощь и поддержку в организации учебного процесса и постижении педагогического опыта оказывал заведующий кафедрой госпитальной хирургии профессор Р.П. Постников, под руководством которого составлен план занятий. Он помог Капитолине Васильевне освоить технику не только некоторых челюстно-лицевых, но и общехирургических операций.

В связи с переменой места жительства К.В. Буранова с октября 1960 г. по июль 1961 г. работала врачом хирургом стоматологом в 1 хирургическом отделении больницы № 7 г. Сталинграда и одновременно вела практические занятия со студентами стоматологического факультета Сталинградского медицинского института.

В 1961 г. Капитолина Васильевна возвратилась в Читу на должность ассистента кафедры хирургической стоматологии ЧГМИ. Вместе с зав. кафедрой хирургической стоматологии

В.З. Любарским она принимала активное участие в организации и становлении кафедры.

Капитолина Васильевна была первой из стоматологов направлена на обучение в целевую аспирантуру в Московский медицинский стоматологический институт. Под руководством основоположника хирургической стоматологии, профессора Г.А.Васильева ею была выполнена и защищена кандидатская диссертация на тему: «Клиника и лечение воспалительных изменений верхне-челюстной пазухи при перфорации её дна». Ссылка на её исследования имеется в «Практическом руководстве по хирургической стоматологии» по которому долгие годы учились хирурги-стоматологи нашей страны.

В 1969 г. К.В. Буранова назначена на должность доцента и по совместительству выполняла обязанности заместителя декана стоматологического факультета Читинского медицинского института. В 1972 г. ей присвоено ученое звание доцента.



**Доцент К.В. Буранова за работой**

В Читинском медицинском институте К.В. Буранова проработала 36 лет. И в какой бы должности она не находилась постоянно повышала свой педагогический и врачебный уровень, несколько раз была на специализации и усовершенствовании. Диапазон ее теоретической и практической работы весьма широк и охватывал все разделы челюстно-лицевой хирургии. Особенно много внимания она уделяла профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний челюстно-лицевой области. Она одна из первых в Забайкалье освоила и внедрила оперативные методы лечения и химиотерапию у онкостоматологических больных. Ею собран и проанализирован большой статистический материал по онкологии головы и шеи по Читинской области и Бурятии. Результаты научных исследований были доложены на научно-практических конференциях различного уровня, семинарах, написаны статьи, разработаны методические указания по разным разделам хирургической стоматологии для студентов стоматологического и лечебного факультетов.

К.В. Буранова прекрасный педагог и лектор, прививала студентам любовь к хирургической стоматологии, развивала их клиническое мышление, мануальные навыки, учила выхаживать послеоперационных больных. Много лет руководила производственной практикой, занималась научной работой со студентами. Была

председателем ГЭК на стоматологических факультетах Хабаровска, Иркутска, Кемерово.

Она часто выезжала в районы Читинской области для оказания лечебной помощи больным с травмами челюстно-лицевой области, консультировала и оперировала больных в Окружном пограничном госпитале, городской и железнодорожной больницах.

К.В. Буранова уделяла много внимания общественной и идеологической работе. Была председателем профкома городской больницы, руководила художественной самодеятельностью, была депутатом Читинского городского совета, закончила университет Марксизма-Ленинизма Читинского горкома КПСС, проводили политзанятия со средним и младшим медперсоналом, занималась санитарно-просветительной работой.

Капитолина Васильевна и на сегодняшний день пользуется заслуженным авторитетом и не только среди врачей старшего поколения. Студенты, врачи, пациенты и товарищи по работе уважают её как хорошего требовательного педагога и опытного хирурга, доброго и внимательного человека. Все научные работы, выполненные К.В. Бурановой, и на сегодняшний день имеют большое теоретическое и практическое значение. Она внесла весомый вклад в развитие челюстно-лицевой хирургии в г. Чите и Читинской области.

Труд К.В. Бурановой отмечен медалями «За труд в тылу во время ВОВ» и «За труд в мирное время», благодарностями и грамотами.

Уйдя на заслуженный отдых, Капитолина Васильевна работала в лицензионно-аккредитационной комиссии по разделу стоматология, народным заседателем Центрального суда г. Читы. Сегодня она остается добрым помощником для всех кто обращается к ней за советами и помощью.

Ректорат, сотрудники стоматологического факультета, Клиники ЧГМА, стоматологическая общественность Забайкальского края с особой благодарностью отзываются о доценте Капитолине Васильевне Бурановой - Учителе и высококвалифицированном враче и желают крепкого здоровья на долгие годы.

**Пинелис И.С., Писаревский Ю.Л.**  
**ЮБИЛЕЙ АВГУСТЫ ИВАНОВНЫ ЗОЛОТУЕВОЙ - ОРГАНИЗАТОРА**  
**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЧИТИНСКОЙ ОБЛАСТИ**



Августа Ивановна Золотуева родилась 18 ноября 1933 г. в Чите в семье служащего. В 1942 г. на Воронежском фронте погиб ее отец и на руках 30-летней матери осталось пятеро детей, которых она вырастила и дала образование.

После 10 класса Августа Ивановна работала в парткабинете Читинского РК КПСС библиотекарем и училась в вечерней школы рабочей молодежи. После окончания школы в 1952 г. она поступила на стоматологический факультет Иркутского медицинского института и окончила в 1957 г. Молодой врач-стоматолог А.И. Золотуева начала работать в поликлиническом отделении Читинской городской больницы № 1, а в 1958 году переведена в Областную стоматологическую поликлинику. С 3 декабря 1958г. Августа Ивановна

назначена главным врачом этой поликлиники и в этой должности проработала до ухода на пенсию (1991 г.). Поликлиника выполняла функции лечебно-консультативного и организационного методического центра по стоматологии.

А.И. Золотуева на протяжении многих лет являлась главным внештатным стоматологом Читинской области. Особое внимание она уделяла развитию сети стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов в Чите и районах области. При ее активном участии открыты отделения челюстно-лицевой хирургии в Областной клинической больнице и Областной детской клинической больницы.

Заслуживает особого внимания работа А.И. Золотуевой по организации передвижных зубопротезных бригад. В год проводилось по 4-6 выездов сроком на I - 1.5 месяца. Кроме того, ежегодно выполнялась программа помощи малым народам Севера. Стоматологи выезжали по зимнику в составе комплексных бригад в отдаленные северные села, где выявляли нуждаемость в санации и протезировании населения. Августа Ивановна организовывала бригады стоматологов, которые добирались к больным санитарной авиацией, автотранспортом и даже на моторных лодках. Бригады работали в трудных условиях и приспособленных помещениях. Помощь оказывалась жителям Каларского, Тунгокоченского. Ононского, Нерчинско-Заводского, Калганского районов.

Для оказания организационно-методической помощи в районах области Золотуева А.И. создала группу кураторов, которые оказывали практическую и консультативную помощь. Совместно с сотрудниками стоматологического факультета ЧГМА она много внимания уделяла подготовке и усовершенствованию врачей-стоматологов и зубных техников. Под ее руководством проводились семинары, областные и межрайонные конференции, циклы усовершенствования на рабочих местах, в интернатуре на местных и центральных базах. Большую пользу для стоматологии Читинской области принесла работа Читинского отделения Всероссийского научного общества стоматологов.

В течение 5 лет (1960-1965 г.г.) Августа Ивановна преподавала на стоматологическом факультета ЧГМИ, читала студентам курс лекций по организации стоматологической помощи населению. Все годы работая главным врачом она совмещала с практической работой врача-ортопеда в Областной поликлинике №1. Ее трудовой стаж составил более 50 лет. А.И. Золотуева была делегатом Всесоюзных съездов стоматологов, которые проводились в Москве. Киеве. Ленинграде, Ташкенте и 3-х Всероссийских съездов в Ульяновске, Новосибирске и др.

За трудовые успехи Августа Ивановна награждена орденом «Знак Почета» (1981), юбилейной медалью «За доблестный труд» (1970), медалью «Ветеран труда» (1986), знаком «Отличнику здравоохранения» (1977), благодарностями и почетными грамотами.

Стоматологическая ассоциация Забайкалья, сотрудники стоматологического факультета ЧГМА и стоматологическая общественность Забайкальского края желает Августе Ивановне счастья, здоровья и сохранять активную жизненную позицию.

**Шаповалова Н.М.**  
**ИСТОРИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ**  
**ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМ БОЛЬНЫМ В Г. ЧИТА**  
*ГПОУ «Читинский медицинский колледж»*

**Актуальность:** Заболевания и травмы челюстно-лицевой области (ЧЛО) требуют своевременного оказания помощи и комплексного лечения в специализированных стационарных условиях, что помогает избежать тяжелых последствий, добиваться излечения и восстановления функций. Организация специализированных отделений по оказанию стационарной помощи челюстно-лицевым больным в Чите явилось важным моментом в развитии здравоохранения региона. В настоящее время этапы проведения организационной работы в этом направлении можно отнести к историческим событиям. Историческое наследие помогает сохранить память о прошлом, уважение к предыдущему поколению и их труду. В этой связи мы стремились отметить вклад специалистов, организаторов и врачей, участвовавших в этом важном деле. Многих из них уже нет, важно, чтобы последующие поколения помнили их заслуги.

**Цель исследования:** представление этапов развития специализированной стационарной помощи стоматологическим больным хирургического профиля в городе Чите.

**Материалы и методы:** анализ архивных документов и фотографий, литературные источники, интервьюирование.

В Чите оказание помощи и лечение пациентов по поводу травм, заболеваний челюстно-лицевой области, врожденных и приобретенных дефектов лица и челюстей на протяжении многих лет проводилось в хирургических отделениях больниц общими хирургами. Однако анатомические особенности этой области предполагают лечение таких пациентов врачами со специальным образованием - челюстно-лицевыми хирургами. Поэтому открытие специализированных отделений и работа в них подготовленных кадров имели важное значение для здравоохранения региона.

В 1956 году впервые в Чите в городской больнице №1 на базе хирургического отделения было выделено 7 коек для лечения стоматологических больных хирургического профиля. Для работы в стационаре была приглашена врач стоматолог Центральной поликлиники Буранова Капитолина Васильевна, выпускница Иркутского медицинского стоматологического института, которая накануне прошла 3-х месячную специализацию по челюстно-лицевой хирургии в Ленинградском институте усовершенствования врачей.

В отделение начали массово поступать пациенты взрослые и дети с гнойно-септическими заболеваниями ЧЛО (абсцессы, флегмоны, остеомиелиты), опухолями, травмами челюстей, врожденными и приобретенными дефектами лица и челюстей. Практический опыт и мануальные навыки Буранова К.В. получала от общих хирургов, которые работали рядом. При затруднениях в диагностике и проведении сложных операций в челюстно-лицевой области приглашали начальника челюстно-лицевого отделения 321 Окружного военного госпиталя подполковника медицинской службы Владимира Александровича Любарского.



**Доцент Капитолина Васильевна Буранова**



Любарский В.А. в 1941 году закончил Московский медицинский стоматологический институт и сразу был направлен на фронт в качестве хирурга. На протяжении всех лет Великой Отечественной войны оказывал помощь раненым на нескольких фронтах, был ранен и контужен. Награждён двумя орденами Красной Звезды и многими медалями. В 1948 году переведён в Читу и назначен начальником челюстно-лицевого отделения 321 Окружного военного госпиталя.



**Доцент Любарский Владимир Александрович**

До 1963 года стоматологическое отделение городской больницы оставалось единственным специализированным отделением для оказания помощи челюстно-лицевым больным гражданского населения.

20 октября 1963 года была открыта стоматологическая клиника Читинского государственного медицинского института, где начал функционировать стационар на 50 коек для челюстно-лицевых больных детей и взрослых.



**Стоматологическая клиника ЧГМА (Чита, ул. Чкалова 126)**

Организатором стационарной помощи челюстно-лицевым больным становится Любарский В.А, который после увольнения с военной службы, был назначен заведующим кафедрой хирургической стоматологии. Ассистентами кафедры становятся Мишина Г.Д., Буранова К.В., Лескова В.В., Монахова Е.Ф., Фрыгина В.А., Бояров Ю.С., Домбровская Э.В., Пинелис И.С. и др., имеющие в прошлом богатый врачебный опыт. Они курировали больных и проводили операции. В процессе выполнения научных работ в практику внедрялись новые методики оперативных вмешательств и лечения больных.



### **Один из первых составов кафедры хирургической стоматологии**

Наряду с сотрудниками кафедры работали и штатные врачи: Попов Ю.В., Перевозчиков В., Булгаров А.П., Поликарпов Е.Б., Купша С.С, Власьевский А.В. и др.

Поскольку стационар стоматологической клиники оставался долгое время единственным специализированным отделением в Чите и области, пациенты поступали во все дни недели и в любое время суток. Также оказывали помощь и проводили лечение обращающимся из Якутии, Бурятии, Амурской области. Отдельную группу пациентов представляли дети, начиная с первых дней жизни с расщелинами губы и неба. В хирургическом отделении клиники проводили все виды стоматологических вмешательств: операции по поводу онкологических заболеваний в области головы и шеи, гнойно-воспалительных процессов, восстановительные и пластические операции, были разработаны и внедрены оригинальные методики лечения травм ЧЛЮ.

В памяти сотрудников сохранился случай оказания помощи пациентке Н., студентке Иркутского государственного университета, на которую напал медведь в тайге на практике в геологической партии. Зверь снял ей всю кожу с лица. Чудом девушка осталась жива. В.А. Любарский с коллегами в ходе нескольких этапов пластических операций с использованием собственных тканей пациентки восстановил лицо. Стационар стоматологической клиники оставался единственным отделением со штатом

высокопрофессиональных специалистов для лечения челюстно-лицевых больных взрослых и детей до 1982 года.

После завершения строительства Краевой клинической больницы в 1982 году начали формироваться отделения. По приказу заведующего отделом здравоохранения 29 марта было открыто отделение челюстно-лицевой хирургии на 60 коек. На должность заведующего отделением назначена Галина Павловна Колечко, окончившая клиническую ординатуру на кафедре хирургической стоматологии. Она имела большой опыт практической работы, человек необычайно ответственный и добросовестный, смогла в короткие сроки организовать работу отделения[1].

На первых порах большую помощь в организации отделения, в диагностике и лечении пациентов оказывал Любарский В.А., человек доброй души, безотказный по своей сути, профессионал высокого уровня. Под руководством Колечко Г.П. работали врачи Васин В.А. и Бородулин В.Н., которые имели соответствующую подготовку по хирургической стоматологии. Объем работы требовал пополнения кадров, а их не хватало. Врачи работали днем и оставались на ночные дежурства. Они в отдельные месяцы кроме ежедневной работы несли по 13-15 ночных дежурств.



### **Первая зав. ЧЛЮ краевой клинической больницы Колечко Галина Павловна**

Контингент поступающих больных разнообразный: одни требуют оказания экстренной помощи, другим нужна подготовка на плановое лечение. Значительный процент составляют пациенты с бытовыми травмами костей и мягких тканей челюстно-лицевой области. Периодически встречаются больные с огнестрельными ранениями в области лица и челюстей. Они, как правило, проходят длительное лечение с необходимостью проведения пластических операций.



**Краевая клиническая больница**



**Коллектив челюстно-лицевой хирургии Краевой клинической больницы**



### **Заведующие ЧЛО Краевой клинической больницы**

Неотложной помощи требуют пациенты с гнойно-септическими заболеваниями ЧЛО: абсцессами, флегмонами, остеомиелитами челюстных костей, причинами которых чаще всего являются воспалительные процессы вокруг корня зуба. Надолго в памяти персонала останется пациентка, поступившая в отделение в крайне тяжелом состоянии. У нее развилась флегмона дна полости рта с распространением процесса на клетчатку шеи и переднего отдела грудной клетки с вовлечением молочных желез. Во время проведения очередной лечебной манипуляции одна молочная железа под влиянием гнойного экссудата сама ампутировалась и просто упала в лоток с перевязочным материалом. Неимоверными усилиями врачей и в результате массивного длительного лечения пациентка осталась жива.

Грозное осложнение гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области представляют развивающиеся медиастениты (воспаление средостения), в результате чего ежегодно в отделении регистрируется 2-3 случая летальных исходов.

Для лечения гнойно-септических заболеваний ЧЛО в отделении челюстно-лицевой хирургии впервые был применен гемодиализ с использованием аппарата «Искусственная почка», что значительно улучшило результаты лечения. Да и отделение в целом оснащено современным медицинским оборудованием, Используются передовые методики лечения и хирургические технологии, оказывается высокотехнологичная помощь. Отделение челюстно-лицевой хирургии Краевой клинической больницы является одним из крупных, а с апреля 2020 года единственным учреждением такого уровня во всем Дальневосточном федеральном округе.

Кроме повседневной работы в отделении врачам приходилось вылетать по санавиации в районы края для оказания экстренной помощи.

Постепенно отделение становится учебно-методическим центром, на его базе начали проводиться научно-практические конференции, занятия для врачей из районов области. С 1994 года отделение носит статус межрегионального центра эстетической и пластической хирургии лица и туловища.

Сотрудники отделения регулярно проходят стажировки и курсы повышения квалификации в центральных городах России

Отмечая значимость данного отделения, нельзя не отметить роль персонала в целом, а врачей особенно в достижении больших успехов в лечебной работе.

В течение длительного времени сохранялся профессиональный костяк отделения, но постепенно начал меняться кадровый состав. На смену приходят молодые врачи,

некоторые из них являются представителями семейных медицинских династий. С 1989 по 2015 работал врачом отделения Поликарпов Е.Б, который богатый профессиональный опыт приобрел в стенах стоматологической клиники, где был первым штатным заведующим отделением стационара. Проработав 26 лет, ушла на пенсию Г.П.Колечко. На посту заведующего отделением ее сменил Бородулин В.Н., после его отъезда в Санкт-Петербург в 2012 году заведующим становится Ратушный Н.А., его сменяет Лесков В.В. В настоящее время заведует отделением Варич Юлия Викторовна. Она выпускница лечебного факультета ЧГМА, закончила клиническую ординатуру на кафедре хирургической стоматологии под руководством профессора Пинелиса И.С., челюстно-лицевой хирург. Многие врачи отделения имеют высшую категорию, носят звания Заслуженный врач Читинской области и Забайкальского края. В честь 40-летия отделения в 2022 году заведующая отделением Варич Ю.В., а также врачи и медицинские сестры были награждены Почетными грамотами Министерства здравоохранения Забайкальского края и главного врача ГУЗ «ККБ». Как отмечают сотрудники отделения, все усилия направлены на то, чтобы вернуть здоровье своим пациентам и подарить красоту жизни.

Стационарная помощь детям с патологией в челюстно-лицевой области в нашем городе оказывалась долгое время в хирургических отделениях больниц врачами хирургами общего профиля. С открытием стационара стоматологической клиники ЧГМИ начиная с 1963 по 1982 годы дети стали получать хирургическую помощь подготовленными хирургами стоматологами. После завершения строительства краевой клинической больницы в 1982 году началась реорганизация прежней областной клинической больницы имени В.И. Ленина. На ее базе стали открываться детские отделения. Одним из первых с сентября 1982 года начало функционировать отделение челюстно-лицевой хирургии на 40 коек на базе ЛОР-отделения, а с сентября 1983 года открыто самостоятельное челюстно-лицевое отделение на 60 коек. На должность заведующего отделением была назначена Козлова Валентина Петровна, врач стоматолог-хирург, получившая богатый опыт практической работы в стоматологической клинике ЧГМИ. Это отделение становится базой для обучения студентов Читинского медицинского института, занятия с ними проводит ассистент кафедры детской стоматологии Домбровская Эльвира Викторовна. Ранее, будучи ассистентом кафедры хирургической стоматологии, она занималась лечением детей с травмами, заболеваниями и врожденными нарушениями развития челюстно-лицевой области в стоматологической клинике ЧГМИ. Ею были усовершенствованы оперативные методики по устранению расщелин губы и неба.



**Козлова Валентина Петровна**



**Домбровская Эльвира Викторовна**

Эльвира Викторовна становится консультантом по вопросам организации отделения и овладению оперативными навыками для молодых врачей. Под руководством талантливых специалистов В.П. Козловой и Э.В. Домбровской начал осваивать детскую челюстно-лицевую хирургию Александр Григорьевич Стрельников, принятый на работу 1 января 1983 года. Затем в штат были зачислены молодые врачи Шмаков М.Ф., Алексеева В.Г. и Колотий А.Н. На протяжении последующих лет происходила смена врачебного состава. После отъезда Козловой В.П. в 1987 году заведующим отделением назначен Стрельников А.Г., проработавший на этой должности до 2021 года. Его сменила Шамсулина Г.Ф., признанная лучшим врачом хирургического профиля.



**Состав отделения ЧЛЮ Краевой детской клинической больницы**

Отделение имеет первоклассное оборудование, оснащенную современным инструментарием операционную. Чаще всего в отделение поступают дети с травмами или воспалительными процессами, эти состояния требуют оказания экстренной помощи. Встречаются крайне тяжелые случаи. Так, недавно оказывали помощь ребенку, который набрал в рот средство для промывания труб. В результате химического ожога его рот полностью закрылся, пришлось поэтапно формировать ротовую щель. Также врачи отделения ведут огромную работу по устранению различных доброкачественных опухолей: гемангиом и лимфангиом, которые порой занимают большие области на лице. Хотя старинная русская поговорка и утверждает, что с лица воды не пить, все же заболевания, влияющие на внешний вид, всегда воспринимаются крайне болезненно, а порой и трагически. Поэтому врач, призвание которого лечить такие недуги в какой-то степени художник или скульптор, обладающий особым эстетическим восприятием. По востребованности после экстренной патологии и опухолей стоит лечение врожденных пороков развития челюстно-лицевой области. Расщелины губы и неба встречаются довольно часто, в среднем с такими отклонениями в развитии рождается один ребенок из 600. Оперативные вмешательства при пороках развития неба и верхней губы преследуют цель максимально восстановить функции (приема пищи и речи) и эстетические данные. В состав отделения вошел диспансерный центр по оказанию помощи детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области, который через некоторое время получил статус межрегионального. Специалисты центра стали оказывать помощь детям не только из Читинской, но и из Амурской и Иркутской областей, республики Бурятия и Хабаровского края. При рождении ребенка с врожденной аномалией челюстно-лицевой области ребенок сразу же ставится на учет в диспансерный центр, специалисты центра вырабатывают план лечения и приступают к подготовительным мероприятиям для проведения раннего оперативного лечения. Лечение расщелины губы обычно заканчивают к 8-9 месяцам, расщелины неба к 3 годам. С трех лет проводятся реконструктивные и косметические оперативные вмешательства. Врачам отделения приходится работать в тесном тандеме с другими специалистами краевой детской клинической больницы – анестезиологами-реаниматорами, лор-врачами, педиатрами, логопедами, ортодонтами. Врачебная специальность требует постоянной работы над пополнением знаний и усовершенствования практических навыков, поэтому врачи регулярно проходят циклы усовершенствования, продолжают учиться новому. Разумеется, профессия челюстно-лицевого хирурга очень сложная. Помимо тех качеств, которыми должен обладать врач-хирург, у челюстно-лицевого хирурга должно быть хорошее эстетическое восприятие. К сожалению, если раньше челюстно-лицевая хирургия была престижным направлением в медицине, то сейчас молодежь не стремится идти работать в челюстно-лицевые отделения. Но, тем не менее, несмотря на трудности и сложности во врачебной профессии во многих семьях формируются медицинские династии в трех- четырех поколениях.

**Выводы:** в городе Чите, начиная с 1956 года, начали формироваться учреждения по оказанию экстренной и плановой стационарной помощи челюстно-лицевым больным. Решающее значение в организации и оказании такого рода помощи пациентам имели и имеют хирурги стоматологи и челюстно-лицевые хирурги с богатым практическим опытом, профессионалы высокого класса, люди, преданные своему делу.

## Список литературы:

1. Александр Григорьевич для нас - авторитет. Журнал «Медицина Забайкалья» №4 2019 г. стр.16-19
2. Метод профилактики расхождения швов на мягком небе при операции ураностафилопластики. Любарский В.А., Домбровская Э.В. Материалы областной научно- практической конференции стоматологов. Иркутск. 1971
3. Читинская областная клиническая больница. 80 лет на службе здоровья. 2004 год. Сборник
4. «40-летие со дня открытия в ГУЗ «ККБ» отделения челюстно-лицевой хирургии». <http://kkb/chita.ru>
5. Шаповалова Н.М. Из прошлого в будущее. История клиники Читинской государственной медицинской академии. РИЦ ЧГМА. 2018г.
6. Этапы развития стоматологии в Читинской области. Фролова Г.И., . Золотуева А.И., Поликарпова О.Г. Журнал «Забайкальский медицинский вестник». 2003г. №1 стр. 5-9

**Пляскина Н.В., Шаповалова А.К., Шаповалова Н.М.**  
**ОСНОВАТЕЛЬ КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**  
**ЧИТИНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА:**  
**ВАСИЛИЙ ТИХОНОВИЧ ПОВАЖНЫЙ**  
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия),*  
*ГПОУ «Читинский медицинский колледж», Чита (Россия)*



**ВАСИЛИЙ ТИХОНОВИЧ ПОВАЖНЫЙ**

**Введение.** В каждой медицинской специальности важно помнить о людях, стоявших у истоков формирования дисциплины и ее преподавания. Поважный Василий Тихонович являлся не только великолепным врачом, но и наставником для многих студентов. Имея огромный багаж знаний, он внес неимоверный вклад в формирование кафедры ортопедической стоматологии.

**Цель исследования.** Исследовать профессиональный путь Поважного Василия Тихоновича и его вклад в становление кафедры ортопедической стоматологии ЧГМИ.

**Материалы и методы исследования.** В работе использовались архивные данные ЧГМА, интервью ветеранов службы стоматологии Забайкалья. Библиографический метод.

**Результаты исследования.** Организация кафедры ортопедической стоматологии Читинского государственного медицинского института связана с именем В.Т. Поважного. Родился 5 апреля 1914 года в Краснодарском крае. С 1935 по 1938 обучался в зубоучебной школе. Сразу после окончания учебы призван в ряды РККА, служил на должностях офицерского состава в 94 стрелковой дивизии, а затем был назначен начальником стоматологического отделения военного госпиталя №322 Забайкальского военного округа (ЗабВО).

С 1955 года по 1958 год обучался в Читинском государственном педагогическом институте на историческом факультете. Присвоена квалификация и звание учителя истории средней школы. В 60-е годы проходил службу в 189-й стоматологической поликлинике ЗабВО в должности начальника зубопротезного отделения. Стаж работы

по специальности 22 года.

В 1958 году был организован стоматологический факультет в ЧГМИ. Поважный В.Т. становится студентом этого факультета в 1959 году, одновременно исполняя обязанности начальника зубопротезного отделения 189-ой стоматологической поликлиники. Как зубной врач вел прием ортопедических больных. По воспоминаниям Августы Ивановны Золотуевой, обучаясь на 4 курсе стоматологического факультета Иркутского ГМИ, проходила практику на базе гарнизонной поликлиники. Поважный В.Т. внимательно относился к руководству практикой, и у него она освоила методику снятия оттисков, которая пригодилась ей в дальнейшей многолетней практической работе.

Начиная с 3 курса возникла необходимость проведения практических занятий по ортопедической стоматологии у студентов стоматологического факультета. С 16 сентября 1960 г. Поважный В.Т. становится ассистентом кафедры ортопедической стоматологии ЧГМИ на 0,5 ставки. Базами для практического обучения становятся стоматологическое отделение 189 стоматологической поликлиники ЗабВО и областная стоматологическая поликлиника. При непосредственном участии и под руководством Василия Тихоновича были организованы практические занятия для студентов 3 и 4 курсов стоматологического факультета. Им составлены планы практических занятий и методические указания для студентов 3-5 курсов. Занятия по ортопедии Василий Тихонович Поважный проводил совместно с Августой Ивановной Золотуевой, разделив курс на 2 группы численностью по 25 человек. Они работали ассистентами кафедры ортопедической стоматологии по совместительству, таким образом считаются основателями кафедры.

Благодаря большой практической помощи В.Т. Поважного Читинский медицинский институт осуществил в трудных условиях организационного периода 1 выпуск врачей-стоматологов. В 1963 году Поважный В.Т. получил диплом врача стоматолога. Исполнял обязанности кафедрой ортопедической стоматологии с 26 ноября 1964 года по 6 мая 1965 года.

В личном деле В.Т. Поважного указано что он не имел учёного звания, но является автором статьи в сборнике научных работ военных врачей ЗабВО, а также автором докладов по актуальным вопросам стоматологии на научно – практических конференциях. Военское звание – военнослужащий майор медицинской службы.

Поважный В.Т. имеет следующие награды: орден Красной Звезды (1953 г), медали «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За победу над Японией», «За боевые заслуги» (1954), также награды Верховного Совета СССР.

**Заключение.** Поважный Василий Тихонович – яркий пример талантливого врача, преподавателя и организатора здравоохранения. Он внес огромную лепту в формирование дисциплины ортопедической стоматологии в Забайкальском крае. Его жизненный путь является примером служения профессии.

#### **Список литературы:**

1. Пинелис И.С.В Сб.: Теория и практика современной стоматологии. Сборник научных трудов Краевой научно-практической конференции врачей стоматологов. Чита, 2021. С. 225-230.
2. Юбилейное издание ЧГМА: 70 лет.

**Пинелис И.С., Петрова А.М., Малезик М.С., Пронин М.Ю.,  
Шнитова И.В., Пляскина Н.В.**

**ПАМЯТИ ДОМБРОВСКОЙ ЭЛЬВИРЫ ВИКТОРОВНЫ**  
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*



Ушла из жизни Заслуженный врач Бурятии, старший преподаватель кафедры стоматологии детского возраста Домбровская Эльвира Викторовна.

Быть преподавателем в медицинском ВУЗе – значит быть личностью, которая оказывает влияние на профессиональную адаптацию и становление студентов-медиков. Именно такой была Эльвира Викторовна. Одна из выдающихся врачей стоматологов-хирургов, которая всю свою жизнь посвятила медицине и внесла огромный вклад в обучение студентов и развитие челюстно-лицевой хирургии в Забайкальском крае.

Мастерство хирурга оценивают не только по его «рукодействию», но и по его вкладу в развитие медицинской науки, умению подготовить и повести за собой профессионалов - единомышленников.

Домбровская Эльвира Викторовна родилась 3 мая 1935г. в г. Улан-Удэ Бурятской АССР. По окончании в 1953году школы поступила в Иркутский государственный медицинский институт на стоматологический факультет. За годы обучения принимала активное участие в жизни института: занималась волейболом, гимнастикой, входила в состав танцевального ансамбля стоматологического факультета. С 3 курсазанималась в хирургическом кружке по стоматологическому профилю, написала научную работу «Хирургическое лечение радикулярных кист».

Закончив институт, в 1958г.Эльвира Викторовна получила распределение в Бичурский район. Спустя 9 месяцев работы, Министерством Здравоохранения республики Бурятией было поручено впервые организовать стоматологический кабинет на стеклозаводе в г. Улан-Удэ.На протяжении 5 лет Эльвира Викторовна работала в Республиканской больнице в качестве стоматолога-хирурга.

Она с любовью осваивала специальность и была направлена в клиническую ординатуру по специальности «Челюстно-лицевая хирургия» в ГБУЗ «Челюстно-лицевой госпиталь

для ветеранов войн» города Москвы, в которой обучалась с 1963 по 1965 гг. Обучение в ординатуре стало для нее не только источником теоретических знаний, но и хорошей школой практических навыков.

Отработав после ординатуры 2 года стоматологом–хирургом в Республиканской больнице Министерства Здравоохранения республики Бурятии, врач Домбровская Эльвира Викторовна в 1967 году приезжает в Забайкалье на кафедру хирургической стоматологии Читинского государственного медицинского института.

Энергичный, волевой, грамотный ассистент – она легко завоевала уважение сотрудников кафедры и ее руководителя Владимира Александровича Любарского. Под его руководством Эльвира Викторовна начинает заниматься научными изысканиями в области методики закрытия дефектов твердого неба.

Разработанные совместно с доцентом В.А.Любарским методики уранопластики быстро получили применение в практическом здравоохранении, давая прекрасные результаты.



Исторической вехой в развитии Здравоохранения Читинской области стало открытие Областной детской клинической больницы в январе 1983 года.

Эльвира Викторовна была непосредственным организатором челюстно-лицевого отделения в ОДКБ, а затем и руководителем Центра реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. На базе этого отделения ею была подготовлена целая плеяда детских челюстно-лицевых хирургов, которые успешно трудятся в данном учреждении и сегодня.



### **Э.В.Домбровская со студентами и ведет прием детей**

Являясь ассистентом кафедры стоматологии детского возраста, на которой Эльвира Викторовна проработала в течение 30 лет, она все силы и знания отдавала студентам. По-матерински внимательная, добрая, но справедливая она пользовалась любовью и уважением среди студентов и сотрудников [1].

Эльвира Викторовна являлась организатором лечебно-учебной базы по детской хирургической стоматологии, создателем уникальных методических и наглядных пособий. Она многие годы возглавляла центр по врожденной челюстно-лицевой патологии, совершенствовала методики хирургического лечения не сращений неба и альвеолярных отростков у детей, проводила научные исследования по проблеме расщелин твердого и мягкого неба. Автор 11 рационализаторских предложений по новым методам лечения, внедренных в практическое здравоохранение, в частности, методауранопластики и реабилитации детей с пороками развития лица и челюстей. Эльвира Викторовна создала уникальный альбом «Патологии челюстно-лицевой области».

За активную лечебно-профилактическую работу и подготовку кадров для республики Бурятия в 1990 году Эльвире Викторовне присвоено звание «Заслуженный врач Бурятии», она награждена знаком «Отличник здравоохранения» в 1988 году и дважды является лауреатом премии им. В.А. Коханского по разработке новых методов лечения расщелин лица и челюстей (1992, 1996).

Домбровская Эльвира Викторовна внесла огромный вклад в развитие стоматологического факультета и стоматологии в Забайкальском крае. Благодаря трудолюбию, ответственности, любви к своей профессии она давала студентам глубокие и хорошие знания, навыки практической работы. Именно эти качества помогли добиться уважения коллег и стали основополагающим принципом формирования профессиональной компетенции студентов.

В любом уголке Читинской области и за ее пределами можно встретить ее выпускников, которые сохранили теплоту и благодарность к этому прекрасному человеку.

Умерла Домбровская Эльвира Викторовна 13 апреля 2024 года.

Ректорат Читинской государственной медицинской академии, сотрудники стоматологического факультета и клиники ЧГМА, коллектив кафедры стоматологии детского возраста выражают искренние соболезнования родным и близким, а память об

Эльвире Викторовне навсегда останется в наших сердцах...

**Список литературы:**

1. К юбилею ассистента кафедры стоматологии детского возраста, Заслуженного врача Республики Бурятия Эльвиры Викторовны Домбровской //Забайкальский медицинский вестник. 2005. № 2. С. 74.

# 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!



г. Хабаровск  
ул. Истомина, 71  
(4212)46-00-70, 46-00-71  
8-914-402-27-37

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 2023 ГОД**

Стоматологическая служба Забайкальского края представлена следующей сетью медицинских организаций:

ЦРБ-30, стоматологических отделений -8 (в них 45 каб.), 83 отдельных кабинета.

Краевых -6 (ККБ, КДКБ, ЗКГВВ, ККПБ им.Кандинского, ЗКТБ, КБ №3), 11 отдельных кабинетов.

Городских -1 (ГКБ №2), стом.отделений -1 (в них 4каб.)

Федеральных -1 (клиника ЧГМА), стом. отделений -5 (в них 29 каб.).

Взрослые поликлиники -2 (КСП, ГП №4), стом. отделений -3 (в них 18 каб.), 1 отдельный кабинет.

Центры -2 (КМЦ и ДКМЦ г.Читы), стом.отделений – 11 (в них 42 каб.)

Диспансеры -1 (КВФД) 1 отдельный кабинет

**ИТОГО:**

43 медицинских организации (28 отделений, в них 99 каб.), 96 отдельных кабинетов.

9 медицинских организаций имеют в своем составе ортопедическую стоматологию.

Во 2-ой половине 2023 года закрылся стоматологический кабинет в ЗКГВВ.

### **Оснащение**

Всего по Забайкальскому краю имеется 43 медицинских организации, в составе которых 28 стоматологических отделений и 96 отдельных стоматологических кабинетов. Всего по краю: 326 стоматологических установки (требуют замены – 120стом. установок (36,8%); 125апекслокаторов; 234 фотополимерных лампы; 280 камер для хранения стерильного инструментария, 348 бактерицидных облучателей, 59 эндодонтических моторов, 3 ортопантомографа, 20 дентальных пленочных рентгенустановок, 15 радиовизиографов.

Нет дентальных рентгенаппаратов в следующих районах: Алек-Заводский (неисправен R-аппарат), Газ-Заводский, Карымский, Нер-Заводский, Приаргунский, Хилокский, Чернышевский, Читинский. В Калганском районе нет рентгеновской пленки.

### **Штаты**

Специальность	2021 год	2022 год	2023 год
<b>Число штатных должностей</b>			
Ортодонты	17,25	17,5	12,75
Стоматологи	162,25	149	134,75
Стоматологи детские	67,25	67,25	56
Стоматологи-ортопеды	39,5	38,25	35,5
Стоматологи-терапевты	136,5	125,5	122,75
Стоматологи-хирурги	39,75	40,25	37
<b>Итого</b>	<b>462,5</b>	<b>437,75</b>	<b>398,75</b>
Челюстно-лицевые хирурги			15,75

Зубные врачи	15	10,5	9,5
Зубные техники	58,75	54,5	46,75
Гигиенисты стоматологические			7
<b>Число занятых должностей</b>			
Ортодонты	14,25	13,5	11,75
Стоматологи	125,75	112,5	124,75
Стоматологи детские	62,75	58	52,5
Стоматологи-ортопеды	32,5	29,75	31,5
Стоматологи-терапевты	117,25	108,75	117,5
Стоматологи-хирурги	32,5	29,75	34,25
<b>Итого</b>	<b>385</b>	<b>352,25</b>	<b>372,25</b>
Челюстно-лицевые хирурги			14,25
Зубные врачи	11	8,5	9,5
Зубные техники	45,5	42	38,75
Гигиенисты стоматологические			3,5
<b>Физических лиц</b>			
Ортодонты	11	12	10
Стоматологи	118	104	100
Стоматологи детские	41	41	39
Стоматологи-ортопеды	31	30	30
Стоматологи-терапевты	120	113	113
Стоматологи-хирурги	26	25	27
<b>Итого</b>	<b>347</b>	<b>325</b>	<b>319</b>
Челюстно-лицевые хирурги			13
Зубные врачи	10	8	8
Зубные техники	47	43	41
Гигиенисты стоматологические			3

### 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
319 чел.	47 чел. (14,7%)	48 чел. (15%)	94 чел. (29,5%)	130 чел. (41,4%)	84 чел. (26,3%)

**Население Забайкальского края в 2023 году составляет 992429 чел.(взр.-749371)**

За 1 год (с 2022 г. по 2023 г.) число врачей стоматологов по Забайкальскому краю уменьшилось на 6 чел. в связи с переездом специалистов в другие регионы или уходом в частнопрактикующие клиники. Кроме того, был закрыт стоматологический кабинет в ЗКГВВ.

Обеспеченность врачами-стоматологами всего по Забайкальскому краю на 10000 населения составляет 3,2.

Низкая обеспеченность врачами-стоматологами (ниже 2) отмечается в следующих

районах: Борзинский – 1,6; Забайкальский -1,5; Каларский -1,4; Калганский – 1,4; Красночикоийский – 1,2; Карымский – 0,9; Краснокаменский -1,3; Нерчинский -1,8; Ононский -1,5; Петровск-Забайкальский -1,4; Первомайская КБ №3 -1,8; Приаргунский -1,7; Читинский – 1,5.

Всего по краю 319 врачей- стоматологов, квалификационные категории имеют 180 чел. (56,4%). Высшую квалификационную категорию имеют 147 чел., первую – 22 чел., вторую – 11 чел., молодых специалистов – 28 чел., не имеют категорию – 111 чел.

За 2023 год было проведено 5 заседаний экспертной квалификационной комиссии стоматологического направления, аттестовано 53 человека. Из них высшую категорию получили 51 чел., первую – 2 чел.

По данным годовых отчетов выведены количественные показатели работы

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

Показатели	2021 г.	2022 г.	2023 г.
<b>Посещений всего</b>	<b>672535</b>	<b>692293</b>	<b>704910</b>
в том числе стоматологами	654505	673680	688317
зубными врачами	18030	18613	16593
<b>Первичных всего</b>	<b>348132</b>	<b>364373</b>	<b>418550</b>
в том числе стоматологами	337677	354483	408515
зубными врачами	10455	9890	10035
<b>Вылечено зубов</b>	<b>231602</b>	<b>231111</b>	<b>227743</b>
в том числе стоматологами	223511	223083	220120
зубными врачами	8091	8028	7623
<b>Из них постоянных всего</b>	<b>193649</b>	<b>193881</b>	<b>193245</b>
в том числе стоматологами	186638	186867	186655
зубными врачами	7011	7014	6590
<b>По поводу осложненного кариеса</b>	<b>50116</b>	<b>46372</b>	<b>46099</b>
в том числе стоматологами	48061	44306	44241
зубными врачами	2055	2066	1858
<b>Удалено зубов</b>	<b>113300</b>	<b>110767</b>	<b>108879</b>
в том числе стоматологами	110835	108436	106895
зубными врачами	2465	2331	1984
<b>Из них постоянных всего</b>	<b>88615</b>	<b>85609</b>	<b>85108</b>
в том числе стоматологами	86494	83665	83473
зубными врачами	2121	1944	1635
<b>Санировано всего</b>	<b>162345</b>	<b>162757</b>	<b>161564</b>
в том числе стоматологами	156814	157079	156395
зубными врачами	5531	5678	5169
<b>Осмотрено в порядке плановой санации всего</b>	<b>240132</b>	<b>266705</b>	<b>274124</b>
в том числе стоматологами	235612	262371	269986
зубными врачами	4520	4334	4138
<b>Нуждалось в санации всего</b>	<b>85937</b>	<b>96963</b>	<b>85616</b>

в том числе стоматологами	83924	95281	83982
зубными врачами	2013	1682	1634
<b>Санировано всего</b>	<b>42515</b>	<b>44415</b>	<b>44407</b>
в том числе стоматологами	41472	43443	43430
зубными врачами	1043	972	977
<b>Проведен курс профилактики</b>	<b>52929</b>	<b>53174</b>	<b>63035</b>
в том числе стоматологами	52463	52835	62570
зубными врачами	466	339	465
Из общего числа посещений по ОМС	595672	614070	628727
в том числе стоматологами	577677	595457	612135
зубными врачами	17995	18613	16592
<b>Выполненный объем работы в УЕТ всего</b>	<b>2805626</b>	<b>2956211</b>	<b>3005964</b>
в том числе стоматологами	2731755	2885457	2941590
зубными врачами	73871	70754	64374
<b>Выполненный объем работы в УЕТ по ОМС</b>	<b>2312365</b>	<b>2482782</b>	<b>2566193</b>
в том числе стоматологами	2239349	2412028	2501824
зубными врачами	73016	70754	64369
<b>Число лиц, получивших протезы всего</b>	<b>6597</b>	<b>6764</b>	<b>6431</b>
Из них сельских жителей	873	974	1014
<b>Изготовлено протезов</b>	<b>14391</b>	<b>14050</b>	<b>13247</b>
<b>Число лиц, получивших ортодонтическое лечение всего</b>	<b>13026</b>	<b>14065</b>	<b>10822</b>
Из них детей до 14 лет (включительно)	9851	12184	8848
15-17 лет (включительно)	2962	1726	1780

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

<b>Основные показатели работы стоматологической службы Забайкальского края за три года</b>			
<b>показатели работы по терапевтической стоматологии:</b>	<b>2021 г.</b>	<b>2022 г.</b>	<b>2023 г.</b>
Число посещений в год на 1 жителя	0,6	0,5	0,6
Обеспеченность врачами-стоматологами всего на 10 тыс. населения по краю	3,3		3,2
Врачебная функция по УЕТ	7628	9112	8293
Число посещений в день	10,2	14,5	11,9
Число пломб в день	4,6	4,9	4,9
В том числе композитных	3,1	3,5	3,7
Число санаций в день	3,3	3,6	3,7
Число УЕТ в день	50,6	54,5	52,6
Соотношение неосложненного кариеса к осложненному постоянных зубов	3,8	4,2	4,4
Соотношение вылеченных зубов к удаленным (постоянные зубы)	2,2	3,9	2,5
Число посещений на 1 пломбу	1,3	1,3	1,4
Число посещений на 1 санацию	2,6	2,5	2,9
% односеансного лечения зубов по поводу осложненных форм кариеса	12,8	14,3	22,1

% санированных от числа первично обратившихся	60,5	62,5	56,3
Охват профилактическими осмотрами Всего:	72	64	70,8
в том числе детей:	65,4	57,9	67,2
% нуждавшихся в санации <b>Всего:</b>	35,5	35,6	34,5
в том числе детей:	35,9	36,1	34,2
% санированных <b>Всего:</b>	54,2	54,8	51,8
в том числе детей:	51,8	51,1	51,8
<b>Показатели работы по ортопедической стоматологии:</b>	<b>2021 г.</b>	<b>2022 г.</b>	<b>2023 г.</b>
Число посещений в день	4,6	4,9	5,2
УЕТ в день	12,3	13,4	14,1
Число лиц, получивших протезы	6597	6764	6431
Из них сельских жителей	873	974	987
Изготовлено протезов	14391	14050	13247
Число лиц получивших протезы на 10 000 населения	83,7	86,6	
Количество опорных зубов в одном мостовидном протезе	2,3	2,3	2,3
Количество восстановленных зубов на один опорный зуб	1,1	0,8	1
Удельный вес фасеток	20,2	29,2	22,5
Количество бюгельных протезов	275	192	442
Количество единиц металлокерамики и фарфора	4987	4837	4421
<b>Показатели работы по ортодонтической стоматологии:</b>	<b>2021 г.</b>	<b>2022 г.</b>	<b>2023 г.</b>
Число посещений в день	11,6	11,8	11,9
Взято на лечение	2442	1992	1758
УЕТ в день	70	70,8	68,9
Число лиц, получивших ортодонтическое лечение всего	13026	14065	10822
Из них детей до 14 лет (включительно)	9851	12184	8848
Подростков 15-17 лет (включительно)	2962	1726	1780
<b>Показатели работы по хирургической стоматологии</b>	<b>2021 г.</b>	<b>2022 г.</b>	<b>2023 г.</b>
Удалено зубов	113300	110767	108879
В том числе постоянных	88615	85609	85108
Периостит	2614	2289	1955
Абсцесс	251	300	63
Флегмона		4	1
Число послеоперационных осложнений	0,4	0,5	0,4
Выдано больничных листов	524	547	513
Среднее число дней нетрудоспособности	6,3	7,5	7,2

Всего было сделано **посещений – 704910** (2022 год – 692293), что составляет на 1 жителя края - **0,6**.

**К врачам-стоматологам было сделано 688317 посещений** (2022 г. – 673680), **к зубным врачам – 16593** (2022 г. – 18613).

**Число посещений на 1 врача в день – 11,9** (2022 год – 14,5).

**Функция врачебной должности составила – 8293 УЕТ** (2022 год - 9112).

Условные единицы трудоёмкости на 1 врача в день составили 52,6 УЕТ (2022 год – 54,5).

**Санированных от числа первично обратившихся -56,3 % (2022 год – 62,5 %).**  
**Вылечено зубов – 227743 (2022 год – 231111).**  
**Число пломб в день–4,9 (2022 год – 4,9).**  
**Число зубов, вылеченных по поводу осложненного кариеса – 46099 (2022 год – 46372).**  
**Соотношение неосложненного кариеса к осложненному постоянных зубов 4,4:1 (2022 год – 4,2:1).**  
**Соотношение вылеченных зубов к удаленным (постоянные зубы) - 2,5:1(2022 г. – 3:1).**  
**Процент односеансного лечения осложненных форм кариеса – 22,1 % (2022 год – 14,3%).**  
**Среднее число посещений на одну пломбу– 1,4 (2022 год – 1,3).**  
**Среднее число посещений на одну санацию составило – 2,9 (2022 год – 2,5).**  
**Охват профилактической работой по Забайкальскому краю составил 70,8% (2022 год – 64%), нуждалось в санации – 34,5% (2022 год – 35,6%), санировано – 51,8% (2022 год – 54,8%).**

### **Хирургическая помощь**

Хирургическая стоматологическая помощь населению Забайкальского края оказывается как на смешанном приеме врачей-стоматологов, так и стоматологами-хирургами на дифференцированном приеме. В 12 медицинских организациях Забайкальского края ведут прием врачи стоматологи-хирурги. Всего удалено зубов – **108879 (2022 год - 110767)**, в том числе постоянных – **85108 (2022 год – 85609)**. Проведено хирургических операций всего – **8459 (2022 г. -8209)**, по поводу одонтогенных воспалительных заболеваний: периоститов – **1955 (2022 г. – 2289)**, абсцессов – **63 (2022 г. –300)**. Число послеоперационных осложнений – **0,4% (2022 г. – 0,5%)**. Выдано больничных листов – **513 (2022 г. – 547)**. Среднее число дней нетрудоспособности – **7,2 (2022 г. – 7,5)**.

### **Ортопедическая помощь**

Ортопедическая помощь оказывается в 9 медицинских организациях Забайкальского края. Врачей стоматологов-ортопедов – 30.

За 2023 год к стоматологам-ортопедом было сделано **31440** посещений (2022 г. – 29835). **Число лиц,получивших зубные протезы –6431 чел. (2022 г. – 6764)**, из них сельских жителей – 987. **Всего изготовлено протезов – 13247 (2022 г. – 14050)**. Количество УЕТ в день на одного врача –**14,1 УЕТ (2022 г. – 13,4)**. **Изготовлено съёмных протезов – 3911 (2022 г.- 4268)**, бюгельных – **442 (2022 г. - 192)**, мостовидных протезов – **1642 (2022 г. – 1852)**, в них коронок – **4044 (2022 г. – 4497)**.

**Количество опорных зубов в одном мостовидном протезе составляет – 2,3 (2022 г. – 2,3)**, соотношение восстановленных зубов на один опорный –**1,0 (2022 г.- 0,8)**. **Удельный вес фасеток составляет – 22,5%**, количество металлокерамических единиц – **4421 (2022 г. – 4837)**. Количество посещений по поводу коррекций съёмных протезов в пределах нормативных показателей.

## Ортодонтическая помощь

Для оказания ортодонтической помощи населению в Забайкальском крае работают врачи-ортодонты: в КДКБ, стоматологическом отделении ДКМЦ г. Читы, клинике ЧГМА, Краевой стоматологической поликлинике. К стоматологам-ортодонтам за 2023 год было сделано **24570** (2022 г. – 26293) **посещений. Количество пациентов взятых на лечение в 2023 году –1758** (2022 год – 1992). **Число лиц, получивших ортодонтическое лечение –10822 чел., из них детей 0-14 лет включительно – 8848 чел., подростков 15-17 лет включительно – 1780 чел.**

### Оказание стоматологической помощи взрослому населению Забайкалья

Показатели	2021 год	2022 год	2023 год
Всего посещений	398 262	404021	402118
первичных	208 256	214435	224493
Вылечено зубов	148 747	147843	147506
В т.ч. по поводу осложненного кариеса	33 585	30761	31378
Удалено зубов	85 005	82565	81857
Санировано всего	113 944	114101	113105
Осмотрено в порядке плановой санации	89 132	101583	102090
Нуждалось в санации	34 319	39627	31898
Санировано	15 206	16661	16194
Проведен курс профилактики	19130	20900	24226
Из общего числа посещений –по ОМС	324653	336694	330459
Выполненный объем работы в УЕТ всего	1888121	1984377	2037682
Выполненный объем работы в УЕТ по ОМС	1425197	1554436	1640963

### Основными задачи на 2024 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 с приглашением 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.

Дедюхина О. М.

## ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНТИЕЙ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

«Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» гласит устав ВОЗ. В сложившемся общепринятом понимании стоматологическая реабилитация подразумевает в первую очередь восстановление структуры, функции и эстетики зубных рядов.

Одной из наиболее сложных эстетически форм зубочелюстно-лицевых аномалий является частичная адентия фронтальной группы зубов. Отсутствие резцов влияет на эстетику, речь, дикцию и уверенность в себе любого человека. Отсутствие резцов возможно первичное или вторичное.

Первичная адентия — врожденное отсутствие зуба. Основные причины — это наследственные заболевания, а также неблагоприятные факторы, которые могли влиять на плод во время беременности: заболевания матери, гормональные сбои, нарушение минерального обмена и др.

Анализ распространенности врожденного отсутствия зубов по данным специальной литературы за период с 2003 по 2012 г. показывает среднестатистическое значение в 7,35% (таб. 1).

Таблица. 1. Эпидемиология адентии по данным литературы за 2003—2012 гг.

Автор	Год	Страна	Частота адентии, %
R. Silva Meza	2003	Мексика	2,7
A. Fekonja	2005	Словения	11,3
C. Flaig et al.	2005	Швейцария	5,9
M.D. Campoy Ferrer et al.	2005—2009	Португалия	6,1
M. Behr et al.	2006	Германия	12,64
Z.S. Albashaireh, Y.S. Khader	2006	Иордания	5,5
T. Endo et al.	2006	Япония (Ниигата)	8,5
K. Gabris et al.	2006	Венгрия	14,69
M. Szepesi et al.	2006	Венгрия	7,76
Y. Sisman et al.	2007	Турция	7,54
F. Maatouk et al.	2008	Тунис	13,3
E.C. Kuchler et al.	2008	Бразилия	4,8
T. Yamaguchi et al.	2008	Япония (Токио)	5,8
H.A. Goya et al.	2008	Япония (Мацудо)	8,5
C.J. Chung et al.	2008	Южная Корея	11,2
О.С. Чуйкин	2009	Россия (Башкирия)	5,57
K. Kure et al.	2009	Япония	5,1 (3,6—7,4)
K. Kure et al.	2009	Европейцы	5,9 (5,0—7,0)
A. Enache	2009	Румыния	9,62
R.R. Gomes et al.	2010	Бразилия	6,3
I.N. Zetu et al.	2010	Румыния	9,84
M. Celickoglu et al.	2010	Турция	4,6
E. Vahid-Dastjerdi et al.	2010	Иран	9,1
S. Ceh Smigoc, A. Fekonja	2008—2011	Словения	10,9
H.N. Kim et al.	2011	Южная Корея	11,2
A.B. Kokoglu et al.	2011	Турция	3,99
J. Kenrad et al.	2012	Дания	4,1

Аденция верхних боковых резцов встречалась чаще всего и составила 46,1%. Большинство исследователей и клиницистов сходятся во мнении, что первичная адентия чаще встречается у лиц женского пола (таб.2).

Таблица 2. Распространенность адентии в зависимости от пола обследованных

Авторы	Страна	Год	Число обследованных	Женский пол, %	Мужской пол, %
Н.В. Бондарец	Россия	1990	1516	57,81	42,19
C. Flaig et al.	Швейцария	2005	2270	7,0	4,9
A. Enache	Румыния	2009	968	62,22	37,77
I.N. Zetu et al.	Румыния	2010	2600	50,41	49,59
R.R. Gomes et al.	Бразилия	2010	1049	51,7	48,3
S. Ceh Smigoc, A. Fekonja	Словения	2008—2011	301	55,1	44,9
H.N. Kim et al.	Южная Корея	2011	1622	62,33	37,67
J. Kenrad et al.	Дания	2012	4756	54,87	45,13

При вторичной адентии потеря зубов происходит в течение жизни из-за заболеваний зубов, травм десен и эмали, удаления зубов, неправильного лечения и по прочим причинам. Частота адентии отдельных зубов у ортодонтических пациентов составляет 21,5%. Отсутствие боковых резцов выявлена у 18% пациентов, адентия центральных резцов встречается значительно реже (1,5%).

Существуют эффективные техники, которые могут предложить решение проблемы отсутствия резцов

1. Ортопедические. Стоматолог-ортопед предложит протезирование — коронки, мосты, микропротезы, импланты. Зачастую требует ортодонтической подготовки.
2. Ортодонтические. Врач-ортодонт определяет тип конструкций, брекет-системы или элайнеров:
  - Если дефицит места для протезирования сочетается с нарушением прикуса рекомендуется полноценная ортодонтическая коррекция с помощью брекет-системы или элайнеров.
  - Если смыкание остальных зубов — правильное, то достаточно провести лечение на частичной брекет-системе (рис.1)

На сегодняшний день ортодонтия является важным этапом комплексной реабилитации пациента — подготовки к протезированию и восстановления эстетики.

Для облегчения длительного процесса ортодонтического лечения (1-2 года) этап восстановления эстетики возможно провести параллельно с подготовкой к протезированию посредством временных ортодонтических конструкций- искусственных зубов, которые крепятся к ортодонтической дуге или к соседним зубам. При ношении элайнеров — вставляется в капу.

Сама конструкция может быть изготовлена как из стандартных пластмассовых искусственных зубов для съемного протезирования, так и смоделированы из композитного материала (рис.2, 3).



**Рис.1. Пациент (19 лет) с первичной адентией 12,22 зубов, мезиальным смещением 13, 23 зубов на место отсутствующих 12, 22 зубов. Лечение на брекет системе с последующим комouflажем 13,23 зубов посредством композитной реставрации.**



**Рис.2. Пациент (14 лет) с первичной адентией 12,22 зубов на этапе нивелирования, создания места для последующего протезирования.**

Использовать искусственные зубы фиксированных к брекет системе возможно только на этапе прямоугольных дуг после создания достаточного для протезирования места

для лучшей стабилизации конструкции. Рекомендую выводить искусственные зубы из прикуса для уменьшения нагрузки на соседние зубы.

При близком рассмотрении, будет заметно, что это не естественный зуб, но в целом улыбка будет выглядеть более эстетично, чем при полном отсутствии зуба. Так же использование данных конструкций даёт возможность пациенту оценить будущий результат и внести свои пожелания относительно эстетики будущего протезирования.



**Рис.3. Пациент (15 лет) с первичной адентией 12, 22 зубов на этапе ретенции и временного протезирования.**

По окончании ортодонтического лечения рекомендована ретенция посредством несъёмного ретейнера и дальнейшее протезирование отсутствующего зуба съёмными протезами у пациентов не достигших 18 лет (рис.4).



**Рис.4. Пациент, 15 лет, с вторичной адентией 11 зуба после создания места на брекет системе для рационального протезирования на этапе ретенции и временного протезирования.**

У взрослых пациентов возможна ортопедическая реабилитация непосредственно после снятия брекет системы, в случае использования имплантации- установка импланта возможна до окончания ортодонтии, что бы иметь возможность установки искусственной коронки сразу после окончания лечения на брекет системе (рис.5)



**Рис.5. Пациент, 21 года, с вторичной адентией зуба 21 после создания места на брекет системе для рационального протезирования на этапе ретенции и временного протезирования (ретенционная термовакуумная каппа с искусственным зубом) и имплантации с последующим изготовлением постоянной ортопедической конструкции.**

**Вывод:** использование временных эстетических конструкций способствует плодотворной работе ортодонт-ортопед за счёт точного определения размеров, формы и положения будущей ортопедической конструкции, а так же даёт возможность пациенту оценить будущий результат и внести свои пожелания относительно эстетики. Благодаря ранней эстетической реабилитации улучшается кооперация со стороны пациента, что упрощает ход самого ортодонтического лечения.

#### **Список литературы:**

1. Легович М., Новосел А., Легович А. Изучение ортодонтических аномалий в молочном и постоянном прикусе во временном аспекте // Стоматология. — 2001. — №5. — С. 54—56.
2. Персин Л. С. Стоматология детского возраста. В 3 ч. Часть 3. Ортодонтия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — С. 111.

3. Афанасьева В. В. Хирургическая стоматология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — С. 761
4. Водолацкий М. П., Водолацкий В. М., Бабанина Б. Г., Христофорандо Ю. Д.. Ортодонтия: учебное пособие для студентов-стоматологов / – 2-е изд., испр. и доп. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2014. – 208 с.
5. Сигуа Н. В. Адентия зубов - что это и почему возникает? –konfidencia.ru– 2023.

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ  
В ПРОЦЕССЕ ОНКОТЕРАПИИ**

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

Стоматологическая ортопедическая помощь пациентам с послеоперационными дефектами представляет большие трудности ввиду сложной анатомической вариабельности остаточных структур, наличия неоднородного слоя рубцово-измененной ткани в области протезного поля, ограничения или нарушения основных функций. Большинство побочных эффектов онкотерапии могут быть токсическим воздействием на специфический орган. Все пациенты с неопластическими поражениями, должны пройти стоматологическую санацию, получить консультацию о правилах гигиены полости рта и надлежащим образом быть мотивированы на её выполнение. Пациенты, должны быть проинформированы о возможном развитии гипосаливации, повышении риска развития инфекционных поражений, кариеса или остеонекроза, ассоциированных именно с эффектом химио- и радиотерапии.

**Стоматологическая подготовка к онкотерапии.**

- Желательно в полном объеме провести необходимое стоматологическое лечение, направленное на восстановление зубов, пораженных кариесом или патологической стираемостью, замену дефектных реставраций, удаление плохо фиксированных ортопедических конструкций и ортодонтических дуг.
- Профессиональная гигиена зубов является лучшим методом профилактики кровоточивости и инфицирования мягких тканей в ротовой полости.
- У детей необходимо провести удаление подвижных молочных зубов, а также тех зубов, которые, вероятно, не удастся спасти после проведения химио- и радиотерапии, с учетом времени, необходимого для заживления лунок перед началом противоопухолевой терапии.
- Пародонтально скомпрометированные зубы подлежат удалению, периодонтально – лечить посредством эндодонтического вмешательства
- Процедура экстракции зубов должна быть минимально инвазивной и выполняться за 3 недели, а лучше — за месяц до начала радиотерапии.
- Во избежание ранений слизистой оболочки полости рта острыми краями лунки следует сглаживать их сразу же после экстракции.
- Необходимо обеспечить первичное закрытие раны.
- Следует избегать внесения гемостатических препаратов внутрь лунки, поскольку в дальнейшем они могут стать очагом развития инфекции.

**Уход за полостью рта во время химио- и радиотерапии.**

1. С самого начала онкотерапии следует уделять особое внимание гигиене полости рта с целью профилактики развития возможных осложнений. Некоторые коммерчески доступные ополаскиватели, могут агрессивно воздействовать на слизистую полости рта, поэтому использование таковых должно быть прекращено.
2. В ходе проведения радиотерапии и после нее зубы могут стать гиперчувствительными, что может быть связано с уменьшением секреции слюны и снижением ее pH.

- Пациент должен использовать специальные защитные капы. Местное применение десенситайзеров, реминерализующей терапии позволяет купировать симптомы.
3. Имеющиеся протезы следует тщательно очищать и ежедневно обрабатывать антисептиками с целью профилактики развития грибковых поражений;
  4. Радиотерапия области головы и шеи может спровоцировать повреждение сосудов мышц, вызвать тризм жевательных мышц и суставной капсулы. Чтобы свести к минимуму влияние излучения на мышцы челюстно-лицевой области, при внешнем облучении необходимо выполнять упражнения для растяжки мышц 3—4 раза в день.
  5. Пациенты, которые подвергаются общему облучению тела или химиотерапии, имеют вероятность развития лейкоцито- и тромбоцитопении. Количество лейкоцитов может быть менее 2000 ед./мм<sup>3</sup>, иммунная система не в состоянии самостоятельно победить большинство инфекций. Часто отмечается уменьшение саливации и развитие оппортунистических инфекций. Гигиена зубов, в таких случаях должна проводиться 2—3 раза в день мягкими щетками, одноразовой стерильной губкой или ватным тампоном с последующим полосканием, возможно использование ирригаторов под небольшим давлением с физиологическим, или бикарбонатным, или раствором хлоргексидина 0,6 %, чтобы предотвратить развитие инфекционных поражений и облегчить симптомы ксеростомии
  6. При необходимости стоматологического хирургического вмешательства врач должен быть осведомлен о количестве лейкоцитов и тромбоцитов в крови пациента. Если количество тромбоцитов выше 50 000 ед./мм<sup>3</sup>, пациенту можно выполнять стоматологические манипуляции с использованием анестетиков без содержания адреналина или же с очень низкой его концентрацией, чтобы не нарушать местную микроциркуляцию. Кровоточивость слизистой оболочки полости рта обычно развивается при количестве тромбоцитов менее 5000 ед./мм<sup>3</sup>. Для контроля кровотечения могут быть использованы местные средства, например, давящая желатиновая губка с тромбином или микрофибрилярным коллагеном, а также антифибринолитические вещества в мягкой капле. Если подобные вмешательства не дают желаемого эффекта, необходимо совместно с лечащим врачом онкологом, рассмотреть лечение в стационаре.
  7. На ранних стадиях развития остеонекроза показано консервативное лечение. При образовании костного секвестра его сразу следует удалить для обеспечения процесса эпителизации. Протоколы для снижения риска развития остеонекроза включают в себя адекватный выбор эндодонтического лечения вместо экстракции зубов, профилактический прием антибиотиков, а также их использование после операционного вмешательства в течение двух недель, применение гипербарической оксигенации перед началом инвазивных процедур [5].

#### **Уход за полостью рта пациентами после онкотерапии**

Период после химиотерапии наиболее подходит для проведения большинства стоматологических процедур.

1. Уход за полостью рта должен включать ежедневную гигиену.
2. Умеренные противомикробные полоскания, например хлоргексидин 0,05%.
3. Местные анестетики и антигистаминные растворы.

4. Применение противовоспалительных средств местного действия.
5. При кандидозном поражении слизистой следует использовать противогрибковые препараты.
6. Адекватное увлажнение полости рта.
7. Применение пероральных лубрикантов.
8. Увлажнение воздуха.

### **Клинический случай.**

В ходе лечения новообразований, остеонекроз - является серьезным осложнением, возникающим после курса онкотерапии. Предрасполагающими факторами являются: хронический воспалительный процесс в полости рта, неудовлетворительная гигиена, доза облучения, побочные эффекты химиопрепаратов, локализация опухоли.

В клинику стоматологии ЧГМА, отделение №3 ортопедической стоматологии, на консультацию обратилась пациентка П. 56 лет, с целью разобщения гайморовой пазухи и полости рта. Объективно: асимметрия лица справа за счет западения щеки, правый угол рта опущен, гипестезия верхней губы правой стороны. Открывание рта – свободное, безболезненное. Движение суставных головок синхронное. Пальпация жевательных мышц безболезненная. В полости рта отсутствуют 1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.4, 2.5, 2.7, 2.8. Мягкие и минерализованные отложения в области всех присутствующих зубов. Кариес 2.3, 2.6, 3.7, 3.6, 3.4, 3.1, 4.1, 4.6. зубы устойчивые. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, умеренно увлажнена. Имеется дефект альвеолярного отростка, твердого нёба справа с проникновением в верхнечелюстную пазуху вследствие односторонней резекции. По классификации [4] зубочелюстно-лицевых дефектов В.Ю. Курляндского: 2 группа - дефект твердого неба, наличие опорных зубов на одной половине верхней челюсти, б подгруппа - полное отсутствие одной челюсти (фото.1).

Анамнез: 7 лет назад на верхнюю челюсть были установлены мостовидные штампованно-паянные конструкции с опорами на зубы справа на 1.7. и 1.3, слева на 2.3. и 2.6. До периода онколучения, со слов пациентки, протезы эксплуатировались удовлетворительно. Через 2 года диагностировали злокачественное новообразование правой молочной железы с метастазами в кости.



**Фото 1. Вид полости рта пациентки до лечения.**

Лечение проводили посредством радио- и химиотерапии азотсодержащим препаратом бисфосфонат золедроновой кислоты. Частым осложнением этой группы химиопрепаратов является остеонекроз [1, 3, 5]. После онкотерапии, пациентка стала предъявлять жалобы на боль, отек и воспаление десен в области 1.7. и 1.3. зуба. Врачом стоматологом была назначена консервативная терапия, приём антибиотиков, удаление мостовидной конструкции с опорных зубов 1.7. 1.3. и эндодонтическое лечение. Однако симптомы усиливались и распространились на 1.2., 1.1. появилась подвижность зубов, кровотечение из дёсен воспаление слизистой оболочки справа, неприятный запах, ограниченное открывание рта на ширину двух пальцев. На компьютерной томографии, на верхней челюсти справа были выявлены очаги деструкции с участками секвестрации, характерные для остеонекроза альвеолярного отростка с переходом на твердое нёбо. Врачом было принято решение: удаление 1.7., 1.3., 1.2., 1.1. зубов, односторонняя резекция альвеолярного отростка и твердого неба справа. Послеоперационный период, со слов пациентки, протекал удовлетворительно.

Окончательный клинический диагноз: Резекция правой верхней челюсти, послеоперационный дефект верхней челюсти справа. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти (II класс, 3 подкласс по Кеннеди), генерализованный катаральный гингивит слизистой оболочки обеих челюстей. Приобретенная контрактура нижней челюсти средней степени тяжести. Жевательная эффективность 57%.

Для полноценной реабилитации пациентов с послеоперационными дефектами требуется зубочелюстная ортопедическая реабилитация, восстановление замкнутости полости рта, для адекватного речеобразования, жевания и удержания пищи в полости рта, эстетическая реабилитация внешнего вида [2].

Пациентке было проведено стоматологическое лечение. Профессиональная гигиена полости рта Vector, обучение методам индивидуальной гигиены полости рта и ирригации области дефекта антисептическими растворами, контроль гигиенических навыков. Эндодонтическое лечение глубокого кариеса 2.1., 2.2., 2.3., 2.7. зубов. Данные мероприятия позволили добиться хорошего гигиенического состояния полости рта у больного. Ортопедическое лечение заключалось в изготовление частичного съемного пластиночного резекционного obturator на верхнюю челюсть с удерживающими кламмерами (рис. 2 а, б, в).



а)



б)



в)

**Рисунок 2. Частичный съемный пластиночный резекционный obturator верхней челюсти в полости рта пациентки: а - вид полости рта пациентки с установленным протезом; б - частичный съёмный пластиночный резекционный протез с obtурирующей частью; в - внешнего вид пациентки с протезом.**

Таким образом, со слов пациентки, ортопедическая конструкция протеза способствовала нормализации пережевывания и глотания щадящей пищи, адекватному восстановлению речи и дыхания, удовлетворительный внешний вид. Пациентка продолжает онкотерапию, предстоит дальнейшая реабилитация, функциональная поэтапная реконструкция.

Эффективность ортопедических методов устранения верхнечелюстных дефектов напрямую зависит от величин, топографии, количества отсутствующих и состояния оставшихся зубов, характера, предшествующего зубочелюстному протезированию, медикаментозного лечения.

#### **Список литература:**

1. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей Е.В. Фомичев [и др.] // Вестник ВолгГМУ. – 2019. – № 1 (69). – С. 3–8. doi.10.19163/1994-9480-2019-1(69)-3-8
2. Гилязетдинов Р.Л., Воробьева М.В., Матыцина Т.В. Особенности ортопедического лечения пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти // Евразийский Союз Ученых (ЕСУ). – 2017. – № 10 (43). – С. 25–26
3. Махова Л.В. Побочные эффекты золедроновой кислоты // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1-2. – С. 168–170. <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=4587> (дата обращения: 28.03.2024).
4. Поляков А.П., Ребрикова И.В. Современная онкологическая классификация дефектов верхней и нижней челюстей, комбинированных дефектов челюстно-лицевой области // Опухоли головы и шеи. – 2017. – № 4 (7). – С.10–23. [doi.org/10.17650/2222-1468-2017-7-4-10-23](https://doi.org/10.17650/2222-1468-2017-7-4-10-23)
5. Review A. Into the Effects of Pamidronic Acid and Zoledronic Acid on the Oral Mucosa in Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw / Bullock G. [et al.]. // Front Oral Health. – 2022. – Feb 9. – Vol.2. – P. 822411. doi: 10.3389/froh.2021.822411

<sup>1</sup>Казанцева Т.В., <sup>1</sup>Чижов Ю.В., <sup>2</sup>Егоров А.Н., <sup>1</sup>Казанцев М.Е.,

<sup>1</sup>Пахмутов Д.И., <sup>1</sup>Исаева Д.Е.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ РТА

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, (Россия)

<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова»,  
Якутск, (Россия)

**Введение.** В настоящее время злокачественные новообразования являются одной из серьезных проблем здравоохранения, которые имеют высокие показатели заболеваемости и смертности [1, 2, 4, 7, 8]. При этом определяется высокий уровень распространенности стоматологических заболеваний [3, 5, 6, 9-11]. Распространенность всех злокачественных новообразований в России в 2022 году составила 2758,3 на 100 тыс. населения. Численность контингента больных раком полости рта 31,7 на 100 тыс. населения. На поздних стадиях (III-IV), опухоли полости рта диагностированы у 60% больных [1, 7]. Частота злокачественных опухолей полости рта в Красноярском крае и Республике Саха (Якутия) с каждым годом увеличивается.

Вышеизложенное диктует необходимость проведения дальнейших исследований, направленных на совершенствование диагностики, лечения, профилактики и реабилитации онкологических заболеваний челюстно-лицевой области.

**Цель исследования.** Провести клиническую оценку стоматологического статуса у пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта.

**Материал и методы.** Объектом исследования стали пациенты с верифицированным раком полости рта в возрасте 25 лет и старше, находящиеся в стационарном лечении КГБУЗ «Краевая клиническая больница», а также данные ретроспективного анализа архивного материала отделения челюстно-лицевой и пластической хирургии ГБУ РС(Я) РБ№2–ЦЭМП, Клиники СВФУ. Всего обследовано 247 больных, из них мужчин – 169 человек (68,5%), женщин – 78 человек (31,5%). Для регистрации результатов исследования применялась карта оценки стоматологического статуса (ВОЗ, 2013). Кариес зубов определяли по данным распространенности и интенсивности. Показатели частоты и выраженности воспалительных заболеваний тканей пародонта оценивали по критериям индекса СРІ.

Клинический материал статистически обработан с вычислением среднеарифметической и среднеквадратических ошибок в программе «Microsoft Excel», (2021).

**Результаты и обсуждения.** Полученные данные характеризуют частоту и структуру злокачественных новообразований органов и тканей полости рта. Так, наиболее часто выявлялся рак языка в 32,53±0,64% случаях, рак губы – 24,82±0,84%, а остальные локализации составляли 42,65±0,49%. При этом распространенность кариеса зубов составляет 100%, где минимальный и максимальный показатели интенсивности колебались в пределах от 19,73±0,11 до 30,13±0,02, а в среднее значение находилось в пределах цифровых значений 25,91±0,06. Тем временем у мужчин средний показатель

интенсивности составляет  $26,47 \pm 0,09$ , а у женщин –  $22,67 \pm 0,21$  ( $p < 0,05$ ). В структуре составляющих компонентом индексов КПУ преобладает компонент кариозных зубов  $11,36 \pm 0,29$ , далее идут данные удаленные –  $8,12 \pm 0,26$  и пломбированные –  $5,09 \pm 0,29$ . Полученные результаты характеризуют потребность в стоматологической помощи больных с онкологическими заболеваниями органов и тканей полости рта.

Распространенность болезней пародонта у обследованных составляет  $98,54 \pm 0,01\%$ . При этом частота пародонтальных карманов в возрастной группе 65-74 года в 7,09 раз выше по сравнению с возрастной группой 25-30 лет. При этом интенсивность заболеваний пародонта по секстанту «Здоровые» в группе 65-74 года снижается в 9,79 раз по сравнению с группой лиц молодого возраста, что характеризует агрессивное течение болезней пародонта у лиц со злокачественными новообразованиями и определяют выраженную нуждаемость в стоматологической помощи.

Полученные данные определяют недостаточный уровень оказываемой лечебно-профилактической помощи высокий уровень потребности в стоматологической помощи. Данная ситуация определяет необходимость проведения плановой санации полости рта у больных с злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.

**Выводы.** При оценке стоматологического статуса у пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта выявлен высокий уровень распространенности кариеса зубов, заболеваний пародонта и потребности в стоматологической помощи. При этом санация полости рта и лечение заболеваний пародонта на этапах лечения и профилактики злокачественных новообразований полости рта имеют важное практическое значение. Кроме того, существует необходимость открытия региональных центров профилактики и ранней диагностики предраковых и онкологических заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области.

#### **Список литературы:**

1. Характеристика частоты и структуры злокачественных опухолей челюстно-лицевой области в Республике Саха (Якутия) / И.Д. Ушницкий, П.М. Иванов, А. А. Чахов [и др.] // Современное состояние и перспективы развития онкологической помощи в различных климатогеографических зонах: материалы XVIII межрегиональной конференции онкологов. – Якутск: ООО «Издательство Сфера», 2012. – С. 38-39.
2. Состояние иммунитета у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области/ Ж.В. Выходцева, И.С. Пинелис, И.Д. Ушницкий [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2010. – Т.29, вып.1. – С. 39-41.
3. Характеристика факторов риска формирования и развития патологических процессов тканей пародонта воспалительно-деструктивного характера у населения, проживающего в условиях Севера / А.В. Иванов, И.Д. Ушницкий, А.В. Юркевич [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2020. – Т.71, вып.3. – С.92-95. DOI 10.25789/YMJ.2020.71.24. EDNBRELEG.
4. Состояние системы гемостаза у больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести при альтернативных методах лечения / И. Б. Лхасаранова, Ю.И. Пинелис, И.Д. Ушницкий // Якутский медицинский журнал. – 2021. – Т.73, вып. 1. – С.29-33. DOI 10.25789/YMJ.2021.73.08. EDNZMQIZE.

5. Особенности проявления жевательного рефлекса у пациентов после стоматологической реабилитации зубными протезами на искусственных опорах / М.И. Музыкин, А.К. Иорданишвили, Е.Н. Жарова [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2021. – Т.76, вып. 4. – С.38-42. DOI 10.25789/YMJ.2021.76.09. EDNEULHED.
6. Особенности биофизических свойств и состава ротовой жидкости у детей с дисплазией соединительной ткани, проживающих в условиях высоких широт / Е.Ю. Никифорова, И.Д. Ушницкий, А.М. Аммосова // Якутский медицинский журнал. – 2016. – Т.56, вып. 4. – С.41-44. – EDNXGXFMZ.
7. Показатели врожденного и адаптивного иммунитета при хроническом генерализованном пародонтите у больных пожилого и старческого возраста. / И.С. Пинелис, Ю.И. Пинелис, М.С. Малежик [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2020. – Т.169, вып. 1. – С.63-67. DOI 10.25789/YMJ.2020.69.15. EDNREBJQR.
8. Анализ и оценка потребности в стоматологической помощи жителей промышленных районов Якутии / А.Д. Семенов, И.Д. Ушницкий, А.С. Рогалева // Якутский медицинский журнал. – 2016. – Т.53, вып. 1. – С.40-42. EDNVQWIIJ.
9. Частота и структура патологических процессов тканей пародонта воспалительно-деструктивного характера у населения дальневосточного региона / М.Б. Сувырина, И.Д. Ушницкий, А.В. Юркевич [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2018. – Т.63, вып. 3. – С.71-74. DOI 10.25789/YMJ.2018.63.24. EDNUYXNNV.
10. Этиологическая и патогенетическая характеристика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний пародонта / О.С. Унусян, И.Д. Ушницкий, Я.А. Ахременко [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2022. – Т.78, вып. 2. – С.36-41. DOI 10.25789/YMJ.2022.78.09. EDN WQMFWA.
11. Temporal and mandibular joint computed tomography application efficiency during the record of jaw central correlation / D.V. Mikhalchenko, A.V. Yurkevich, I.D. Ushnitsky [et al.] // Drug Invention Today. – 2019. – Vol.11. – №3. – pp. 753 – 757.

Катман М.А., Яшнова Н.Б., Пинелис И.С.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НА ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ ЕЕ РАЗВИТИЯ *ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

**Актуальность.** Невралгия тройничного нерва (НТН) выделена в отдельную нозологическую форму в 1756 году. Несмотря на то, что со времени ее первого описания прошло более 200 лет, вопросы этиологии, патогенеза и лечения нельзя считать полностью решенными.

По данным ВОЗ НТН страдает более 1 миллиона человек во всем мире, что составляет в среднем 2-4 человека на 100000 населения. В Российской Федерации ее распространенность колеблется от 30 до 50 больных на 100000 населения.

Невралгия тройничного нерва – это симптомокомплекс, проявляющийся приступами мучительных болей, локализующихся в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Она чаще возникает у женщин, чем у мужчин (соотношение 3:2) в возрасте от 40 лет и старше. У 60% пациентов приступы болей возникают в правой половине лица; у 98% в процесс вовлекаются вторая и третья ветви тройничного нерва.

Известно, что сдвиги в системах гемостаза и иммунитета влияют на состояние гомеостаза, вплоть до развития самостоятельных синдромов и болезней, не исключено, что патологические процессы в нервной системе могут вызывать изменения в них. Доказано, что между системами гемостаза и иммунитета существуют тесные связи, образующие единую защитную гуморальную систему организма.

В литературе имеются сообщения об успешном воздействии на иммунную систему, гемостаз и неспецифическую резистентность биорегулирующей терапией. Однако исследований, посвященных эффективности применения биорегуляторов при лечении НТН, в доступной литературе нами не найдено.

**Целью работы** нашего исследования стало изучение состояния системы гемостаза и иммунитета у больных с НТН и их коррекция биорегулирующими пептидами.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения поставленной цели под нашим наблюдением находилось 90 больных с диагнозом: Невралгия тройничного нерва, в возрасте от 42 до 68 лет. У большинства из них преобладала правосторонняя локализация невралгии с поражением III ветви тройничного нерва. Длительность заболевания от 5 до 27 лет. Все пациенты ранее получали амбулаторное и стационарное лечение в неврологических и челюстно-лицевых отделениях г.Читы и Забайкальского края.

Последнее, заключалось в назначении противоэпилептической, седативной, симптоматической и витаминотерапии. Кроме того, проводили блокады с 10° этиловым спиртом или алкоголизацию 80° этиловым спиртом периферических ветвей тройничного нерва.

Данный лечебный комплекс приводил к ремиссии заболевания от 3 месяцев до 1,5 лет, но полного излечения НТН у больных отмечено не было.

Все пациенты были разделены на две группы. В группу клинического сравнения вошло 35 больных с НТН, получавших Финлепсин по 0,023 раза в день в течение месяца, сибазон 0,005 1 раз в сутки, витамины В1, В6 по 1 мл внутримышечно по 10 инъекций. Пациенты

основной клинической группы (55 человек) получали дополнительно в комплексе лечения биорегуляторы: кортексин и эпиталамин. Препараты вводили внутримышечно по 1 мг на протяжении 10 дней. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров в возрасте 35-45 лет.

Клиническую эффективность терапии оценивали на основании частоты, длительности и интенсивности болевого приступа, сроков ремиссии и др.

При изучении системы гемостаза определяли время рекальцификации плазмы, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое и тромбиновое время, тромботест, концентрацию фибриногена, Хагеман-зависимый фибринолиз, антитромбин – III, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК).

Для оценки состояния иммунитета исследовали количество лейкоцитов, лимфоцитов, субпопуляции лимфоцитов, уровень иммуноглобулинов А, М, G и С-реактивного белка.

**Результаты исследования.** При поступлении больные групп сравнения предъявляли жалобы на типичные приступы невралгии, с характерными провоцирующими факторами и типичным болевым поведением. Применение традиционной терапии приводило к уменьшению болей (75%) или их полному устранению (25%) после курса лечения Финлепсином.

После лечения с применением биорегуляторов 90% больных с НТН отмечали после первых инъекций снижение интенсивности болей, сокращение длительности и частоты приступов, по сравнению с контрольной группой. После проведенной терапии срок ремиссии в группе клинического сравнения в среднем составил 3,5 месяца, в основной группе увеличился до 7,5 месяцев.

У больных с НТН в период обострения до лечения отмечено удлинение времени рекальцификации плазмы, повышенное содержание продуктов деградации фибриногена, снижение активности антитромбина – III и торможение фибринолиза.

Полученные факты указывают на наличие у пациентов хронической формы ДВС-синдрома. Это подтверждалось также результатами показателей АЧТВ, тромботеста, РФМК. У больных первой группы после традиционной (противосудорожной) терапии усиливался гемокоагуляционный потенциал и лабораторные признаки внутрисосудистого свертывания крови.

У лиц, получавших дополнительно биорегулирующую терапию, выявлено повышение активности антитромбина – III, ускорился фибринолиз, уменьшалась частота выявления продуктов деградации фибрина в крови. Исследование состояния иммунитета у больных с НТН до лечения выявлена лимфоцитопения на фоне выраженного лейкоцитоза. Кроме того, обнаружено у них снижение более чем в 2 раза относительного содержания CD 3+, CD 4+ – более чем на 20%, CD 8+– на 10%.

Изучение показателей гуморального иммунитета свидетельствовало о повышенном содержании количества CD 22+ и концентрации иммуноглобулинов А, М, G. Эти результаты говорили о наличии у больных рассогласованности деятельности иммунной системы.

В группе клинического сравнения у пациентов после лечения не происходило существенных изменений и в системе иммунитета. Содержание лейкоцитов несколько уменьшилось, но продолжало заметно превышать норму. Кроме того, отмечена лишь

тенденция к восстановлению уровня лимфоцитов. Относительное содержание всех иммунокомпетентных клеток продолжало существенно снижаться (CD 3+, CD 8+, CD 4+), а концентрация иммуноглобулинов А, М, G оставалась без перемен.

В группе пациентов, получавших помимо традиционной терапии биорегуляторы, отмечено восстановление числа лейкоцитов, лимфоцитов, CD 8+ и уровень Ig А, Ig М и Ig G. Остальные показатели клеточного и гуморального иммунитета имели явную тенденцию к нормализации.

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что включение биорегуляторов в комплекс традиционного лечения НТН способствует повышению эффективности реабилитационных мероприятий (удлиняет сроки ремиссии, снижает интенсивность и частоту болевого приступа), нормализации показателей гемокоагуляции и специфического иммунитета. Кроме того, биорегулирующая терапия способствовала ликвидации последствий невралгии тройничного нерва (фобический синдром, постинъекционные невриты и др.).

#### **Список литературы:**

1. Балязина Е.В. Способ лечения невралгии тройничного нерва: пат.2651767 Рос. Федерации / Е.В. Балязина, Т.А. Исаханова. - № 2017124774; зарег.23.04.2018 -приоритет 11.07.2017.
2. Балязина, Е. В. Комплексная терапия классической невралгии тройничного нерва / Е. В. Балязина, Т. А. Исаханова, Н. А. Алексеева // Кубанский научный медицинский вестник. - 2017. - №2.
3. Bendtsen, L. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. / L. Bendtsen, J. M. Zakrzewska, J. Abbott [et al.] // Eur J Neurol 2019. - Vol.26. - P. 831-849.
4. Cruccu, G. Trigeminal Neuralgia. / G. Cruccu, G. Di Stefano, A. Truini // New England Journal of Medicine. - 2020 - Vol.383(8). - P. 754-762.
5. Lee, C. Epidemiology of trigeminal neuralgia: an electronic population health data study in Korea. / C. Lee, H. Jang, H. Won, J. Kim [et al.] // Korean J Pain - 2021. -Vol. 34. - P.332-338.
6. Nova, C. V. Treatment Outcomes in Trigeminal Neuralgia-A Systematic Review of Domains, Dimensions and Measures. / C. V. Nova, J. M. Zakrzewska, S. R. Baker, R. N. Riordain // World Neurosurg X. - 2020. - Vol.6. - P. 100070.
7. Silva, M. Trigeminal Neuralgia: Etiology, Diagnosis, and Treatment. / M. Silva, O. Aviv // SN Comprehensive Clinical Medicine. - 2020. - Vol.2. - P. 1585 - 1592.

**Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А., Смирницкая М.В.**  
**МИКРОЗОНДИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ**  
**ФИССУРНОГО КАРИЕСА**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

**Актуальность.** Фиссуры зубов представляют собой естественные углубления эмали, располагающиеся на жевательной, щечной, небной поверхностях моляров и премоляров, а также в слепых ямках и на палатинальной поверхности фронтальной группы зубов. Формы фиссур различны и индивидуальны у каждого человека [4, 7].

Фиссуры являются анатомическими образованиями, которые после прорезывания зубов первыми поражаются кариесом. Это анатомически предрасположенная форма для поражения твердых тканей зубов и самая начальная [2, 3]. Широкая распространенность фиссурного кариеса по-прежнему остается актуальной проблемой в стоматологии на сегодняшний день [1, 4].

Диагностика начальной формы фиссурного кариеса представляет весьма трудную задачу. Так, фиссуры в условиях гипопфороза формируются чаще всего глубокими, что придает особую сложность диагностическому этапу [4]. Одним из традиционных методов исследования фиссур является зондирование с помощью зубоорачебного зонда. Так как диаметр зонда в большинстве случаев больше диаметра устья фиссуры, оценка состояния эмали в фиссурах обычным зондом затруднена и даже невозможна [5].

Процедура зондирования кариозной полости считается высокоточным методом диагностики зубных заболеваний. Ее важность подчеркивается тем, что она является обязательной на первичном приеме пациента у стоматолога. Точность и детализация информации, получаемой в результате зондирования, позволяют стоматологу эффективно планировать и реализовывать лечебные мероприятия, направленные на сохранение зубов и обеспечение здоровья полости рта [2- 4].

Причиной этого является затрудненная самоочищаемость, а также очищаемость специальными средствами гигиены полости рта, их недостаточная степень минерализации (ввиду того, что этот процесс длительный и зависит от ряда местных факторов) и сложная анатомическая форма, способствующая накоплению в них микробного и пищевого детрита.

Причинами развития кариеса фиссур на жевательной поверхности является разнообразие микрорельефа (эта область подвержена скоплению органических веществ и микроорганизмов) и длительный период созревания эмали после прорезывания зуба. Известно, что после прорезывания зуба первоначально минерализуются иммунные зоны - бугры, а затем фиссуры [3-5].

Зондирование кариозной полости зуба представляет собой важный метод клинического обследования зубов, направленный на выявление, оценку глубины и степени развития кариозного процесса. Метод осуществляется с использованием специального инструмента, известного как зонд, обладающего острым металлическим концом.

В ходе процедуры зуб внимательно исследуется с использованием мягких и острых движений зонда для определения различных состояний кариозных полостей.

Однако, как показывает врачебная практика, применяемые современные зонды

являются довольно грубыми инструментами, не позволяющими точно оценить наличие деструкции эмали на дне фиссуры.

Более того, имеющийся международный стандарт ISO 7492-2011 и российский ГОСТ на стоматологические зонды не регламентируют точную толщину острия терапевтического зонда, например, в сотых долях миллиметра (как это принято у эндодонтического инструментария).

**Цель исследования:** улучшить диагностику кариеса фиссур.

Для достижения поставленной цели последовательно решали следующие задачи:

1. уточнить параметры входного отверстия фиссур по данным научной литературы;
2. провести измерения диаметра применяемых терапевтических зондов;
3. разработать методику микрозондирования фиссур с помощью эндодонтических файлов;
4. провести сравнительную оценку эффективности диагностики фиссурного кариеса стандартным зондом и путем микрозондирования эндофайлом.

**Материалы и методы.** На первом этапе исследования был проведен литературный поиск данных авторов по морфометрическим показателям различных типов фиссур, а именно – ширины входного отверстия. Вторым этапом было определение точного диаметра острия стандартного изогнутого зонда с помощью эндодонтической линейки-калибратора фирмы Dentsply, имеющей измерительные металлические втулки по размерам ISO от 20 до 140.

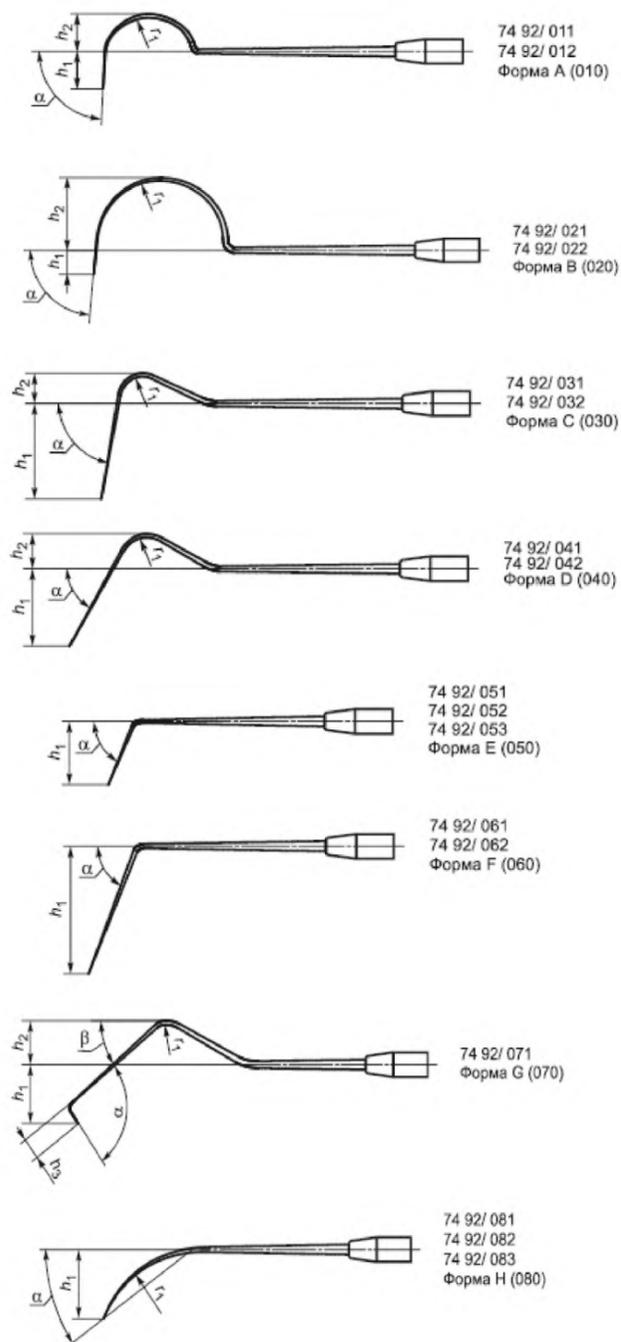
Третьим этапом исследования было уточнение методики микрозондирования и сравнительная оценка поражаемости кариесом у 30 студентов по величине распространенности (в %) и интенсивности (КПУ) методом стандартного исследования и микрозондирования.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам анализа специализированной литературы у большинства авторов было установлено, что ширина входа в фиссуры основных типов колеблется от 0,05 до 0,285 мм [1, 4] (Таб.1.). На втором этапе для определения точного диаметра острия стандартного изогнутого зонда были взяты 25 новых стоматологических зондов формы F (см. Рис.1)

Таблица 1.

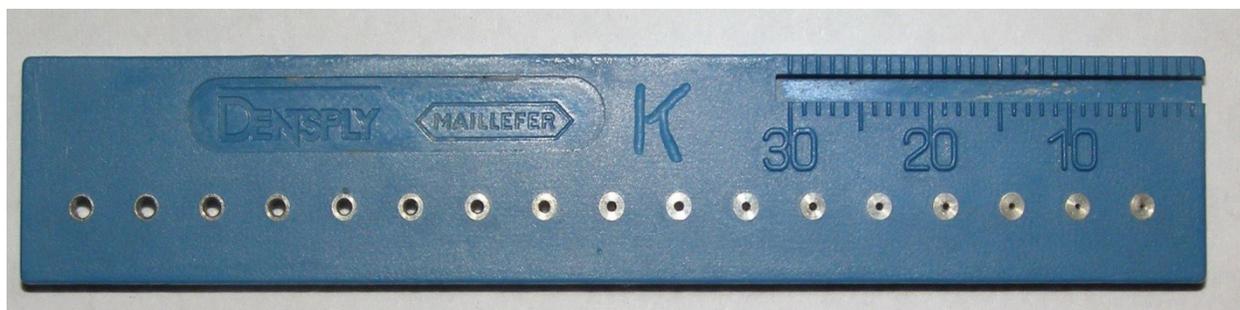
Морфометрические показатели фиссур зубов Morphometric indicators of dental fissures

Разновидность фиссуры	Ширина фиссуры, мкм			Длина фиссуры, мкм
	устье	дно	середина	
Желобовидная	185,5	95,7	140,5	150,8
Колбообразная	88,5	56,8	90,4	529,3
Конусовидная	170,4	28,5	125,5	374,5



**Рис.1. Виды зондов стоматологических по стандарту ISO 7492-2011**

Далее мы провели калибровку выбранных зондов с помощью эндодонтической линейки фирмы Dentsply (см.Рис.2.).



**Рис.2. Линейка-калибратор**

Важным аргументом в пользу выбора именно данной модели линейки послужило наличие металлических втулок (не изнашиваются с течением времени).



**Рис.3. Измерение диаметра острия стандартного зонда в эндолинейке**

Результаты измерений показали, что средняя толщина острия терапевтического изогнутого зонда оказалась равной  $0,40 \pm 0,03$  мм, что практически вдвое больше входного отверстия в фиссуру.

На заключительном этапе исследования было проведено обследование 120 моляров у 30 студентов стом.факультета в возрасте 19-20 лет, с целью уточнения методики микрозрндирования. Кариозной считали фиссуру, если введенный в нее файл без

удержания пальцами не выпадал из фиссуры. Оптимальным диаметром эндофайла (К-файл), позволяющим провести более точную диагностику состояния фиссур, исходя из данных таб.1, были размеры № 15 и 20. Применять более тонкие файлы мы не рекомендуем, т.к. при микрозондировании их кончик легко загибается и становится непригодным для последующих работ.

Следующим этапом исследования была оценка заболеваемости кариесом в группе студентов 4 курса (30 человек) двумя исследователями, один из которых применял обычный зонд, второй - микрозондирование файлом.

При исследовании обычным зондом распространенность кариеса оказалась равной 85%, интенсивность по КПУ –  $16 \pm 0,2$ . Произведя микрозондирование, показатели заболеваемости возросли до 89% и  $19 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ) соответственно. Эндофайл (№20) вводился в исследуемую фиссуру вращательным движением, и его фиксация в фиссуре без удержания пальцами свидетельствовала о размягчении твердых тканей зуба и наличии кариозного процесса, не выявленного при применении обычным терапевтическим зондом (Рис.4).



**Рис.4. Удержание файла в фиссуре при наличии кариеса**

Таким образом, микрозондирование с применением эндофайла является более точным методом обнаружения размягченных тканей в фиссуре пораженного кариесом зуба. Метод может стать основой для выработки индивидуального плана лечения пациента. В зависимости от выявленных изменений стоматолог может выбирать различные лечебные процедуры. Например, если фиссура не размягчена, есть возможность проведения профилактической герметизации фиссур, при поверхностных поражениях возможно декорирование фиссуротомом до здоровой ткани эмали, в случае более глубоких поражений применимо более интенсивное вмешательство (препарирование и пломбирование).

## Список литературы:

1. Бавыкина Т.Ю. Состояние фиссур зубов с незавершенной минерализацией эмали / Т.Ю. Бавыкина, Н.А. Глухарева, Л.А. Соловьева // Актуальные проблемы медицины. - 2020.- т.43, №2. - С.229-236.
2. Кисельникова Л.П. Профилактика фиссурного кариеса / Л.П.Кисельникова, Е.С.Бояркина // Dental Юг. – 2008. – №5. – С. 32–38.
3. Кисельникова, Л.П. Способ диагностики начального кариеса фиссур моляров с незаконченной минерализацией эмали / Л.П.Кисельникова // Новое в технологическом обеспечении стоматологии : материалы конф. стоматологов. – Екатеринбург, 1992. – С. 19–22.
4. Кисельникова Л.П. Фиссурный кариес (диагностика; клиника, прогнозирование, профилактика, лечение): Автореф. дис. докт. мед. наук. Омск, 1996. - 41 с.
5. Попруженко Т.В., Кленовская М.И. Профилактика кариеса в ямках и фиссурах зубов: учеб.- метод. пособие. - 2-е изд., перераб. – Минск: БГМУ, 2010, 90 с.
6. Постолаки А.И. Некоторые особенности анатомо-морфологического строения естественных ямок и фиссур боковых зубов / А.И. Постолаки // Евразийский Союз Ученых ЕСУ Мед.науки.- 2016, №29. –С.53-55.
7. Степанова Т.С. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики кариеса в области фиссур постоянных зубов у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Смоленск, 2011. - 43 с.

Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В., Кукушкина Е.А.

## ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ЭНДОДОНТА НИЖНИХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

**Введение.** В настоящее время накоплен достаточно большой объем данных по особенностям строения пульпарной камеры зубов у различных народов и ее изменчивости в процессе эволюции [2, 3, 4]. В то же время индивидуальные, расовые, возрастные вариации строения эндодонта остаются недостаточно изученными. Детальное исследование корневой системы зубов имеет не только теоретическое, но и практическое значение для качества эндодонтического лечения. В таких ситуациях для осуществления качественного лечения исключительно важно знать об этнических вариациях строения корневых каналов (КК) зубов, их частоты и расположения [7-11].

На сегодняшний день известно, что постоянные нижние моляры могут иметь как дополнительный канал дистального корня, так и отдельный дисто-лингвальный корень, называемый в одонтологии Radix Entomolaris (RE). Распространенность RE нижних моляров по данным литературных источников различная. Так, ряд авторов (Ahmed и др. (2007), и Schäfer и др. (2009)) выявили RE первых нижних моляров у 0,68% кавказцев, у 3% африканского населения и до 40% монголоидных популяций [ ]. Эти данные в последующем подтвердили Chen и др., Song и др. (2010), Gu и др. (2010), которые сообщали о высокой распространенности дополнительного корня среди жителей азиатских стран – от 5,8% до 30% и более [ 8 ].

Этиология формирования RE до сих пор неясна. В дисморфичных (дополнительных) корнях его формирование может быть связано с внешними факторами во время одонтогенеза или с пенетрантностью атавистического гена или полигенетической системы (атавизм - проявление признака после отсутствия у нескольких поколений). В эуморфных корнях расовые генетические факторы вызывают более сильное проявление конкретного гена, что приводит к более выраженным фенотипическим проявлениям. Керзон предположил, что черта «трех-корневой нижний моляр» связана в высокой степени с генетической пенетрантностью, так как ее распространенность была одинаковой как в чисто эскимосской, так и в смешанной эскимосско-кавказской группе. RE может быть найден в первом, втором и третьем моляре нижней челюсти, реже всего встречается у второго моляра. Некоторые исследователи сообщали о двусторонних возникновениях RE в от 50% до 67% случаев [7-11].

В предыдущем нашем исследовании мы высказали предположение о влиянии брахицефалического типа черепа монголоидов (бурят) на частоту встречаемости RE [4]. Однако конкретных исследований подобной корреляции в доступной литературе мы не обнаружили.

**Цель исследования** – изучить связь топографии эндодонта постоянных нижних моляров (частоту встречаемости корня RE) и типа черепа в различных этнических группах населения на основании данных кефалометрии и конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) черепа.

Для достижения поставленной цели последовательно решались задачи:

- 1) провести первичный опрос и осмотр лиц, направляемых на КЛКТ черепа, для выявления коренных представителей интересующего этноса (буряты);
- 2) с применением критериев исключения сформировать опытную группу лиц для проведения кефалометрии и анализа полученных у них КТ-грамм;
- 3) оценить корреляции типов черепа и частоты встречаемости среди них корня RE в обеих группах.

**Материалы и методы.** Для формирования опытной группы и снижения метисации был проведен первичный опрос и осмотр лиц бурятской национальности, направляемых на КЛКТ, в стомат.поликлинике №2 г. Улан-Удэ, респ.Бурятия. Всего было осмотрено 1267 человек от 18 до 50 лет, однако коренных представителей этноса выявлено всего 205.

Критериями исключения были:

- анамнестические и антропологические признаки немонголоидной расы;
- возраст пациента (младше 18 и старше 45 лет);
- отсутствие первых нижних моляров (адентия);
- отсутствие на КТ-грамме изображения нижних моляров или ее невысокое качество, что не позволяло достоверно подтвердить или опровергнуть наличие *Radix Entomolaris*.

Выбор данной возрастной группы (18-44 года по ВОЗ) был обусловлен контингентом обслуживания поликлиники и сроками формирования и функционирования полностью сформированных нижних постоянных моляров. У лиц старше 50 лет в 94% случаев первые нижние моляры были утрачены.

Контролем служили данные аналогичной возрастной группы лиц европеоидной расы, полученные в предыдущем исследовании [4] (см. Табл.1.)

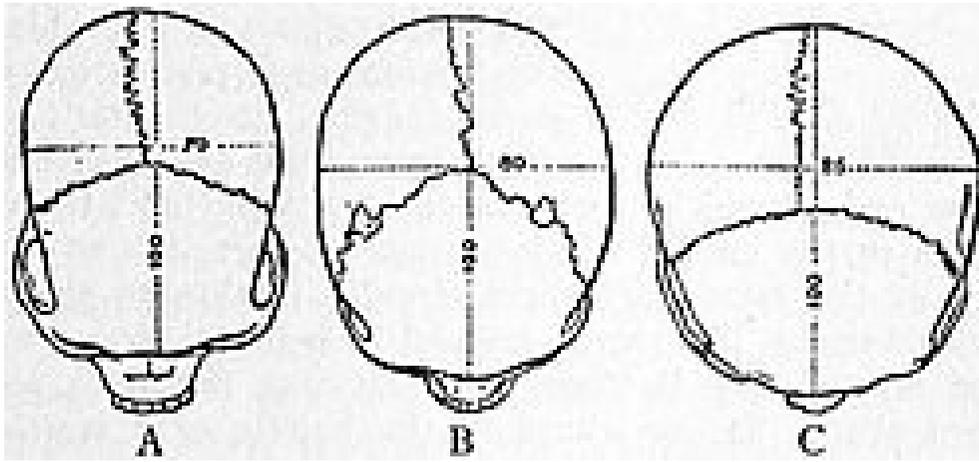
Таблица 1.

Распределение лиц обеих групп по возрасту и полу

Возраст (лет)	БУРЯТЫ (монголоиды)		Европеоиды	
	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН
18-44	36	56	124	182
45-59	46	67	41	121
<b>Итого</b>	<b>82</b>	<b>123</b>	<b>165</b>	<b>303</b>

Тип головы определяли по классическому черепному индексу (ЧИ) Ретциуса как отношение максимальной ширины свода черепа к его длине (ЧИ=75—79,9% - мезокефалия; ЧИ  $\geq$  81,0% -брахикефалия; ЧИ  $\leq$  75,9% - долихокефалия (см.Рис.1)).

Изучались аксиальные срезы лицевого черепа, сохраненные в памяти компьютера в виде файла формата DICOM, позволяющие обнаружить дополнительные каналы практически всех групп зубов. Внутри каждой группы проводился также анализ гендерных различий.



**Рис.1. Типы черепа (А-долихо-, В-мезо-, С- брахицефалия)**

Полученные данные обработаны с использованием пакета программ статистического анализа Statistica 6.0 (StatSoft, USA). Для сравнения относительных величин использовали метод расчета критерия  $\chi^2$  Пирсона с оценкой достоверности различий ( $p$ ). Взаимосвязи показателей изучены с применением коэффициента ранговой корреляции  $\rho$  Спирмена. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** По типу строения черепа 63 человека принадлежали к мезоцефалическому типу (черепной индекс 75—79,9%), 68 — брахицефалическому (черепной индекс  $\geq 80,0\%$ ), 55 — долихоцефалическому (черепной индекс  $\leq 74,9\%$ ).

Частота встречаемости RE и ее корреляция с типом черепа приведены в табл.2.

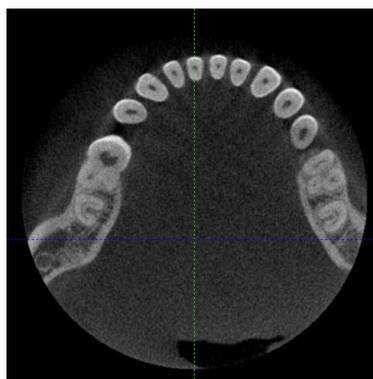
Таблица 2.

Частота встречаемости RE в различных типах черепа (опытная группа)

Отдельный дисто-язычный корень первого моляра RE у лиц бурятской национальности

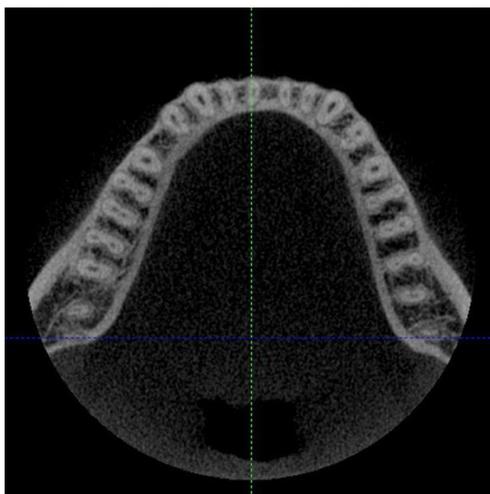
Тип черепа	Брахицефалы, %, абс.	мезоцефалы	долихоцефалы
Обычная анатомия эндодонта	33,2 (68)	30,7 (63)	26,8 (55)
Наличие RE	4,9 (8)	2,4 (7)	1,9 (4)
контроль	0	0	0
<i>Корреляция, <math>\rho</math></i>			0,2

был обнаружен в 9,3% случаев (в контроле - 0%,  $\chi^2=2,87$ ,  $p < 0,05$ ) (Рис.3).



**Рис.3. Отдельный дисто-язычный корень первого нижнего моляра**

Также у лиц бурятской национальности в 26% случаев был обнаружен второй КК в дистальном корне моляра (D2) (в контроле - 10%,  $\chi^2=2,87$ ,  $p<0,05$ ) (Рис.4).



**Рис.4. Двухканальный дистальный корень первого нижнего моляра в опытной группе**

Таким образом, анализ показал слабую положительную корреляцию распределения RE по типам черепа у исследуемого этноса.

Гендерных различий внутри обеих этнических групп не выявлено.

#### **Выводы:**

1. Частота обнаружения RE у лиц бурятского этноса достоверно выше, чем у европеоидов.
2. Отсутствие корреляции частоты выявления RE и типа черепа в опытной группе позволяет считать наличие этого корня у изучаемого этноса эуморфным (наследуемым) анатомическим признаком.

#### **Список литературы:**

1. Бер Р. Эндодонтология / Р.Бер, М.Бауман, С.Ким // Пер. с англ. под общ. ред. проф. Т.Ф. Виноградовой. - М.: МЕДпресс - информ, 2010. - 368 с.: ил. Ber R. Endodontologiya / R.Ber, M.Bauman, S.Kim // Per. s angl. pod obshh. red. prof. T.F. Vinogradovoj. - M.: MEDpress - inform, 2010. - 368 s.: il.
2. Дмитриенко С.В. Анатомия зубов человека / С.В.Дмитриенко, А.И.Краюшкин, М.Р.Сапин. - М.: Н.Новгород, 2003. - 226 с. Dmitrienko S.V. Anatomiya zubov cheloveka / S.V.Dmitrienko, A.I.Krayushkin, M.R.Sapin. - M.: N.Novgorod, 2003. - 226 s.
3. Коэн С. Эндодонтия (8 издание, перераб. и доп.) / С.Коэн, Р.Бернс // - М.: Издательский Дом "STBOOK", 2007. - 1021 с. Koehn S. Endodontiya (8 izdanie, pererab. i dop.) / S.Koehn, R.Berns // - M.: Izdatel'skij Dom "STBOOK", 2007. - 1021 s.
4. Кукушкин В.Л. Клинические аспекты топографии эндодонта (по данным компьютерной томографии) / В.Л.Кукушкин, Е.А. Кукушкина, Я.В.Кукушкин // Эндодонтия today. - 2014. - №1. - С.23-26. Kukushkin V.L. Klinicheskie aspekty topografii ehndodonta (po dannym komp'yuternoj

- tomografii) / V.L.Kukushkin, E.A. Kukushkina, YA.V.Kukushkin // Эндодонтия today. - 2014. - №1. - S.23-26.
5. Кукушкин В.Л. О топографии дополнительных каналов постоянных зубов / В.Л.Кукушкин, Е.А. Кукушкина // Эндодонтия today. - 2008. - №1. - С.23-26. Kukushkin V.L. O topografii dopolnitel'nykh kanalov postoyannykh zubov / V.L.Kukushkin, E.A. Kukushkina // Jendodontiya today. - 2008. - №1. - S.23-26.
  6. Walker R.T. Pulp space and access cavities / Harty`s Endodontics in Clinical Practice // Ed. Pitt Ford T.R. – 4 ed. – Wright, 1996. – P.16-36.
  7. Calberson FL, De Moor RJ, Deroose CA. The Radix Entomolaris and Paramolaris: Clinical Approach in Endodontics. Journal of Endodontic. - 2007. - 33: 58-63 с.
  8. De Moor RJ, Deroose CA, Calberson FL. The Radix Entomolaris in Mandibular First Molars: An Endodontic Challenge. International Endodontic Journal; 37: 789-799, 2004.
  9. Wang Q, Yu G, Zhou XD, Peters OA, Zheng QH, Huang DM. Evaluation of X-Ray Projection Angulation for Successful Radix Entomolaris Diagnosis in Mandibular First Molars In Vitro. Journal of Endodontic; 37: 1063-1068, 2011.
  10. Souza-Flamini LE, Leoni GB, Chaves JFM, Versiani MA, Cruz-Filho M, Pecora JD, Sousa-Neto MD. The Radix Entomolaris and Paramolaris: A Micro-Computed Tomographic Study of 3-rooted Mandibular First Molars. Journal of Endodontic; 40:1616-1621, 2014.
  11. Calberson FL, De Moor RJ, Deroose CA. The radix entomolaris and paramolaris: clinical approach in endodontics. J Endod. 2007 Jan;33(1):58–63. Epub 2006 Jul 26.
  12. Carlsen O, Alexandersen V. Radix entomolaris: identification and morphology. Scan J Dent Res. 1990;98:363–73.
  13. RJG De Moor. The radix entomolaris in mandibular first molars: an endodontic challenge. Int Endo J. 2004;37:789–99.

*Авторы выражают глубокую благодарность С.Д. Аюшиеву, главному врачу городской стоматологической поликлиники №2 гор. Улан-Удэ за помощь в организации набора материала для исследования.*

**Малежик М.С., Петрова А.М., Дашибалбарова А.А.**  
**ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО**  
**ВОЗРАСТА И АКТИВНОСТИ КАРИЕСА**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

Развитие многих заболеваний полости рта начинается в детском возрасте, однако страх перед стоматологическим вмешательством у родителей и детей вызывает серьезную проблему сотрудничества и не позволяет врачу произвести необходимые мероприятия [1, с. 24]. Среди причин, вызывающих детскую тревожность на стоматологическом приеме, на первом месте, по мнению ряда исследователей, стоит негативный опыт лечения самих родителей, который был озвучен ими в присутствии ребенка, а также отсутствие психологической подготовки юного пациента к проведению специализированных манипуляций, как со стороны родителей, так и со стороны медицинского персонала [2, с. 1081-1082]. Большая эмоциональная напряженность снижает эффективность проводимого лечения, делает его невозможным и несвоевременным, что приводит к ухудшению общего стоматологического статуса ребенка. Конечной целью работы современного детского стоматолога является не только качественная санация полости рта, но и формирование позитивного перспективного поведения ребенка по отношению к стоматологическим манипуляциям [3, с. 120-124].

**Целью исследования** являлось изучение взаимосвязи степени стоматологической тревожности среди детей школьного возраста и активности кариеса зубов.

**Задачи исследования:**

1. Оценить индивидуальный уровень тревожности у пациентов школьного возраста, обратившихся за стоматологической помощью;
2. Рассмотреть основные причины обращения в стоматологическую поликлинику;
3. Провести корреляцию между степенью тревожности детей и активностью кариозного процесса.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе Лечебного отделения №3 ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» г. Улан-Удэ, в котором приняли участие 30 пациентов в возрасте 11-14 лет, обратившихся за стоматологической помощью. При сборе анамнеза выяснилось, что все 30 детей (100%) уже ранее обращались за стоматологической помощью, причем 11 из них (36,6%) – по острой боли. Анализ уровня тревожности каждого пациента перед стоматологическим приемом оценивался по шкале стоматологической тревожности Кораха, включающей в себя специальные вопросы, направленные на выяснение отношения пациентов к посещению врача-стоматолога [4, с. 596], и шкале Франкла [5, с. 293-309]. После установления типа поведения ребенка на амбулаторном приеме данные соотносились с определенным уровнем страха.

### Шкала стоматологической тревожности Кораха:

1. Какие чувства Вы испытываете в день посещения стоматолога?
  - А. Ожидаю визита к стоматологу с нетерпением.
  - Б. Не испытываю никаких особых переживаний.
  - В. Испытываю некоторое беспокойство.
  - Г. Опасаюсь болезненных ощущений.
  - Д. Серьезно напуган возможными действиями врача.
2. Какие чувства Вы испытываете, ожидая своей очереди в коридоре у кабинета стоматолога?
  - А. Расслабление.
  - Б. Беспокойство.
  - В. Напряжение.
  - Г. Значительное напряжение.
  - Д. Страх, повышенную потливость, чувство тошноты.
3. Какие чувства Вы испытываете сидя в кресле стоматолога и наблюдая, как врач готовит к работе бормащину?
  - А. Расслабление.
  - Б. Беспокойство.
  - В. Напряжение.
  - Г. Значительное напряжение.
  - Д. Страх, повышенную потливость, чувство тошноты.
4. Какие чувства Вы испытываете сидя в кресле стоматолога и наблюдая, как врач готовит инструменты?
  - А. Расслабление.
  - Б. Беспокойство.
  - В. Напряжение.
  - Г. Значительное напряжение.
  - Д. Страх, повышенную потливость, чувство тошноты.

#### Интерпретация результатов:

- ответу «А» соответствует 1 балл;
- ответу «Б» — 2 балла;
- ответу «В» — 3 балла;
- ответу «Г» — 4 балла;
- ответу «Д» — 5 баллов.

<b>Тест Кораха</b>	<b>Тест Франкла</b>	<b>Уровень тревожности</b>
4 балла	«F+++» абсолютно позитивное поведение: хорошие отношения со стоматологом, интерес к стоматологическим манипуляциям, смех и удовольствие.	Низкий уровень тревожности
5-9 баллов	«F+» позитивное поведение: принятие лечения, время от времени осторожность, готовность выполнять указания стоматолога, иногда с оговорками, но пациент сотрудничает с врачом-стоматологом.	

10-16 баллов	«F» негативное поведение: неохотно принимает лечение, отказывается от сотрудничества, некоторые несильно выраженные признаки негативного отношения (угрюмость, замкнутость, уход в себя).	Средний уровень тревожности
Более 17 баллов	«F--» абсолютно негативное поведение: отказ от лечения, сильный плач или крик, страх или любое другое явное свидетельство крайнего негативизма.	Высокий уровень тревожности

Для оценки стоматологического статуса у детей определялась активность кариозного процесса по Т.Ф. Виноградовой (путем подсчета индекса интенсивности КПУ+кп, КПУ для соответствующей возрастной группы).

**Результаты.** В процессе работы с детьми было проведено разграничение по типу поведения и отношению к врачу период начального общения с детским стоматологом. Полученные результаты показали, что у наибольшего числа детей – 18 (60%) отмечался средний уровень тревожности, число детей с низким уровнем тревожности – 7 (23,3%), высокий – отмечен у 5 детей (16,7%).

При этом выяснили у родителей, с какой целью они обратились к стоматологу: профилактический осмотр, жалобы на эстетический недостаток, обострение процесса.

Причина обращения	Низкий уровень тревожности		Средний уровень тревожности		Высокий уровень тревожности	
	n	%	n	%	n	%
Острая боль	1	14,2	3	16,6	5	100
Жалобы на эстетический дефект	2	28,5	5	27,7	–	–
Профилактический осмотр	4	57,1	10	55,5	–	–
Итого	7	100	18	100	5	100

При оценке активности кариозного процесса получены вполне ожидаемые результаты. Так у детей с высокой степенью тревожности отмечена некомпенсированная форма кариеса.

Активность кариеса зубов по Т.Ф. Виноградовой	Низкий уровень тревожности		Средний уровень тревожности		Высокий уровень тревожности	
	n	%	n	%	n	%
Компенсированная форма (менее 4)	5	71,4	7	38,8	–	–
Субкомпенсированная форма (5-8)	2	28,5	7	38,8	1	20
Декомпенсированная форма (более 8)	–	–	1	5,5	4	80
Итого	7	100	18	100	5	100

**Выводы.** В ходе исследования установлено определенное влияние уровня стоматологической тревожности на активность кариеса. Как правило, у тревожных пациентов диагностировано декомпенсированное течение кариозного процесса. Дети с низким уровнем тревожности чаще посещают стоматолога с целью профилактического осмотра, а дети с высоким уровнем тревожности обращаются к стоматологу обычно в экстренных случаях. Выявление страха у детей перед стоматологическим приемом и определение степени его интенсивности позволяет врачу-стоматологу выработать индивидуальный подход к каждому пациенту.

## Список литературы:

1. Власова Д.С. Стоматофобия как социальная проблема (факторы формирования и возможности профилактики) :автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград, 2012.24 с.
2. Косолапов Д.А.,Косолапова Е.А. Оценка степени тревожности детей перед стоматологическим вмешательством по шкале Кораха// Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6, № 6. С. 1081-1082.
3. МацкиеваО.В., СамохинаВ.И., ОреховаВ.В., Степанова И.М. Психоэмоциональная коррекция уровня тревожности у дошкольников на стоматологическом приеме // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии : сборник научных статей IX региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии, Хабаровск, 8 ноября 2019 г. / под редакцией А.А. Антоновой. Хабаровск, 2019.С. 120-124.
4. Corah N.L. Development of a dental anxiety scale// J. DentRes. 1969. № 48.P. 596.DOI 10.1177/00220345690480041801.
5. Frankl S.N. Pulp Therapy in Pedodontics // Oral Surg. 1972. Vol. 34, № 2.P. 293-309.DOI 10.1016/0030-4220(72)90422-7.

Малежик М.С., Петрова А.М., Грудина М.А.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ В Г. СРЕТЕНСКЕ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ**  
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

**Введение.** Гипоплазия эмали - это порок развития, возникающий в результате нарушения метаболических процессов в развивающихся зубах и проявляющийся в количественном и качественном нарушении в структуре эмали зубов.

Гипоплазия эмали возникает в результате нарушения двух взаимосвязанных процессов: секреции органической матрицы амелобластами и ослабления процесса минерализации эмалевых призм. Данная патология возникает при нарушении метаболических процессов в зачатках зубов под влиянием нарушения минерального и белкового обмена в организме плода или ребенка (системная гипоплазия) или местно-действующей на зачаток зуба причины (местная гипоплазия). Согласно статистике, в РФ 10% детей имеют гипоплазию молочных зубов, а у более чем 25% встречается патология постоянных зубов. Данная патология относится к заболеванию твердых тканей зуба. По данным Яцкевич Е.Е. и соавторов поражения твердых тканей зубов у детей с врожденными и наследственными заболеваниями проявляются системной гипоплазией эмали (48%), множественным осложненным кариесом (87% детей) и их сочетанием (40%) по сравнению с здоровыми детьми, у которых системная гипоплазия эмали (СГЭ) распространяется в 5-10% случаев, множественный кариес - в 10% и не встречается их сочетание [9-с.45]. Мексиканские ученые при обследовании детей, получили следующие данные по распространенности гипоплазии: наибольшая распространенность дефектов была обнаружена на постоянных центральных резцах верхней челюсти (44,4% с одной или несколькими гипоплазиями), за ними следуют постоянный клык верхней челюсти (28,0%) и остальные постоянные зубы (от 26,2 до 22,2%). Только 6,1% полностью прорезавшихся молочных зубов были гипопластичными [4]. Согласно данным статьи Шугуочжэни соавторов распространенность дефектов эмали в временном прикусе у этих детей составила 77,3%, при том данная патология связана с развитием общесоматических патологий у детей при рождении или в течение одного года после рождения [8].

Закладка зачатков временных зубов происходит с 6-8 неделю внутриутробного развития [7-с.132], а их минерализация с 4 по 6 месяцев гестации [5-с.89]. Гипоплазия временных зубов встречается после воздействия неблагоприятных факторов во внутриутробном развитии или в новорожденном и грудном возрасте. На 6 - 8 неделе будущая мама возможно даже и не знает о своей беременности. Средний срок постановки учета на беременность в городе Сретенске (по данным смотрового кабинета) за 2022 и 2023 годы составляет 8-9 неделю беременности, а за предыдущие годы 11-13 неделю. Как правило, системная гипоплазия эмали временных зубов отмечают у детей, чьи матери в период беременности перенесли: токсикоз второй половины беременности; инфекционные заболевания (краснуху, токсоплазмоз, грипп, острые респираторные вирусные инфекции); хронический пиелонефрит, хронический холецистит в стадии обострения: пороки сердца, нарушение обмена веществ в организме матери, диабет. Помимо этого СГЭ временных зубов наблюдают у детей, в анамнезе которых

присутствуют: недоношенность; родовая травма; перинатальная энцефалопатия; гемолитическая болезнь, связанная с резус-конфликтом, частые простудные заболевания, патологии желудочно-кишечного тракта [3-стр 94, 5-стр 219]. Японскими учеными было выдвинуто предположение, после проведенного исследования, что использование жаропонижающих анальгетиков во время беременности, а также частота прогулок и различия в солнечном времени в зависимости от месяца рождения ребенка могли повлиять на возникновение гипоплазии эмали [2-с.7]. На временных зубах часто наблюдают только смешанные формы гипоплазии эмали, на их фоне развивается кариес, затрудняющий диагностику [5- с. 221]. Возможным осложнением гипоплазии эмали может быть более агрессивное воздействие микроорганизмов на дентин зуба, что способствует быстрому развитию глубокого кариеса [1-стр 29]. Поэтому гипоплазии эмали следует рассматривать, как фактор риска возникновения кариеса у детей [6 -с.6].

**Актуальность** данной работы обусловлена тем, что распространенность гипоплазии эмали у детей от 3 до 6 лет в городе Сретенске не проводилась.

**Цель исследования:** выявить распространенность гипоплазии эмали среди детей в возрасте от 3 до 6 лет в городе Сретенске.

**Задачи:**

1. Изучить распространенность гипоплазии эмали зубов у детей в городе Сретенске;
2. Разработать методы профилактики и сан.бюллютени для предотвращения гипоплазии эмали, как молочных, так и постоянных зубов.
3. Провести литературный обзор по распространенности гипоплазии эмали молочных зубов.

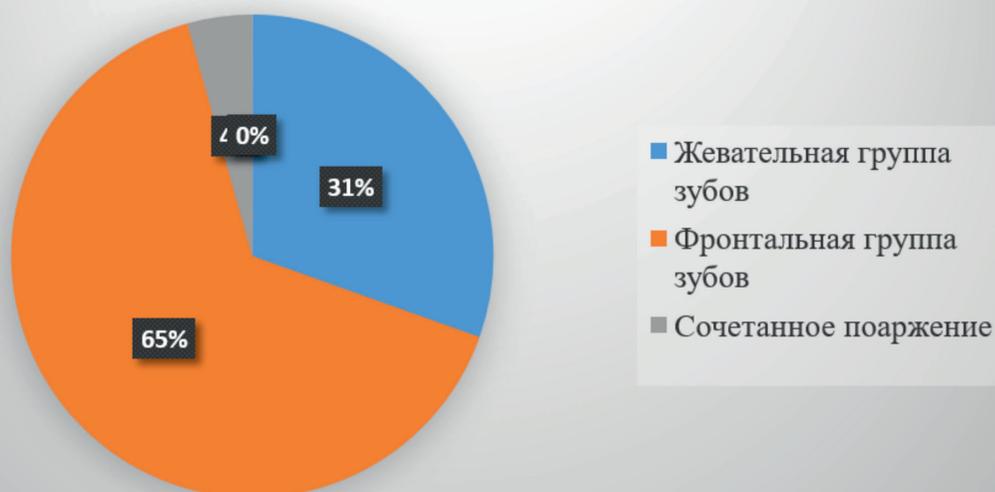
**Материалы и методы:** Проведено стоматологическое обследование 90 детей в муниципальных дошкольных образовательных учреждениях города Сретенска из 25 человек обследованы вовремя профилактических осмотров на амбулаторном приеме в ГУЗ «Сретенская ЦРБ».

Обследование проводилось путем визуального осмотра детей, сбора анамнеза у родителей. Статистическая обработка данных проводилась с помощью ЭВМ.

**Результаты исследования.**

В результате проведенного исследования выявлено наличие гипоплазии эмали у 25,6% из 90 человек обследованных. Поражение второго и первого моляра составило 30,45%, поражение центральных резцов и боковых составило 65,2%, сочетанное поражение наблюдалось в 4,35% случаев.

## Процент поражения различных групп зубов



При опросе родителей выявлены возможные причины развития гипоплазии эмали: ранние и поздние гестозы, оперативные вмешательства у ребенка в грудном периоде, повышенная частота заболеваемости ребенка ОРЗ с развитием осложнений (бронхиты, пневмонии) в грудном и раннем детском периоде, хронические заболевания ЖКТ у ребенка.

В основном выявлена смешанная форма гипоплазии эмали, что составило 91%, пятнистая форма - в 8% процентах случаев.

Активность кариеса по Виноградовой среди детей, у которых выявлена гипоплазия временных зубов, показала следующие результаты: у 8,7% обследованных компенсированная форма активности кариеса, 30,4% субкомпенсированная, 60,9% некомпенсированная.

## Активность кариеса по Виноградовой



**Выводы:** Таким образом распространенность гипоплазии эмали молочных зубов составило 25% от всех обследованных детей. Это говорит о том, что необходимо разработать и внедрить меры профилактики, которые предотвращают развитие нарушений обмена веществ в организме матери и ребенка в новорожденном, грудном и раннем детском периоде. Нужно усилить стоматологическую санитарно-просветительную работу в женских консультациях. Необходима санация хронических очагов инфекции (в том числе и одонтогенных) в период подготовки женщины к и во время беременности. Также важно предотвращать развитие инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей.

Необходимо обратить внимание на то, что средний показатели активности кариеса по Виноградовой соответствует декомпенсированной форме. Это говорит о том, что важно внедрить меры первичной и вторичной профилактики кариеса и его осложнений среди детей в дошкольных и школьных учреждениях города Сретенска, так как гипоплазия является фактором риска в развитии кариозного процесса. А также проводить регулярные медицинские осмотры и санацию полости рта у детей.

Были проведены санитарно-просветительные работы в муниципальных дошкольных образовательных учреждениях города Сретенска среди детей, воспитателей и родителей. Также санитарно-просветительная работа проводилась и на амбулаторном приеме в ГУЗ «Сретенской ЦРБ».

### **Список литературы:**

1. Алферова Е.А. Распространенность гипоплазии временных зубов у детей // Медицина и здравоохранение : материалы III Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2015 г.). Казань : Бук, 2015. С. 29-31. URL: <https://moluch.ru/conf/med/archive/154/7498/> (дата обращения: 28.01.2024).
2. Miyamoto A., Minagawa K., Nohno K., Kaneko N., Ichikawa Y., Hoshino T., Ito H., Yoshihara A. Prevalence and Cause of Enamel Hypoplasia in Primary Teeth among 1-year old Japanese Children // The Open Dentistry Journal. 2023. Vol. 17. e187421062303021. DOI: 10.2174/18742106-v17-230303-2022-93.
3. Виноградова Т.Ф. Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей : учебное пособие. 2-е изд. М. : МЕДпрессинформ, 2010. 168 с.
4. Гудман А.Х., Аллен Л.Х., Эрнандес Г.П., Амадор А., Арриола Л.В., Чавес А., Пелто Г.Х. Распространенность и возраст развития гипоплазии эмали у мексиканских детей // AmJPhysAnthropol. 1987. Vol. 72(1).P. 7-19. DOI: 10.1002/ajpa.1330720103.
5. Леонтьев В.К. Детская терапевтическая стоматология : национальное руководство / под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. 2-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 952 с.
6. Ожгихина Н.В., Закиров Т.В., Иощенко Е.С. Интенсивность кариеса и скорость слюноотделения у детей с системной гипоплазией эмали постоянных зубов. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=15227>.
7. Студеникина Т.М., Жарикова Н.А., Китиль В.В. Основы гистологии, цитологии, эмбриологии : учеб.-метод. пособие. Минск : БГМУ, 2014. 152 с.

8. Zheng S., Deng H., Bao Y. The study on the clinical manifestation of developmental enamel defects in primary dentition // Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2003. Vol. 21(3). 200-201.
9. Яцкевич Е.Е., Юрьева Э.А., Воздвиженская Е.С., Омарова З.М. Клинические проявления поражения твердых тканей временных и постоянных зубов у детей с врождёнными наследственными болезнями // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2010. №6. С. 42-44.

Найданова И.С., Писаревский Ю.Л., Савчинская О.А.,

Лхасаранова И.Б., Косолапова А.С.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ НА ЭТАПЕ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия),  
ООО «Ультра» (Центр рентген-диагностики Voxel)*

Лечение пациентов с заболеваниями зубочелюстной системы зачастую требует индивидуального подхода с привлечением врачей-стоматологов смежных специальностей. Достижение успешных результатов терапии невозможно без определения патологических состояний и тщательного планирования этапов лечения. Для этого применяются различные методы лучевой диагностики, одним из которых наиболее информативным по состоянию твердотканых структур является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) [2].

**Цель исследования.** Изучить возможности применения конусно-лучевой компьютерной томографии на этапе диагностики и планирования лечения в стоматологической практике.

**Материалы и методы.** Для достижения цели провели анализ 50 конусно-лучевых компьютерных томограмм (КЛКТ) пациентов с различными патологиями зубочелюстной системы, обратившихся в Клинику ЧГМА за 2022, 2023 и 2024 годы. Томографию выполняли с помощью устройства «Orthopantomograph™ OP 3D» на базе Центра рентген-диагностики «Voxel».

**Результаты исследования.** При оценке результатов КЛКТ на этапе терапевтического лечения и / или подготовки полости рта к манипуляциям смежных специалистов возможно определить: состояние твердых тканей сохранившихся зубов, наличие и обширность кариозного процесса, топографию и объем дефектов коронковых частей зубов, сохранность зон бифуркации многокорневых зубов, а также качество проведенного ранее реставрационного и эндодонтического лечения.

При наличии изменений в периапикальных тканях рекомендуется определять форму и локализацию патологического процесса, обширность деструктивных изменений пародонта с оценкой их степени и стадии поражения. Благодаря наличию функции оценки плотности костной ткани (денситометрия в единицах Хаунсфилда, HU), возможно выявить участки с повышенной и пониженной плотностью, что позволит судить о характере происходящих в пародонте изменений [3].

Планирование и проведение дентальной имплантации невозможно без анализа КЛКТ, который должен включать:

- обследование формы и морфологии альвеолярного гребня;
- установление линейных размеров предполагаемой области установки имплантатов;
- изучение топографии нижнечелюстного канала, гайморовой пазухи, ментального отверстия, резцового канала;
- выявление незавершенных удалений корней или ранее выведенного за верхушку корня пломбирочного материала.

Наличие библиотеки имплантов и супраструктур разных изготовителей в программном

обеспечении КЛКТ позволяет точно выполнить подбор будущей конструкции или выявить необходимость предварительной пластической работы с костными тканями челюстей. С помощью КЛКТ достоверно определяется положение имеющихся у пациентов дентальных имплантатов, качество соединения ортопедической конструкции и платформы имплантатов, степень и характер возможных изменений костной ткани вокруг имплантатов.

На этапе диагностики у стоматолога-ортопеда возможно проведение оценки имеющихся ортопедических конструкций: расположение культовых штифтовых вкладок, краевое прилегание реставраций, восстановление контактных пунктов, расположение краев коронок относительно края костной альвеолы, наличие не удаленных при цементировке коронок излишков фиксирующего материала [5].

Конусно-лучевая компьютерная томография височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) способна дать высокоинформативную визуализацию данной области. При изучении результатов исследования проводится анализ костных анатомических образований височно-нижнечелюстного сустава и их взаимное расположение в трёх проекциях.

В сагиттальном томографическом срезе обязательной оценке подлежат следующие параметры:

1. высота суставной ямки, т.е. расстояние от самой верхней точки суставной ямки до линии, соединяющей самую нижнюю точку суставного бугорка и самую нижнюю точку наружного слухового прохода;
2. размер суставной щели впереди от суставной головки — расстояние между передней точкой суставной головки и задним скатом суставного бугорка (переднее суставное пространство);
- 3) размер суставной щели выше суставной головки — расстояние от верхней точки суставной головки до самой верхней точки суставной ямки (верхнее суставное пространство);
3. размер суставной щели сзади от суставной головки — наименьшее расстояние между самой дистальной точкой суставной головки и задней стенкой суставной ямки (заднее суставное пространство);
4. длина переднего ската суставной ямки — расстояние от верхней точки суставной ямки до наиболее низкой точки суставного бугорка.

В аксиальном и коронарном томографических срезах оценивают отсутствие (или наличие) деформации головки и шейки мышечкового отростка. В коронарном томографическом срезе также оцениваются углы длинных осей суставных головок в срединно-сагиттальной плоскости [4].

Обязательно определяется наличие асимметрии положения суставных головок относительно суставных ямок и суставных бугорков слева и справа, а также возможная асимметрия суставного пространства с двух сторон. Также при изучении результатов конусно-лучевой компьютерной томографии имеется возможность оценки толщины и плотности кортикальной пластинки суставной головки и шейки мышечкового отростка (денситометрия), по результатам которой можно судить о симметричности работы пучков латеральной крыловидной мышцы, прикрепляющихся в этой области [1].

Оценка экскурсии головки мышечкового отростка нижней челюсти и ее отношение

к заднемускату суставного бугорка проводится при максимальном открывании рта. По результатам конусно-лучевой компьютерной томографии имеется возможность обнаруживать ранние изменения в ВНЧС дистрофическо-дегенеративного характера. Такие изменения на томографических срезах могут проявляться: сужением рентгеновской суставной щели, уплощением суставных поверхностей, субкортикальными кистами, эрозией суставных поверхностей (потерей непрерывности кортикального слоя), субкортикальным склерозом (локальным утолщением кортикальной пластинки), генерализованным склерозом (отсутствием четкой границы между кортикальным и губчатым слоями и потерей четкой ориентации трабекул губчатого слоя), остеофитами. Подобные изменения могут быть обнаружены также и при острых воспалительных поражениях височно-нижнечелюстного сустава, но в меньшей степени выраженности, причем преобладают признаки повреждения кортикальных пластинок без явного пролиферативного компонента. Выраженная патология зубочелюстной системы, например, снижение межальвеолярной высоты, как правило, приводит к изменению взаимоотношений элементов ВНЧС. В этом случае будет определяться дистализация суставных головок нижней челюсти и их смещение кверху, соответственно будет визуализироваться расширение суставной щели спереди от головки и сужение суставной щели в заднем и верхнем суставных пространствах. Для объективной оценки этих изменений исследование должно быть проведено в состоянии привычной окклюзии пациента. КЛКТ также позволит врачу-стоматологу-ортопеду увидеть изменения положения суставных головок на этапе планирования лечения: КЛКТ можно выполнить с депрограмматором или временными конструкциями. Сопоставление клинических данных с объемной 3D-визуализацией и возможностью прицельного обследования интересующих областей в трех измерениях позволяет принять решение о сохранении имеющихся зубов или, напротив, о необходимости их удаления, составить план подготовки к протезированию, включающий в себя терапевтическое лечение, хирургическую санацию, а также пародонтологическое и ортодонтическое лечение.

**Заключение.** Конусно-лучевая компьютерная томография является высокоинформативным диагностическим инструментом, предоставляющим возможности для оценки имеющихся изменений элементов зубочелюстной системы и создания успешного результата лечения пациентов. Знание интерфейса программного обеспечения и особенности работы с ним могут значительно улучшить качество визуализации, а также диагностировать и прогнозировать терапевтический комплекс.

#### **Список литературы:**

1. Долгалев А. А., Нечаева Н. К., Нагорянский В. Ю. Роль КЛКТ при планировании лечения потери зубов // *Dental magazine*. – 2017. – №. 1. – С. 28-32.
2. Наумович С. С., Наумович С. А. Конусно-лучевая компьютерная томография: современные возможности и перспективы применения в стоматологии // *Современная стоматология*. – 2012. – №. 2 (55). – С. 31-37.
3. Чибисова М. А., Прохвятилов О. Г., Батюков Н. М. Применение конусно-лучевой компьютерной томографии на этапах ортопедического лечения // *Институт стоматологии*. – 2020. – №. 1. – С. 34-36.

4. Чибисова М. А., Хощевская И. А., Гончарова С. В. ВОЗМОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ применения конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) в амбулаторной стоматологической практике при обследовании пациентов детского возраста.
5. Sampaio de Castro H., Kehrwald R., Alves Matheus R., Farias Gomes A., Mazucatto Queiroz P. Influence of Low-Dose Protocols of CBCT on Dental Implant Planning // International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. – 2021. – Т. 36. – №. 2.– P. 54-61

Обухова Ю.Г., Смирницкая М.В.

**НАРУЖНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЯ ЗУБА**  
**ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства**  
**здравоохранения Российской Федерации**

Резорбция – это физиологический или патологический процесс, в результате которого происходит потеря дентина, цемента или костной ткани. Впервые резорбция зуба была описана Joseph Fox в 1806 году. Он связывал механизм возникновения процесса с опухольми костной ткани. Резорбция костной ткани (разрушение, рассасывание кости, остеолит) происходит при участии гигантских многоядерных клеток, остеокластов. Активизацией остеокласта является появление функциональной зоны — «бахромчатой мембраны» или «гофрированного края». Бахромчатая мембрана обращена в сторону развивающегося процесса резорбции, и является местом активного окисления тканей – рН 3-4,5. Выделяя углекислоту остеокласты растворяют минеральный компонент кости – кальций гидроксиапатит, а выделяя гидролитические ферменты (цистеин протаиназа), растворяют органическую составляющую кости - коллаген. Ферменты коллагеназу и матрикс металл протаиназу выделяет остеобласт, в процессе образования костной ткани. Остеобласт готовит костную ткань к резорбции.

Другие клетки, принимающие участие в резорбции костной ткани — это моноциты и макрофаги. Они взаимодействуют с костной тканью посредством фагоцитоза и хемотаксиса, в большинстве случаев действуя как «уборщики мусора». Помимо фагоцитарной активности продуцируются цитокины (ИЛ-1, 3, 6 и др.), влияющие на активизацию коллагеназ, разрушающих белковый матрикс. Имеются сведения о влиянии лимфоцитов на резорбцию костной ткани посредством секреции фактора некроза опухоли, а также через дигидроксивитамин D и паратиреоидный гормон (ПТГ), к которым лимфоциты имеют рецепторы.

Резорбции способствуют нарушение не минерализованного слоя (предентин, прецемент) в результате травмы (интрузия, вколачивание и др.) , а также воспаление апикального периодонта.

Классификация резорбций зубов по М. Gunray (1999) включает следующие виды:

**I. Наружная резорбция.**

**1. Травматическая наружная резорбция:**

- а) поверхностная;
- б) проходящий апикальный шок;
- в) наружная воспалительная резорбция;
- г) заместительная резорбция.

**2. Наружная резорбция из-за инфицирования и некроза пульпы.**

**3. Наружная резорбция от давления.**

**4. Ортодонтически индуцированная воспалительная резорбция корня зуба.**

**II. Внутренняя резорбция.**

**III. Цервикальная инвазивная резорбция.**

В большинстве случаев патологическая резорбция корня зуба протекает бессимптомно и выявляется при случайном рентгенологическом обследовании. На современном этапе

количество выявляемых резорбций увеличилось за счет внедрения конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ).

Наружная воспалительная резорбция является наиболее деструктивным и агрессивным видом патологии. В патогенезе наружной воспалительной резорбции участвуют некротические изменения в пульпе зуба, бактериальный фактор, травма периодонтальной связки, обнажение дентинных трубочек, способствующих сохранению в них бактерий и продуктов распада тканей, незавершенное формирование зуба (широкие дентинные трубочки и значительный объем пульпарной ткани). При резорбции на фоне апикального периодонтита происходит расширение периодонтальной щели, разрушение и изменение формы верхушки корня и прилегающей кости.

Наличие воспалительной резорбции апикального отверстия усложняет процедуру obturации корневого канала, поэтому надо тщательно подходить к определению его рабочей длины, влияющей на инструментальную и медикаментозную обработку и дальнейшее пломбирование.

В качестве примера приводим клинический случай.

На стоматологический прием обратилась пациентка П., 1996 года рождения с жалобами на наличие кариозной полости, дефекта и изменения цвета пломбы в зубе 1.6.

Анамнез заболевания: зуб 1.6 ранее лечен в подростковом возрасте по поводу осложненного кариеса, пломба частично разрушилась, зуб не беспокоил.

Объективно: на жевательной и медиально-контактной поверхности зуба 1.6 имеется пломба, краевое прилегание нарушено, в цвете изменена, после удаления которой, глубокая кариозная полость, устья корневых каналов рыхло заполнены пломбировочным материалом.

На радиовизиограмме зуба 1.6 корневые каналы заполнены пломбировочным материалом на  $\frac{1}{2}$  длины корня, деструкция наружной поверхности небного корня, неровность, расширение верхушечного отверстия.

Диагноз: Хронический гранулирующий периодонтит зуба 1.6 (K04.5), наружная резорбция верхушки небного корня.

План лечения:

1. Эндодонтическое перелечивание зуба 1.6.
2. Постэндодонтическая реставрация зуба 1.6 литой культевой вкладкой и металлокерамической коронкой.

Пациентке проведено рентгенологическое исследование через 6, 12 месяцев и 4 года.

Лечение проводилось в соответствии с Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) «Болезни пульпы зуба», «Болезни периапикальных тканей» утвержденных Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года. Актуализированы 2 августа 2018 года.

Эндодонтическое лечение зуба 1.6 проведено в два посещения:

- 1) Распломбировка корневых каналов запломбированных резорцин-формалиновой пастой при помощи УЗ-насадок и протейперов D3. Инструментальная обработка системой ProTaper (компания «Dentsply Sirona», Швейцария), медикаментозная обработка 17% раствором ЭДТА («Эндо Жи № 2» фирма «ВладМиВа», Россия), 3% раствором

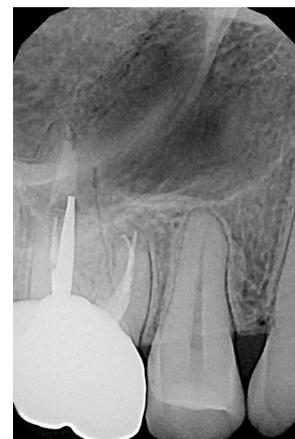
гипохлорита натрия («Гипохлоран-3» фирма «ОмегаДент», Россия) с УЗ активацией, временная obturation гидроксидом кальция («Метапаста» фирма «МЕТА Biomed», Южная Корея) на 2 недели (рис. 14).

Благодаря высокому значению рН 12,5 гидроксид кальция нейтрализует кислоту, продуцируемую остеокластами, предотвращая таким образом растворение минеральных компонентов корня. Создание щелочной среды в очаге резорбции приводит к снижению коллагеназ и кислотных гидролаз резорбирующих клеток, а также стимулирует активацию щелочной фосфатазы, играющую важную роль в формировании и регенерации твердых тканей.

Повторная инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов 17% раствором ЭДТА, 3% раствором гипохлорита натрия с УЗ активацией, постоянная obturation щечных и MB2 корневых каналов системой «Termafil» с силером AN Plus, апексификация небного корня на 5 мм от апекса материалом Pro Root MTA (компания «Dentsply Sirona», Швейцария) (рис. 15).

2) Восстановление врачом-стоматологом-ортопедом зуба 1.6 литой культевой вкладкой и металлокерамической коронкой.

3) Рентгенологическое исследование зуба 1.6 в динамике через 2 года через 4 года (рис. 1-4), На снимке визуализируется нормальное состояние периапикальных тканей, рентгенологические признаки полной регенерации костной ткани в области апекса небного корня.



**Зуб 1.6, 18.10.19 г**  
**Рис. 1 Временная**

**Зуб 1.6, 29.10.19 г**  
**Рис. 2 Постоянная**

**Зуб 1.6, 10.01.21 г**  
**Рис.3. ч/з 2 года**

**Зуб 1.6, 10.03.23 г**  
**Рис. 4. ч/з 4 года**  
**obturation obturation**  
**ч/з 2 недели**

Применение современных эндодонтических методик при лечении зубов с апикальной резорбцией: формирование искусственного апикального барьера в виде пробки из МТА не менее 3 мм, проведение постоянной obturation системы корневых каналов и восстановление коронки зуба качественной, герметичной реставрацией, позволяет значительно сократить время лечения пациентов и прогнозировать положительный исход заболевания.

## Список литературы:

1. Рабинович И.М. Резорбция корня зуба — этиология, патогенез, лечение./ И.М. Рабинович, М.В. Снегирев, Ч.И. Мархеев// *Стоматология*. 2019;98(3). – С.109-116,
2. Чибисова М.А.. Протоколы лучевой диагностики различных клинических форм патологической резорбции зубов с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии / М.А. Чибисова, Н.М. Батюков, И.Н. Батюков // *Лучевая диагностика и терапия*. 2021.Т. 12, № 2. - С. 98–105,
3. Восстановление обширной резорбции верхушечного корня, связанной с верхушечным периодонтитом: рентгенологические и гистологические наблюдения через 25 лет. Рикуччи Д., Сикейра Дж.Ф. Младший, Логин С., Лин Л. М. *J Endod*. 2014. Aug; 40(8):1268-74.
4. Бахарева В.Ю. Современные представления об этиологии, патогенезе и лечении наружной резорбции корня зуба./ В.Ю. Бахарева А.Ю. Туркина, О.Ю. Парамонов // *Российский стоматологический журнал*. 2019; 23(1). - С-35-39
5. Маругина Т.Л. Особенности пломбирования корневых каналов с резорбированным апикальным отверстием вблизи нижнечелюстного канала / Т.Л. Маругина, Д.В. Киприн, А.А. Левенец // *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*/ 2022. Т. 14, №5. С. 301-317.

**Обухова Ю.Г., Смирницкая М.В., Кукушкин В.Л., Зобнин В.В., Григорьева К.В.**  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ**  
**КОМПЬЮТЕРНОЙ ИЗМЕРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ «FLORIDA PROBE»**  
**И ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ**  
**ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ**  
**ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

**Введение.** Воспалительные заболевания пародонта являются одной из наиболее распространённых и сложных проблем в стоматологии. По данным статистики, заболевания пародонта встречаются у 12-20% детей в возрасте 5-12 лет. Хронический пародонтит выявляют у 20-40% людей до 35 лет и у 80-90% населения в возрасте после 40 лет. Пародонтоз встречается в 4-10% случаев. Наиболее высокий показатель распространенности заболеваний пародонта наблюдается среди пациентов старших возрастных групп. При инсулинозависимом сахарном диабете поражение пародонта определяется у 50% больных. Также выявлена корреляционная связь между выраженностью пародонтита и длительностью течения сахарного диабета 1 типа.

Прогноз при заболеваниях пародонта зависит от причин развития, наличия сопутствующей патологии, уровня гигиены, своевременности обращения пациентов в медицинское учреждение. Диагностика заболеваний пародонта сводится к сбору жалоб, составлению анамнеза, проведению физикального обследования, рентгенографии.

В настоящее время для диагностики воспалительных заболеваний пародонта существует современный метод обследования с помощью компьютерной измерительной системы «Florida Probe». Данная система представляет собой современный программно-диагностический комплекс, позволяющий провести точное исследование состояния тканей пародонта и записать результаты в виде электронной пародонтограммы.

Система «Florida Probe» представляет собой зонд для измерения глубины пародонтальных карманов и оценки состояния тканей пародонта, который соединяется с компьютером. Врач вводит зонд в зубодесневой карман, результаты автоматически передаются на монитор, компьютер их анализирует и выдаёт голосовое сообщение о глубине кармана, наличии подвижности зуба, кровоточивости и глубины рецессии десны. Таким образом, пациент имеет возможность совместно с лечащим врачом тут же наглядно увидеть и услышать результаты обследования, оценить их и обсудить план лечения.

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения компьютерной измерительной системы «Florida Probe» и традиционного пародонтологического метода исследования при обследовании пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта по времени, затраченному на исследование и наличию болевого синдрома у пациентов.

**Материалы и методы исследования.** Для исследования было отобрано 20 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет, обратившихся за помощью в плановом порядке. После получения информированного согласия 15 пациентам было проведено обследование с использованием компьютеризированной системы «Florida Probe», а оставшимся 5 пациентам оценка пародонтологического статуса проводилась традиционным пародонтологическим методом. У всех пациентов были диагностированы воспалительные заболевания тканей

пародонта. У всех 20-ти пациентов регистрировались основные клинические параметры состояния пародонта: кровоточивость при зондировании, глубина пародонтального кармана, величина рецессии и подвижность зубов. Критериями оценки проводимых методов явились время, затраченное на оценку пародонтологического статуса и наличие болевого синдрома при зондировании, определяемого по вербальной описательной шкале оценки боли.

**Результаты исследования.** Исследование показало, что применение компьютеризированной системы позволяет сократить время обследования в среднем в 1,5 раза. Среднее время, необходимое для определения кровоточивости при зондировании, глубины пародонтального кармана, величины рецессии и подвижности зубов при помощи системы «Florida Probe» составляет 23 минуты 15 секунд, тогда как при помощи традиционного пародонтологического метода исследования соответственно — 33 минуты 22 секунды.

Результаты оценки болевого синдрома при зондировании по вербальной описательной шкале оценки боли также свидетельствовали об эффективности использования компьютеризированной системы. Так 83% пациентов оценили свои ощущения после обследования при помощи «Florida Probe» значениями «боль отсутствует и слабая боль», тогда как 63 % пациентов обследованных с помощью традиционного метода для оценки болевого синдрома использовали значения «сильная и очень сильная боль».

**Заключение.** Таким образом, компьютеризированная система «Florida Probe» позволяет не только своевременно диагностировать у пациентов воспалительные заболевания пародонта, но и обеспечивает получение точных результатов обследования с отображением полученных результатов на экране монитора. Сокращение времени, затраченного на диагностику, облегчает процесс обследования как для самого врача, так и для пациента. Полученные результаты позволяют рекомендовать систему «Florida Probe» к широкому внедрению в повседневную практику врача-стоматолога.

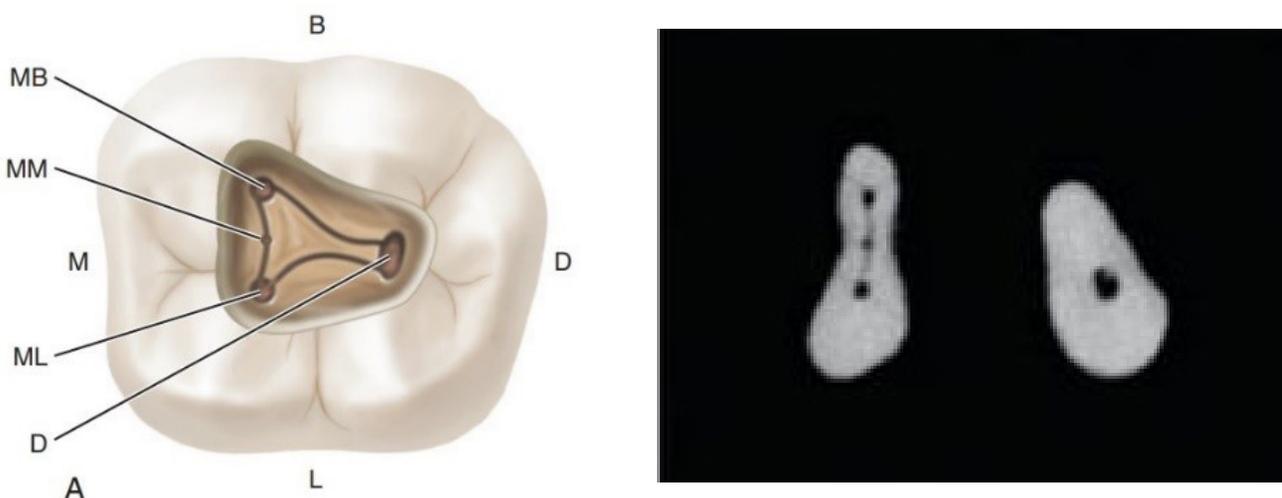
#### **Список литературы:**

1. Заболевания пародонта: Атлас/ Н. Ф. Данилевский, Е. А. Магид, Н. А. Мухин, В. Ю. Миликевич; под ред. Н. Ф. Данилевского. (Учеб. лит. Для студ. мед. ин-тов). — М.: Медицина, 1993. — С. 320.
2. Круглова Н. В., Лукиных Л. М. Опыт использования компьютерной системы Florida Probe для диагностики воспалительных заболеваний пародонта // Соврем. технол. мед.. 2012. № 4. – С.24-25.
3. Цепов Л. М., Николаев А. И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. — 2-е изд, испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — С. 200.
4. Петренко К. А. Эффективность использования компьютерной системы Florida Probe в диагностике воспалительных заболеваний пародонта // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2018. № 5–1. — С. 21-24.

**Обухова Ю.Г., Смирницкая М.В.**  
**СРЕДИННЫЙ МЕДИАЛЬНЫЙ КАНАЛ В ПЕРВОМ МОЛЯРЕ**  
**НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**  
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»*

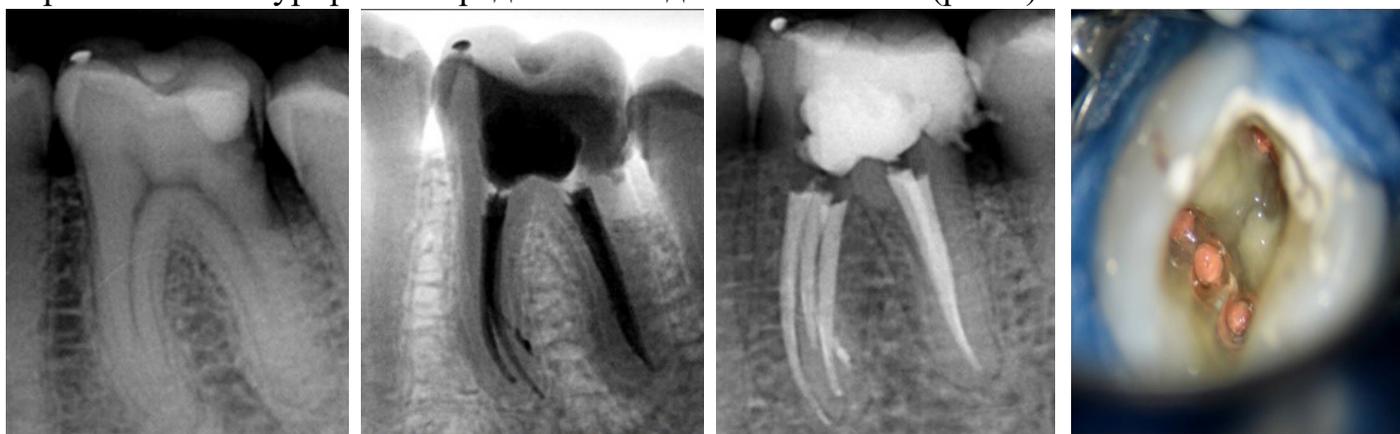
Будучи первым прорезавшимся постоянным жевательным зубом, первый моляр нижней челюсти оказывается тем зубом которому наиболее часто требуются эндодонтические манипуляции. В связи с чем его анатомическое строение требует пристального внимания. Обычно первый моляр нижней челюсти имеет 2 корня. Он может иметь 3 с двумя или тремя каналами в медиальном корне и 1, 2 или 3 каналами - в дистальном.

В медиальном корне находятся медиальные щечный и язычный каналы. Срединный медиальный канал иногда располагается в бороздке развития между другими медиальными каналами (рис.1), но может быть представлен широким анастомозом между двумя медиальными каналами. Распространенность срединного медиального канала по данным литературы варьирует от 1% до 15%.



**Рис. 1** Топография срединного медиального канала первого нижнего моляра

В нашей практике при эндодонтическом лечении зуба 3.6 приходилось визуализировать, обработать и obturировать срединный медиальный канал (рис.2).



**Рис. 2** Постоянная obturация и контрольная радиовизиограмма срединного медиального канала зуба 3.6.

Таким образом, знание стоматологом анатомии полости зуба и корневых каналов – важная часть эндодонтического лечения, гарантирующая успех лечения и позволяющая избежать ошибок и осложнений.

**Список литературы:**

1. [https://meduniver.com/Medical/stomatologia/anatomia\\_kornevix\\_kanalov\\_pervii\\_moliar\\_niz.html](https://meduniver.com/Medical/stomatologia/anatomia_kornevix_kanalov_pervii_moliar_niz.html) MedUniver (Дата обращения 28.03.2024)
2. <https://belstom2.ru/> (Дата обращения 1.04.2024)
3. <https://science-education.ru/ru/article/view?id=17512> (Дата обращения 1.04.2024)

**ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ**  
**ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»**

**Актуальность.** Несмотря на стремительное развитие технологий, улучшение качества и расширения объема профилактических мероприятий, кариес и его осложнения по-прежнему остаются существенной проблемой здравоохранения на мировом уровне. По данным Всемирной организации здравоохранения до 90% детей школьного возраста страдают кариозной патологией [10].

Частым осложнением кариеса в детском возрасте является хронический периодонтит, который встречается в 60% случаев обращения с превалированием поражения временных зубов [7]. Патологический процесс в периапикальных тканях сопровождается, как правило, выраженными деструктивными процессами в костной ткани, что связано не только с многообразием этиологических факторов, но и с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, в частности тканей периодонта. Развитие хронического периодонтита происходит на фоне сочетания двух основных факторов – воздействия на ткань того или иного раздражителя и местной реакции ткани. Реакция же в свою очередь зависит от состояния организма, общего и местного иммунитета. Длительный периапикальный очаг хронической инфекции может приводить к соматическим заболеваниям, осложнять их течение, нарушать иммунологический статус организма, снижать неспецифическую резистентность, а также быть источником сенсibilизации организма [3]. Нередко хронический периодонтит приводит к потере зубов. Кроме того, преждевременное удаление временных зубов в детском возрасте становится одной из причин развития зубочелюстных аномалий, заболеваний органов пищеварения, нарушений речи [9]. В связи со сказанным, совершенствование комплексной терапии болезней периодонта у детей остается весьма актуальным.

В лечении периодонтита важное место занимают методы местной детоксикации и усиление факторов местной защиты. Следовательно, оптимизация комплексной терапии путем включения в нее сорбентов вполне оправдана. Энтеросорбенты являются одними из самых универсальных препаратов, а метод энтеросорбции обладает детоксикационным эффектом за счет физико-химических свойств сорбирующего вещества, способного связывать и выводить из организма токсические метаболиты различной этиологии. По химической структуре сорбенты могут быть активированными углями, силикагелями, алюмосиликатами, пищевыми волокнами, неорганическими веществами, а также композиционными материалами. В некоторых случаях для улучшения воздействия сорбента на его поверхность наносят лечебные активные вещества (антибиотики, антисептики, биопрепараты и др.).

Сорбционные технологии сегодня получили очень широкое распространение в различных областях клинической медицины.

В онкологической практике стандартная программа, реализуемая в период полихимиотерапии, не способна препятствовать манифестации эндотоксикоза. В связи с этим в программном лечении целесообразно назначение сорбционного препарата СУМС-1, действие которого выражается в сорбции опухолевых токсических метаболитов,

продуктов обмена веществ, метаболитов химиопрепаратов, медиаторов воспаления, газов [2].

Имеются результаты исследования, сообщающие об использовании энтеросорбентов в общей хирургии. Применение СУМС-1 (с иммобилизованным на нем метронидазолом) является методом лечения больных, оперированных по поводу обтурационной толстокишечной непроходимости. Данная комбинация обеспечивает местную детоксикацию, снижая риск несостоятельности наложенного анастомоза [1].

Целесообразность энтеросорбции доказана в наркологии. Энтеросорбент СУМС-1 в сочетании с базовой схемой лечения алкогольного абстинентного синдрома повышает эффективность терапии, позволяет корригировать симпатикотонические реакции и повышает шансы достижения нормотонии, что снижает риск развития алкогольных психозов [6]. Таким образом, описанные исследования показывают потребность применения энтеросорбента в качестве компонента комплексной терапии при многих патологиях.

Применение энтеросорбента СУМС-1 нашло большой отклик в стоматологии. Благодаря особенностям структурного строения (наличия пор разных размеров) и двухкомпонентной системы – матрицы, покрытой углеродом, он обеспечивает избирательную адсорбцию токсинов. Несомненным преимуществом данного сорбента является высокая биосовместимость со средами организма и отсутствие токсического воздействия на ткани. Относительно небольшой размер гранул (0,2-1 мм) и пористая структура позволяют сорбенту иметь достаточно высокую емкость, тем самым оказывая эффективное «продолженное» воздействие на токсины в сравнении с другими сорбентами. Первые клинические исследования по использованию энтеросорбента СУМС-1, указывающие на его эффективность в стоматологии, начались еще 20 лет назад, и с тех пор область его применения только расширяется.

Например, при перфоративных гайморитах для купирования воспаления и подготовки тканей к пластическому закрытию ороантрального сообщения проводили местную предоперационную подготовку растворами антисептиков, антибиотиков, ферментов, сорбентом СУМС-1 с комплексным применением биорегуляторов. Представленная комбинация позволила сократить сроки подготовки к операции и ускорить сроки эпителизации ран [5].

Частой патологией в амбулаторной хирургической стоматологии является ретенция третьих нижних моляров, сопровождаемая воспалительным процессом в ретромолярной области. Запатентованный авторами способ представляет собой коррекцию вестибулярного и язычного наклона этих зубов, позволяющую переместить третьи моляры в зубную дугу. Промывание послеоперационной раны дополняли применением сорбента СУМС-1, что снизило риск развития осложнений и способствовало ускоренному заживлению [4].

Несмотря на большой спектр методов и средств, используемых в терапевтической стоматологии для лечения периодонтита, достигнуть стабильного, желаемого результата не всегда получается возможным. В связи с чем были проведены научные изыскания, направленные на поиск новых составляющих комплексной терапии периодонтита. Включение энтеросорбента СУМС-1 в комплекс эндодонтического лечения больных с острыми и обострившимися формами хронического периодонтита нормализует

соотношение параметров системы «ПОЛ-АОЗ» в десневой жидкости, повышает эффективность и сокращает сроки лечения [8].

При обобщении представленных данных, очевидно, что использование сорбентов в стоматологии вполне целесообразно. Однако в доступной литературе отсутствуют работы, которые подтверждают эффективность применения энтеросорбента СУМС-1 при лечении периодонтитов у детей и подростков. Традиционные схемы терапии хронического периодонтита у детей не всегда являются эффективными из-за выраженных изменений на местном уровне.

**Цель работы:** выявить эффективность применения сорбента СУМС-1 в комбинации с «Пульпосептином» (Omega) при лечении хронического периодонтита у детей и подростков.

**Материалы и методы.** В 2022 - 2023 годы под наблюдением в детском стоматологическом отделении №1 Клиники ЧГМА находилось 100 детей и подростков с диагнозом «Хронический периодонтит временных и постоянных зубов». Все они были разделены на 2 группы по 50 человек.

У 1-й группы клинического сравнения применяли Пульпосептин (Omega), а во 2-й группе использовали сорбент СУМС-1 в комбинации с Пульпосептином (Omega).

Результаты комплексной терапии хронического периодонтита у детей и подростков, в том числе эндодонтического лечения, оценивали клиническими и рентгенологическими методами.

Нами модернизирована схема лечения хронического периодонтита, в которой для снижения антигенной нагрузки на ткани периодонта использован сорбент СУМС-1 в комбинации с Пульпосептином (Omega). Действующим веществом препарата Пульпосептин являются антибиотики широкого спектра действия: хлорамфеникол (Chloramphenicol) и неомицинсульфат (Neomycinum). Сорбент СУМС-1 в лечении периодонтита использовали для уменьшения экссудации, отека тканей периодонта и более надежного обеспечения стерильности корневых каналов.

После препарирования кариозной полости, под ванночкой 2% раствора хлоргексидина удаляли гнилостные массы из корневых каналов и проводили их инструментальную обработку. Каналы высушивали бумажными штифтами и в них на 1 сутки вводили измельченный порошкообразный сорбент СУМС-1, смешанный с Пульпосептином. Во второе посещение из зуба удаляли повязку, канал промывали 3% гипохлоридом, дистиллированной водой, высушивали бумажными штифтами и канал пломбировали пастой на основе гидроксида кальция (Метапекс).

Все полученные цифровые данные обработаны на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа Statistica for Windows v. 6.0.

**Полученные результаты.** При анализе амбулаторных карт детей, находившихся на лечение в детском стоматологическом отделении №1 в течении последних двух лет по поводу хронического периодонтита временных и постоянных зубов с применением СУМС-1 с Пульпосептином, высокая эффективность отмечена у 46 из 50 пациентов (2 пациента не явились на контрольный осмотр прием). Во второй группе лечение временных зубов ограничивалось двумя посещениями (100%), а постоянных зубов 3-4 посещениями в зависимости от сформированности корня и размеров деструкции. У больных первой

группы при проведении лечения временных зубов без применения СУМС-1 отмечалось 8 случаев обострения и удаления зубов.

Для подтверждения эффективности применяемого метода лечения хронического периодонтита в детском возрасте мы приводим клинический пример использования предложенного способа.

**Клинический пример.**

В стоматологическую клинику ФГБОУ ВО ЧГМА обратилась мама с ребенком 4 лет с жалобами на наличие свища на слизистой оболочке в области зуба 7.4.

Анамнез: свищ заметили впервые, два дня назад.

Обследование: На зубах 6.4 и 5.4 кариозные полости средней глубины. В зубе 7.4 глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Ее зондирование и температурная реакция безболезненные. Слизистая оболочка в проекции зуба 7.4 отечная, гиперемированная. На десне отмечается свищ с гнойным отделяемым.

По результатам внутриротовой рентгенограммы зуба 7.4 глубокая кариозная полость, сообщается с полостью зуба. В области корней определяются очаги деструкции костной ткани без четких границ.

Диагноз: Хронический гранулирующий периодонтит зуба 7.4 в стадии обострения.

В связи с тем, что до смены зуба 7.4 еще несколько лет, предпринята попытка сохранения зуба.

В первое посещение под инфильтрационной анестезией Sol. Ultracaini 1:100000 -1.0мл. проведена изоляция системой коффердам, препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, эвакуация распада пульпы, прохождение и расширение каналов, промывание 2% раствором хлоргексидина, высушивание каналов. Несмотря на наличие свища в каналы введен Пульпосептин с СУМС-1 под повязку.

Через 2 дня во второе посещение при объективном обследовании отмечено, что отек существенно уменьшился, свищ находился в стадии эпителизации, перкуссия зуба 7.4 была слабо болезненной.

После местной анестезии проведена изоляция, снятие повязки, повторная медикаментозная обработка, высушивание, пломбирование каналов Метаксом, изолирующая прокладка, адгезивная подготовка, постоянная пломба. Маме ребенка даны рекомендации.

На контрольном обследовании, проведенном через 2 месяца, слизистая оболочка в области зуба 7.4 спокойная, бледно-розового цвета, подвижности зуба нет. На рентгенологическом обследовании очаги деструкции в стадии восстановления, кортикальная пластинка зачатка зуба 3.4 не нарушена.

**Заключение.** Таким образом включение сорбента СУМС-1 в комплексную терапию хронического периодонтита у детей уменьшает экссудацию, отек, а репаративные процессы у детей протекают достаточно активно, что дает возможность сохранения зубов.

**Список литературы:**

1. Акрамов Е. Х., Молдошева М. Т. Интраоперационная дезинтоксикация при острой кишечной непроходимости //Здравоохранение Кыргызстана. – 2019. – №. 2. – С. 55-57.

2. Бородин Ю. И. и др. Коррекция эндотоксикоза при некоторых онкологических заболеваниях //Сибирский научный медицинский журнал. – 2004. – №. 2. – С. 7-12.
3. Петрова А. М. Зуб не выдерживает герметизма//Теория и практика современной стоматологии. – 2021. – С. 203-208.
4. Пинелис И. С., Зухейр Ф. А., Пинелис Ю. И. Коррекция аномального положения нижних третьих моляров при их затрудненном прорезывании //Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. – 2023. – №. 2 (31). – С. 22-30.
5. Пинелис И. С., Пинелис Ю. И. Биорегуляторы в комплексе лечения воспалительных стоматологических заболеваний //Актуальные проблемы стоматологии детского возраста. – 2021. – С. 186-188.
6. Пронин С. В. Коррекция соматовегетативных нарушений с помощью различных форм энтеросорбентасумс–1 на примере терапии алкогольного абстинентного синдрома // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». – Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования «Сибирский институт практической психологии, педагогики и социальной работы», 2021. – №. XII. – С. 42-45.
7. Самохина В. И. Эпидемиологические аспекты стоматологического здоровья детей 6-12 лет, проживающих в крупном административно-хозяйственном центре Западной Сибири //Стоматология детского возраста и профилактика. – 2014. – Т. 13. – №. 1. – С. 10-13.
8. Смирницкая М. В. Патогенетическое обоснование применения вилона и сорбентов в комплексном лечении острых и обострившихся форм хронического периодонтита: дис. – Читинская государственная медицинская академия, 2006.
9. Шхагошева А. и др. Причины удалений молочных зубов у детей //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 4. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 129-130.
10. Phantumvanit P. et al. WHO global consultation on public health intervention against early childhood caries //Community dentistry and oral epidemiology. – 2018. – Т. 46. – №. 3. – С. 280-287.

Пинелис Ю.И.

**ЧАСТЫЕ ОШИБКИ В РАБОТЕ ВРАЧЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ  
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ЭКМП) В ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ  
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)**

Экспертная деятельность врача специалиста основана в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»).

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) сохраняет одну 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 2021г. №231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021г., регистрационный №63410), с изменениями: приказами МЗ РФ от 1 июля 2021г. №696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021г.) от 21 февраля 2022г. №100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022г.).

За период с 2021 по 2023г. проведена ЭКМП 659 историй болезней с регионов РФ (Новгород, Рязань, ХМАО, Тюмень, Новосибирск, Иркутск, Улан-Удэ, Забайкальский край, Хабаровский край, Сахалин, Камчатка и др.). Увеличение экспертной оценки медицинской помощи связано с началом восстановления плановых проверок и увеличением жалоб пациентов.

По результатам экспертной оценки предоставленной первичной медицинской документации (истории болезни оригиналы, сканы) в связи с целевой, внеплановой проверкой и жалобами (Таб. 1). Продолжает увеличиваться количество претензий, среди нарастания количества жалоб имеет место и проявление пациентов – «жалобщиков», «манипуляторов» и «экстремистов». Посылком для инициирования жалоб становятся: сроки ожидания, нарушение очередности, преемственности, маршрутизации, манера общения «врач-пациент», выражение собственного мнения в присутствии больного и т.д., наряду с этим возрастает количество целевых экспертиз летальных случаев.

Таблица №1

Год	ЭКМП	Вид помощи		Жалобы		Летальность всего
		стационарная	амбулаторная	стационарная	амбулаторная	
2021	134 (20,3%)	91 (67,9%)	43 (22,1%)	20 (22%)	14 (32,6%)	9 (9,9%)

2022	213 (32,3)	175 (82,2%)	38 (17,8%)	41 (23,4%)	23 (60,5%)	21 (12%)
2023	312 (47,4%)	225 (72%)	87 (28%)	54 (24%)	56 (64,4%)	54 (24%)

Основные дефекты при оказании медицинской помощи: 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 частые ошибки при оформлении документации: не отражается хронология развития и течения заболевания, не аргументированные описания симптомокомплексов для уточнения и формулировки диагноза (МКБ 10), не полное обоснование показаний планируемых манипуляций в предоперационном эпикризе, не отражается динамика в дневниковых записях, отсутствие повторных клинических анализов при наличии изменений, обоснованность прекращения стационарного лечения и формирование рекомендаций по дальнейшему ведению и лечению в амбулаторных условиях.

В амбулаторно поликлиническом звене: сформированные шаблоны по нозологическим формам заболеваний приводит к ограниченности и не полноте раскрытия клинических симптомов с учетом индивидуальных особенностей, а в дальнейшем обоснования диагноза, определение выбора вида терапии и его реализация. Интерпретация лучевых методов обследования сохраняет констатативный или умозаключительный стиль документирования.

Отсутствие в документации указания клинических рекомендаций по виду медицинской помощи (наименование, разработчик, дата размещения) затрудняет провести экспертную оценку первичной медицинской документации по всем разделам. При отсутствии клинических рекомендаций необходимо руководствоваться стандартами оказания медицинской помощи.

Резюмируя выше изложенное: в условиях цифровизации отсутствие конкретной констатации клинической ситуации приводит к формированию у врача «двойных стандартов» оказания помощи без должного обоснования выбора лечения, а для врача эксперта отсутствие понимания и невозможности качественного проведения экспертизы, что не минуемо, приводит к применению штрафных санкций. От врача осуществляющего оформление медицинской документации требуется внимательность и педантичность в выполнении должностных обязанностей, несмотря на мастерство и профессиональные знания. Изучение и исполнение клинических рекомендаций, а также отслеживание их обновления позволит врачам осуществлять четкое и грамотное оформление медицинской документации.

Пинелис Ю.И., Пинелис И.С.

## ПРЕПАРАТ « КОЛЛОСТ» В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ТРОСТКА ЧЕЛЮСТЕЙ

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

**Актуальность.** Восстановление и сохранение структуры и функций костной ткани ЧЛО – наиболее важная задача хирургического лечения. В настоящее время в челюстно-лицевой хирургии широко используют различные остеотропные материалы. Материалы на основе гидроксиапатита, коллагена, а также их сочетания, наиболее предсказуемы, достаточно эффективны и доступны для стимуляции остеогенеза.

Рациональное использование хирургических методов в сочетании с препаратами, стимулирующими остеогенетические процессы, значительно повышает качество и эффективность лечения.

Однако в доступной научной литературе недостаточно сведений данных о комплексном использовании остеотропных материалов на основе коллагена I типа, нет единого подхода при хирургическом лечении пациентов с дефектами челюстей различной этиологии. В этой связи является актуальным применение ксеногенного коллагенового материала КОЛОСТ для оптимизации заполнения костных дефектов челюстей разной этиологии.

**Цель исследования:** Изучить и повысить эффективность применения материала КОЛЛОСТ у пациентов при замещении костных дефектов после удаления зубов.

**Материалы и методы.** На базе кафедры хирургической стоматологии ЧГМА проведено исследование у 21 больного с целью усовершенствования методик операций и создания универсального алгоритма устранения костных дефектов после удаления зубов с использованием материала КОЛЛОСТ. Контролем служили 20 пациентов, которым остеопластические материалы не применяли.

У всех пациентов кроме клинических методов исследования, использованы лучевые методы. Наблюдения выполняли до и после операции, а также через 1, 3 и 6 месяцев.

Полученные в результате исследования цифровые данные обработаны на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа Statistica for Windows v. 6.0.

**Результаты исследования.** У всех пациентов ранний послеоперационный период протекал без особенностей и развития осложнений. Швы снимали на 7 - 9-е сутки после операции.

На контрольных послеоперационных рентгенограммах после операции остеотропный материал из-за рентггеннегативности не визуализировался.

У пациентов в обеих группах через 1 месяц рентгенологически отмечали начало восстановления объема костной ткани. Через 3 месяца после операции остеорепаративный процесс более активно проходил у пациентов, которым костный дефект заполняли материалом КОЛЛОСТ, о чем свидетельствовал у них темп роста кости. Полное восстановление объема костной ткани по данным лучевым методов исследования отмечались в основной группе через 4-6 месяцев после проведенной операции.

Восстановление объема ткани в области дефекта у больных, которым не применяли костнопластический материал через 6 месяцев не происходило.

Таким образом, нами отмечено, что действие в костной ткани материал КОЛЛОСТ способствует активизации миграции остеобластов по коллагеновой матрице, что приводит к быстрому увеличению толщины остеоидного слоя. Материал КОЛЛОСТ обладает прекрасной биосовместимостью, способствует стабилизации кровяного сгустка и сохранению объема и топографии органа при устранении дефектов костной ткани.

Полученные результаты основаны на остеокондуктивных свойствах КОЛЛОСТА, которые способствовали созданию оптимальных условий для остеорегенерации в области костного дефекта, тем самым приведя к ускорению заполнения костных полостей и реабилитации пациентов.

#### **Список литературы:**

1. Е. Ю. Дьячкова Устранение дефектов костной ткани челюстей с помощью костнопластического материала КОЛЛОСТ / Е. Ю. Дьячкова, Ю. А. Медведев, Н. С. Серова / Учебное пособие Москва 2013, 32 с
2. Мажаренко Т.Г. Клинико-экспериментальное обоснование выбора остеопластических средств при оперативном лечении одонтогенных кист челюстей: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21. - М, 2007.- 25 с.
3. Панкратов А. С., Лекишвили М.В., Копецкий И.С. Костная пластика в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - М.: Медкнига, 2011. - 272 с.

**Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю., Найданова И.С.,  
Першин В.А., Чижова Е.Ф.**  
**НУЖДАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНЧС В  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ**

***ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)***

Одной из наиболее актуальных проблем в стоматологии продолжает оставаться проблема функциональных расстройств височно-нижнечелюстного сустава. Во многом это обусловлено чрезвычайно высокой распространенностью этих расстройств и сложной диагностикой [1, 2, 3, 4]. Самую большую группу составляют пациенты с внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава, которые определяются как нарушение функциональных взаимоотношений между компонентами данного сочленения (суставного диска, внутрисуставных связок, головки мышечного отростка нижней челюсти, суставной капсулы) и составляют на специализированном приеме пациентов с этой патологией в центре Клиники ФГБОУ ВО ЧГМА более 80% [5, 6].

**Цель исследования.** Проанализировать нуждаемость пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава в специализированной помощи по данным работы специализированного центра «Височно-нижнечелюстной сустав» Клиники ФГБОУ ВО ЧГМА.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ медицинской и статистической документации специализированного центра «Височно-нижнечелюстного сустава» Клиники ФГБОУ ВО ЧГМА за 2023 годы. Цифровые данные вносили в таблицы Microsoft Excel и проводили обработку данных методом вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента; различия считали статистически значимыми при вероятности ошибки ( $p \leq 0,05$  (5% вероятности)).

**Результаты исследования.** Статистический анализ документации показал, что в течение 1 календарного года в специализированный центр «Височно-нижнечелюстной сустав» Клиники ФГБОУ ВО ЧГМА на консультацию обратились около 130 человек; из них 93,6% были приняты на ортопедическое лечение. На 1 первичное посещение количество повторных посещений составило 4,6. Общее количество посещений пациентов специализированного центра «ВНЧС» в течение 2023 года составило около 881 человек.

От числа всех пациентов специализированного центра «Височно-нижнечелюстной сустав» 89,0% составили женщины. Достаточно показательным оказалось распределение пациенток в возрастном аспекте. Так, женщины 19-35 лет (ранний репродуктивный период), и 56 лет и старше (период постменопаузы) составили большинство (40,0% и 22,2% соответственно). Следующим по возрасту идет пубертатный период (14-18 лет) и составляет 17,8%; минимальный поток пациенток пришелся на возраст 36-45 лет (поздний репродуктивный период) и 46-55 (период перименопаузы) (13,3% и 6,7% соответственно).

Из числа лиц, принятых на лечение, почти у половины из них (47%) выявлены внутренние нарушения височно-нижнечелюстного сустава, обусловленные дислокацией суставного диска, перерастяжением внутрикапсулярного связочного аппарата, формированием

миофасциальных триггерных пунктов в жевательных мышцах: 29% «дислокация диска с редукцией» (щелкающая челюсть); 18% «дислокация диска без редукции» (ограничение открывания рта). Болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава составил 28%, из которых в 12% случаев он был отягощен дневным и/или ночным бруксизмом. Признаки гипермобильности головок мышечковых отростков нижней челюсти выявлены у 12% пациентов; случаи остеоартрозов (деформирующих/склерозирующих) и артритов (постинфекционных/специфических) выявлены в 10% и 3% соответственно.

Стоит отметить, что финансовая деятельность специализированного центра «Височно-нижнечелюстной сустав» проявляется ежегодным внесением во внебюджетную деятельность Клиники ФГБОУ ВО ЧГМА более 1 млн. рублей.

**Заключение.** В специализированном центре «Височно-нижнечелюстной сустав» в течение 1 календарного года количество посещений по поводу внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава составило  $125,5 \pm 2,4$ , из которых около 15% пришлось консультации. Общее количество посещений пациентов специализированного центра в течение 2023 года составило 881 человек. От числа всех обратившихся на консультацию пациентов приняты на лечение 93,6%. Из них в 66,7% случаев проведено ортопедическое аппаратное лечение; в 21,2% случаев проведено комплексное лечения со смежными специалистами, включая физиотерапевтические процедуры. Зубное протезирование несъемными и съемными ортопедическими конструкциями было проведено в 12,1% случаев. В процессе лечения функциональных расстройств височно-нижнечелюстного сустава количество посещений на 1 первичное составило 4,6. От числа всех пациентов 89% составляют женщины. Из числа всех пациенток максимальная распространенность патологии височно-нижнечелюстного сустава (40%) приходится на ранний репродуктивный период (19-35 лет) и 22,2% на постменопаузальный период (56 лет и старше). Максимальная распространенность приходится на диагноз «Щелкающая челюсть» (29%); минимальная распространенность приходится на диагноз «Остеоартроз» и «Артрит» (10% и 3% соответственно).

#### **Список литературы:**

1. Междисциплинарные аспекты реабилитации пациентов с функциональными расстройствами височно-нижнечелюстного сустава / В. И. Шемонаев, Т. Н. Климова, Т. Б. Тимачева [и др.]. – DOI 10.34215/16091175-2020-2-52-55 // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2020. – № 2(80). – С. 52-55.
2. Стяжкин, Н. В. Дифференцированный подход к диагностике и лечению пациентов с зубочелюстными аномалиями и функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Стяжкин Николай Владимирович. – Екатеринбург, 2023. – 21 с.
3. The immunoregulatory role of p21 in the development of the temporomandibular joint-osteoarthritis / T. Khurel-Ochir, T. Izawa, A. Iwasa [et al.]. – DOI 10.1002/cre2.404. – Text : electronic // Clinical and experimental dental research. – 2021. – Vol. 7, № 3. – P. 313-322. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cre2.404>. – Date of publication: 11.02.2021.

4. Paço, M. Orthodontic Treatment and Craniocervical Posture in Patients with Temporomandibular Disorders: An Observational Study / M. Paço, J.A. Duarte, T. Pinho. – DOI: 10.3390/ijerph18063295. – Text : electronic // International journal of environmental research and public health. – 2021. – Vol. 18, № 6. – URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/6/3295>. – Date of publication: 23.03.2021.
5. Возможности современных технологий в диагностике функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава / И.С. Найданова, Ю.Л. Писаревский, А.Г. Шаповалов, И.Ю. Писаревский // Проблемы стоматологии. – 2018. – Т. 14. – № 4. – С. 6-14.
6. Клиническая оценка зубочелюстной системы при дисфункциях височно-нижнечелюстного сустава / Ю.Л. Писаревский, А.Б. Сарафанова, И.Ю. Писаревский, И.С. Найданова // Забайкальский медицинский вестник. – 2017. – № 1. – С. 97-106.

Пляскина Н.В., Бальжанова Г.Ж., Виноградов А.И., Мамедова Э.Т.

## ESTELITESIGMAQUICK КОМПОЗИТНЫЕ РЕСТАВРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

**Введение.** На сегодняшний день материалами выбора для прямых постоянных реставраций первичных кариозных поражений или замены старых, изношенных реставраций в области жевательных зубов являются гибридные композиты или гибридные композиты, модифицированные наночастицами. При обширных кариозных полостях жевательных зубов для проведения такой процедуры может потребоваться значительное количество времени. Использование EsteliteSigmaQuick композитов стало альтернативой сложной трудоемкой техникой послойного нанесения. EsteliteSigmaQuick композиты с максимально возможным качеством маргинальной адаптации должны быть просты в использовании и менее зависимы от техники исполнения, а также экономить время в процессе нанесения. Актуальным остается вопрос, можно ли отдать предпочтение материалу EsteliteSigmaQuick с целью эффективности в подверженных большой нагрузке жевательных зубах и быть экономически целесообразными с точки зрения его проведения стоматологом.

**Цель исследования.** Выяснить использование материала EsteliteSigmaQuick на терапевтическом приеме, выполняя композитную реставрацию за меньшее время, обеспечивая при этом более экономичный подход в работе при сохранении желаемых эстетичных результатов, и предупреждая развитие осложнений.

**Материалы и методы исследования.** Обзор литературы. Описание клинического случая при использовании материала EsteliteSigmaQuick.

**Результаты исследования.** В ходе исследования литературы можно отметить, что светоотверждаемый композит EsteliteSigmaQuick позволяет выполнять реставрации фронтальных и боковых зубов проще и быстрее. Материал обладает превосходной прочностью и износоустойчивостью, что обеспечивает долговечность реставраций. Его оттенки полупрозрачны. Благодаря минимальному полимеризационному стрессу, материал можно вносить слоями толщиной до 4мм. EsteliteSigmaQuick прекрасно сохраняет блеск, поэтому он также может использоваться для реставраций передних зубов в тех случаях, где требуются полупрозрачные оттенки. Все оттенки рентгеноконтрастны. EsteliteSigmaQuick представлен в оттенках А1-А5, В1-В4, С1-С3.

В ходе клинического случая лечение было начато с тщательной очистки поврежденного зуба от зубных отложений с использованием резиновой чашечки и профилактической пасты без содержания фторидов. После осторожного удаления изношенной амальгамной реставрации с сохранением оставшихся твердых тканей в зубе была проведена некрэктомия кариозных участков, а затем сформированную полость окончательно отпрепарировали и обработали мелкодисперсным алмазным бором. Для оптимизации контуров матрица была аккуратно сформирована при помощи ручного инструмента. Согласно инструкциям производителя внесли адгезив 7-го поколения, Tokuyama BOND FORCE. В данном клиническом случае адгезив был нанесен с применением самопротравливающей техники. После не менее 20 секунд втирания адгезива в твердые

ткани зуба, адгезив был тщательно удален из бондингового вещества с помощью струи без масляного сжатого воздуха. Затем адгезив полимеризовали в течение 20 секунд. В результате была получена блестящая поверхность полости, равномерно покрытая адгезивом. Первый слой полупрозрачного композита был полимеризован при помощи фотополимеризационной лампы в течение 10 секунд. После нанесения второго слоя отпрепарированная полость была полностью заполнена до окклюзионной поверхности, а также была сформирована анатомическая форма зуба. После 10 секунд полимеризации матричная система была удалена, а реставрация проверена на наличие дефектов. После удаления раббердама рельеф фиссур и ямок был сформирован при помощи грушевидного финишного алмазного бора. После сошлифовывания чрезмерных окклюзионных контактов и коррекции статической и динамической окклюзии доступные проксимальные участки были отконтурированы и предварительно отполированы с помощью абразивных дисков.

**Заключение.** Композитные материалы для прямого восстановления полостей обеспечивают получение клинически подтвержденных, высококачественных постоянных реставраций зубов с высокой жевательной нагрузкой. Их надежность была документально подтверждена в литературе. В ходе использования материала был достигнут эстетический результат, используя экономичный подход в работе. Статистика в ходе использования литературы показала, что развитие постоперационных осложнений не превышает 1% от общего числа проведенных лечебных процедур. Данный факт позволяет сделать вывод, что использование материала EsteliteSigmaQuick улучшает качество работы стоматолога и сводит к минимуму риски постоперационных осложнений.

Пример №1



Пример №2



## Список литературы:

1. Луцкая И.К.,//Соврем. Стоматология. – 2020. – №3 –. С.28-30.
2. Багрич М.// Uadent.Стоматологические материалы – 2015.- С. Текучие композиты .
3. Терехова Т.Н., Мельникова Е.И., Зорич М.Е., Валеева З.Р., // Соврем. Стоматология. – 2014. – 3-4. – С.28-30.
4. Ермак Е. Ю., Матерс Т. В., Зиновьева С. И. Клиническое исследование качества функционирования композитных реставраций на жевательной группе зубов // Сибирский стоматологический форум. Инновационные подходы к образованию, науке и практике в стоматологии : труды XII Всероссийской научно-практической конференции, XXII Краевой научно-практической конференции, посвященных 40-летию специальности «Стоматология» Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 28 февраля. Красноярск : Знак, 2018. С. 106-112.
5. Адалаев Х. И. Жидкотекучие композиционные материалы светового отверждения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. № 10. С. 1554-1555.
6. Алиев А., Алиева Г., Керимли Н., Дамирчиева М. Обоснование применения современных конденсируемых пломбировочных материалов как альтернативу серебряной и медной амальгамам // DeutscheInternationaleZeitschriftfürZeitgenössischeWissenschaft. 2021. № 7-1. С. 16-18.

Пляскина Н.В., Губченко А.Д.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОСТОЯННЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СТОМАТОЛОГАМИ ВО ВРЕМЯ САНКЦИЙ ОТ ИНОСТРАННЫХ КАМПАНИЙ

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

**Введение.** На сегодняшний день, многие иностранные компании по производству и продаже стоматологических материалов, прекратили свою деятельность на территории Российской Федерации, что стало причиной подорожания услуг врачей-стоматологов. Однако несмотря на то, что многие известные компании ушли, стоматологические клиники работают в штатном режиме.

**Цель работы.** Выявление, какими материалами пользуются сейчас врачи-стоматологи, насколько они качественные исходя из цены, и как эти факторы будут влиять на работу врача и уровень удовлетворения качеством оказываемых услуг пациентом.

**Материалы и методы исследования.** Анализ интернет-ресурсов, интервьюирование с врачом-стоматологом терапевтом центра эстетической стоматологии и имплантологии “Эсси”, г.Чита. Материалы: spectrumtph 3 A3.5, esteliteasteriasyringewe, filtekZ250.

**Результаты исследования.** В настоящее время врачи клиники Эсси используют преимущественно материалы: SpectrumTPH3 и EsteliteAsteria, а также используют Filtek, но не так часто. Все представленные пломбировочные материалы, являются импортными. В качестве критериев были рассмотрены такие свойства материала как: эстетические свойства, износостойкость, возможности и преимущества, недостатки, цена.

SpectrumTPH3 – это светоотверждаемый, рентген контрастный субмикронный гибридный композит для реставрации фронтальных и жевательных зубов и пломбирования всех классов кариозных полостей по Блэку. Выпускается в виде шприца или готовых компюл. Эстетические свойства: как показывает опыт работы врачей-стоматологов, Spectrum обладает отличными эстетическими свойствами, он с точностью повторяет естественный оттенок зуба так как имеет широкую цветовую гамму оттенков по шкале VITA и их около 13. Такое разнообразие позволяет быстро создавать высоко эстетичные реставрации, а также он просто имеет более натуральный оттенок. Износостойкость: обладает высокой износостойкостью, которая составляет  $\times 10^{-2}$  мм<sup>3</sup> Возможности и преимущества: кремообразная консистенция; очень низкий уровень краевого расслоения; простая техника применения; универсальные показания к применению для полостей всех классов; легкая адаптируемость к стенкам полости. Недостатки: материал содержит полимеризующиеся мономеры метакрилата, которые могут вызвать раздражение кожи, глаз и слизистой оболочки полости рта и могут быть причиной аллергического контактного дерматита у восприимчивых людей. Цена: на данный момент (2024 г.) цена материала составляет: 2288₽/за шприц.

EsteliteAsteriaSyringeWE – светоотверждаемый, рентгенконтрастный композиционный материал, предназначенный для использования при реставрации передних и боковых зубов. Подходит для кариозных полостей всех классов, включая реставрации, требующие минимального препарирования полости или без ее препарирования. Эстетические свойства: данный препарат содержит около 7 оттенков Body и 5 оттенков Эмали.

Система оттенков EsteliteAsteria разработана для воспроизведения широкой гаммы оттенков естественного зубного ряда благодаря нанесению соответствующих оттенков. Дентин A1B, A2B, A3B, A3.5B, A4B, B3B, BL Дентинные оттенки предназначены для восстановления дентинного слоя. Эмаль NaturalEnamel (NE): ne не рекомендуется в основном для восстановления прозрачности режущего края зуба; WhiteEnamel (Белая эмаль) (WE): we рекомендуется для восстановления проксимальной стенки. WE рекомендуется в качестве заменителя NE для более белых зубов; YellowEnamel (YE) (Желтая эмаль): ye предназначена для воспроизведения потемневшей эмали; TransEnamel (TE) (Транс эмаль): te - самый прозрачный оттенок шкалы ESTELITEASTERIA. Этот оттенок рекомендуется в качестве заменителя NE для очень прозрачной эмали; OcclusalEnamel (OcE) (Окклюзионная эмаль): oc рекомендуется для поверхности окклюзии. OcE имеет исключительные свойства моделирования для придания формы окклюзионным бугоркам и фиссурам.

**Износостойкость:** обладает высокой износостойкостью. Технология ускорения фотополимеризации сокращает время полимеризации и обеспечивает более долгое рабочее время материала. **Возможности и преимущества:** высокая эстетичность реставраций. Быстрое отверждение. Материал полимеризуется за 10 секунд, благодаря использованию RAP-технологии (радикал-усиленная система активации полимеризации). Длительное рабочее время. Под светом рабочего светильника работать с материалом можно не менее 90 секунд. Оптимальная консистенция материала. Материал мягкий, пластичный, легко моделируется. Совместим с любыми адгезивами. Эффект хамелеона. Форма и размер частиц наполнителя обеспечивает высочайшую эстетичность реставраций. Кроме того, благодаря сферической форме частиц снижается износ зубов антагонистов. Благодаря эффекту хамелеона в некоторых случаях можно использовать материал одного оттенка. Жирным шрифтом выделен наиболее рекомендуемый цвет для данной области. Подбор оттенка возможен с помощью шкалы VITA, либо нанесения небольшого количества материала на зуб (метод “горошины”), либо с помощью индивидуально изготовленной шкалы EsteliteAsteria.

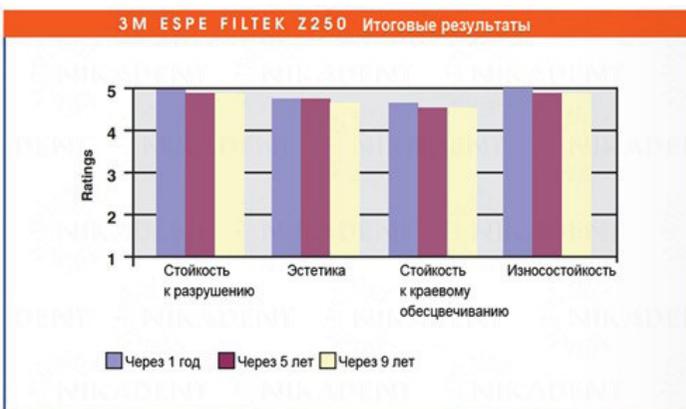
**Недостатки:** esteliteasteria содержит метакриловые мономеры. Не используют ESTELITEASTERIA для лечения пациентов, у которых имеется аллергия или повышенная чувствительность к метакриловым и схожим с ними мономерами или к иным компонентам.

**Цена:** на данный момент (2024 г.) цена материала составляет: 4352₽/за шприц.

FiltekZ250 – это светоотверждаемый рентгеноконтрастный реставрационный композит. Его можно применять для реставрации как передних, так и задних групп зубов.

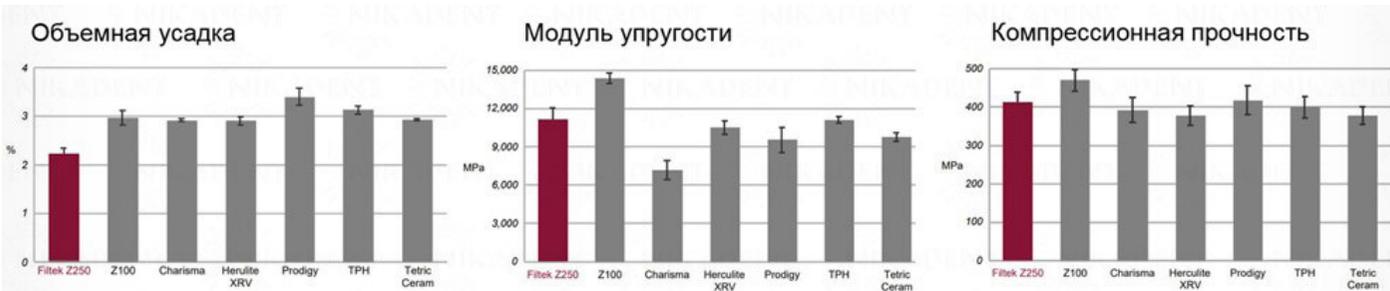
**Эстетические свойства:** со слов врача-стоматолога, Filtek обладает довольно-таки низкими эстетическими свойствами, хотя благодаря эффекту Хамелеона он обладает прекрасной адаптацией цвета композита с окружающими тканям натурального зуба. Широкая цветовая палитра позволяет подобрать оптимальный оттенок для каждого случая. Хорошая полируемость реставрации до сухого блеска. Разнообразие оттенков и уровней прозрачности

## Прочность:



Недостатки: без эффекта Хамелеона данный материал обладает низкими эстетическими свойствами. Данный продукт содержит вещества, которые могут вызвать аллергическую реакцию у некоторых людей при соприкосновении с кожей.

## Износостойкость:



Цена в 2024 году FiltekZ250 составляет: 2470 Р/за шприц.

**Заключение.** На данный момент многие стоматологи преимущественно используют SpectrumTPH3, так как он прост в применении, имеет лучшие эстетические свойства.

При материальных затруднениях пациентов необходимо выбирать более бюджетные материалы, например FiltekZ250, по своим физическим свойствам он ничем не хуже SpectrumTPH3 и EsteliteAsteriaSyringeWE, но, пожалуй, единственным недостатком FiltekZ250, является малая эстетическая функция

## Список литературы:

- <https://www.dentsplysirona.com/ru-ru/explore/restorative/spectrum.html>
- <https://el-dent.ru/id/estelite-asteria-syringe-shpric-we-tokuyama-dental.html>
- <https://tehstom.ru/catalog/1999/25160/>
- [https://shop.stomatorg.ru/catalog/spectrum\\_tph3/spectrum\\_tph3\\_nabor\\_v\\_shprintsakh\\_6\\_shpritsev\\_gibridnyy\\_plombirovochnyy\\_kompozit/](https://shop.stomatorg.ru/catalog/spectrum_tph3/spectrum_tph3_nabor_v_shprintsakh_6_shpritsev_gibridnyy_plombirovochnyy_kompozit/)
- <https://dental-first.ru/catalog/estelite-asteria-syringe-shpr-we-belaya-emal-4gr/>
- <https://medessi.ru>
- Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение: учебн. для студ. / В.Н.Тре зубов, Л.М. Мишнёв, В.В. Трезубов; под ред. з.д.н.России, проф. В.Н.Трезубова. – 7-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2017 – 328 с.: ил. ISBN 978-5-00030-461-7

**Пляскина Н.В., Давыдов Е.М.**

**ОПТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЗУБОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИХ ЦВЕТ**  
**ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)**

**Введение.** Эстетический оптимум играет важную роль при лечении фронтальной группы зубов. Именно поэтому у пациентов возросла потребность на качественную эстетическую реставрацию передней группы зубов. Высокое качество восстановления зубов в терапевтической и ортопедической стоматологии невозможно без точной передачи цвета, формы, структуры зуба и его оптических характеристик. Верный выбор цвета является немаловажным критерием эстетической состоятельности любой композитной или керамической реставрации и помогает ей стать абсолютно естественной в зубном ряду.

Зуб представляет собой сложный оптический объект и имеет в разных зонах разные цветовые характеристики. Цветовые характеристики зуба описываются разными цветовыми системами, например, в настоящее время широко используется система CIE Lab, представленная тремя компонентами: цветовой тон, насыщенность цвета, яркость. Но в стоматологии традиционно используются эталонные цветовые шкалы (VITAPAN CLASSICAL, SHADEGUIDE, VITAPAN 3D-MASTER и др.), в виде искусственных зубов, имеющих определенные цветовые и оптические характеристики.

В создании впечатления играют большую роль характеристики цвета - яркость, насыщенность и собственно оттенок, однако роль их неравнозначна, так как человеческий глаз имеет рецепторные особенности, поэтому более восприимчив к разности в яркости, а не в насыщенности и оттенке. Однако, если неправильно определить одну из этих характеристик, то это может негативно сказаться на внешнем виде реставрации.

Целый ряд факторов может помешать правильному определению цвета зубов, в частности: возрастные физиологические изменения зрительного анализатора, изменение восприятия цвета в зависимости от природы источника света: избыточное количество дезориентирует специалиста, который в своей работе будет склоняться к более светлым тонам. Большое увеличение интенсивности света вызывает значительные изменения в цветовом зрении. Предпочтение следует отдавать естественному освещению. Источником оптических иллюзий может стать окружающая обстановка: цвет стен, потолка, пола и штор, мебели и т.д. Искаженное восприятие цвета возможно при наличии ярко насыщенных цветов вокруг рабочего места. Стены, потолок и пол стоматологического кабинета, а также имеющееся оборудование и мебель должны иметь оптимальную цветовую гамму (желто-зелено-голубая) с коэффициентом отражения не ниже 40%. Существует множество иллюзий, обусловленных различием в яркости предмета и фона восприятия, которые мешают цветовосприятию.

Другими важными характеристиками освещения являются индекс цветопередачи (CRI — Color Rendering Index) и значение освещенности. Индекс цветопередачи выражает способность источника света освещать объект в сравнении с естественным освещением, для которого CRI равен = 100.

**Цель исследования.** Изучить влияние различных факторов на цветовые характеристики зуба.

**Материалы и методы исследования.** Обзор литературы 2000-2012 г.г., анализ.

**Результаты исследования.** Ткани зуба способны отражать, пропускать и рассеивать свет, что придает ему характерные визуальные черты. Эмаль - это наиболее твердая и минерализованная ткань, обладающая способностью отражать весь спектр света. Она состоит из 96% неорганических веществ, 1% органических веществ и 3% воды. Состав неорганического вещества эмали представлен: гидроксиапатит – 75,04%, карбонапатит – 12,06%, хлорапатит – 4,39%, фторапатит – 0,663%, карбонат кальция – 1,33%, карбонат магния – 1,62%. Высокое содержание минералов, природа и расположение кристаллов гидроксиапатита придают ей способность рассеивать лучи, т.е. отражать свет в различных направлениях, делают эту ткань твердой, крепкой, полупрозрачной и рентген контрастной.

Перикиматы и рассеивающие способности эмали придают свойство матовости. Когда свет падает на гладкую, плоскую поверхность, то все прошедшие лучи будут параллельны, а если поверхность неровная, прошедшие лучи будут обращены во множество направлений, или рассеяны. Наличие большого числа микрошероховатостей на поверхности зуба делает его эмаль менее полупрозрачной. Рассеивание лучей света внутренними микропорами, снижает блеск эмали и ее цветность, придавая ей свойство опалесценции - внутренних переливов света и цвета и повышая тем самым белизну коронки зуба.

Коэффициент диффузного отражения поверхностью шлифа эмали колеблется от 20 до 42%, характеризую высокую яркость и блёскость.

Эмаль обладает способностью отражать весь спектр цвета. Известно, что полное отражение света характерно для белой поверхности. Поэтому преобладающий оттенок эмали — белый. Натуральные зубы иногда бывают белее самого светлого эталона в наборе композитных материалов. Для сравнения: отражающие способности фотополимера Charisma (по показателю диффузного отражения, R, %) колеблются от 5 до 32. Наиболее близки к показателю светоотражения эмали образцы A10, B10, B20.

Если изменится состав ткани, как в случае с сильно окрашенными зубами, то опалесценция может значительно уменьшиться или исчезнуть, придавая зубу матовость. Эмаль обладает трансмиссией – свойством пропускать световые лучи, обладая способностью диффузного отражения и рассеивания света.

Проникая в эмаль и проходя сквозь кристалл, луч света замедляет скорость и расщепляется на два пучка, каждый из которых имеет свой угол преломления. Этот показатель является одной из характеристик кристалла гидроксиапатита и составляет 1,63-1,64. Свойство эмали частично пропускать, а частично рассеивать лучи света характеризует ее светопроводимость. Именно она зависит от состава и структуры ткани. Толщина слоя эмали также оказывает существенное влияние на светопроводимость. Присущее эмали данное свойство позволяет лучам, избирательно отражающимся от пигментов дентина и эмалево-дентинного соединения, проходить через нее и восприниматься глазом, как цвет зуба. Но на отдельных участках зуба эмаль не имеет подлежащего дентина и воспринимается как прозрачная - это режущий край и проксимальная поверхность.

В клинике встречается четыре основных типа прозрачности эмали на вестибулярной поверхности зуба: первый вариант — равномерное распределение прозрачного слоя

по всей поверхности коронки; второй — преимущественно выраженная прозрачность режущего края; третий тип — прозрачный режущий край и проксимальные поверхности; четвертый характеризуется прозрачностью только боковых поверхностей.

По границе режущего края резцов и клыков в виде тонкой светящейся полосы проявляется оптический эффект гало. Он создает контраст между темной полостью рта и голубоватой полупрозрачностью режущего края.

Дентин - наиболее важная ткань зуба в отношении цвета. Он относительно непрозрачен, так как в нём более низкое содержание минералов, по сравнению с эмалью, и высокая доля органических веществ. В дентине большое число дентинных канальцев, которые способствуют избирательному преломлению света, то есть определенные лучи будут отражены, а другие лучи поглощены.

Основные оптические свойства дентина также характеризуются отражением, пропусканием и рассеиванием света. Есть один известный факт: вещества с более плотной упаковкой частиц отражают света больше, чем пористые, именно поэтому дентин имеет меньшую величину коэффициента диффузного отражения чем эмаль. Благодаря способности в большей степени отражать волны определенной длины, дентин формирует цвет зуба. Поскольку в спектрах отражения дентином света присутствуют все длины волн, можно говорить о суммировании и формировании вторичных оттенков.

Способность избирательного отражения дентину придают пигменты, содержащиеся в основных структурах, в результате чего, визуально определяется цвет, преимущественно желтых оттенков. Оpaqueность дентина зависят от рассеивания им света и низкой светопроводимости, связанной с неоднородностью структуры и состава. Его рассеивающие способности значительно выше, чем у эмали зуба. Самый высокий показатель рассеянного излучения регистрируется от эмалево-дентинного соединения, имеющего более крупные и разнородные частицы вещества, обладающие способностью рассеивать свет. Коэффициент пропускания света дентином всегда ниже, чем эмали.

Высокие рассеивающие способности, индивидуальность цвета зуба, в значительной мере связаны с особенностями структуры эмалево-дентинной границы, которая на ранних стадиях функционирования зуба представлена некальцифицированными коллагеновыми волокнами. В дальнейшем они постепенно кальцифицируются, представляя собой соединение эмали и дентина. «Пальцеобразные» выступы дентина – мамелоны, формирующиеся в процессе развития зуба, обуславливают характерный вид той области коронки зуба, которая прилежит к режущему краю.

Оптические свойства зуба зависят не только от характеристик эмали и дентина, но и связаны с особенностями строения и функционирования пульпы. Весьма обильное кровоснабжение придает тканям яркую окраску, влияющую на цвет зуба. Интенсивный красный цвет живой ткани играет важную роль в эстетике натурального зуба, особенно у молодых людей, когда твердые ткани обладают относительно высокой светопропускающей способностью: пульповая камера больших размеров, а пульпа занимает значительный объем. Научные исследования позволили зарегистрировать лучи красного цвета, исходящие от пульпы и пропускаемые эмалью и дентином. Небольшие изменения интенсивности красных лучей регистрировались в связи с систолой и диастолой. Более значительные изменения цвета имели место при нагревании и охлаждении. Некроз или

удаление пульпы приводят к проявлению «неживого» вида даже у интактного зуба, поскольку исключают волны розовой части спектра отражения и пропускания света тканями зуба.

Еще одно оптическое свойство поверхности, влияющее на цвет, - это флюоресценция. Способность к флюоресценции зрительно делает зуб более ярким и светлым. Наиболее известным видом излучения является тепловое излучение. Помимо свечения в результате нагревания, существует так называемое холодное свечение - люминесценция. Свечение объекта при этом явлении обусловлено наличием какого-либо другого источника энергии во внешней среде, этим источником может быть как тепловое, так и любое другое излучение. Флюоресценция является частным случаем люминесценции, возникающим тогда, когда источником энергии для инициации процесса служит видимый свет с присутствием ультрафиолетовой части спектра. Яркость свечения объекта при флюоресценции описывается показателем, который называется - интенсивность люминесцентного свечения.

**Вывод.** Определение цвета в современной стоматологии является важной задачей, решение которой направлено на восстановление эстетического вида всей полости рта, улучшение внешнего облика пациента и, возможно, восстановлению самооценки. Зуб представляет собой сложный оптический объект, который имеет много характеристик, поэтому для определения цвета необходимо обращать внимание на различные факторы: освещение, обстановку, фон и т.д., а также нужно привлекать дополнительных специалистов для определения цвета, ведь глаз каждого человека имеет свои физиологические особенности.

#### **Список литературы:**

1. <https://cyberleninka.ru/article/n/svet-i-tsvet-v-esteticheskoy-stomatologii/viewer>
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34516027/>
3. <https://publish2020.scienceforum.ru/ru/article/view?id=368>
4. [https://eduherald.ru/ru/article/view?id=15388&ysclid=lvb1b00rdp\\_571965394](https://eduherald.ru/ru/article/view?id=15388&ysclid=lvb1b00rdp_571965394)
5. <https://web.snauka.ru/issues/2016/08/70502?ysclid=lvb1k9kboz194884908>
6. <https://telegra.ph/Znanie-opticheskikh-svojstv-ehmali-i-dentina--garantiya-kachestvennogo-restavrirovaniya-zubov-chast-22-09-05>

Пляскина Н.В., Самохвалова А.И.

## НАЛОЖЕНИЕ И ВЫВЕДЕНИЕ ОТТИСКОВ ПРИ ПОВЫШЕННОМ РВОТНОМ РЕФЛЕКСЕ

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

**Введение.** Стоматология часто сталкивается с осложнением в виде повышенного рвотного рефлекса, что значительно ухудшает процесс и результат лечения в целом. Проблема касается процедуры наложения и снятия оттиска, что является важнейшим этапом протезирования различных конструкций. Иногда, даже простая гигиеническая чистка зубов в домашних условиях вызывает неприятные ощущения у людей, склонных к повышенному рвотному рефлексу. Во время застывания силиконовой или альгинатной массы в оттисковой ложке от пациента требуется максимальная неподвижность и спокойствие для детального отображения жевательной поверхности, но неприятные ощущения или рвотные позывы очень сложно контролировать или невозможно вообще, приходится повторять процедуру заново или переносить на другую дату. Пациент вынужден чувствовать сильный стресс и дискомфорт от этого этапа обследования. Врач испытывает сложности, процесс лечения затягивается или останавливается.

**Цель исследования.** Устранение, уменьшение и профилактика повышенного рвотного рефлекса у пациентов при проведении процедуры наложения и снятия оттиска на ортопедическом приеме. Облегчение работы врача для лучшего результата диагностики. Акцентирование на особенностях проведения приема и лечения пациентов с повышенной чувствительностью к данной процедуре.

**Материалы и методы исследования.** При проведении облегченной процедуры наложения оттиска, направленной на уменьшение рвотного рефлекса, используются пластмассовые или металлические ложки разных размеров и видов, местная аэрозольная анестезия Lignospam, Lidokain 10 %, Legekain, 2-3 % дикаиновая, 5 % лидокаиновая, 2-3 % фаликаиновая мази анестетики. Сканер полости рта 3Shape Trios. Быстротвердеющие материалы для снятия оттисков: современный альгинат Hydrogum 5 с отдушкой для уменьшения рвотного рефлекса и контролем застывания, Hydrocolr 5, Tropicalgin. Все перечисленные альгинатные массы быстро твердеют, меняют цвет в процессе и имеют наилучшую детализацию.

Основным методом исследования являлся поиск и изучение документаций, литературы, ресурсов по данной теме. Были использованы: анализ, обобщение, наблюдение. В статистическом методе применялись математические расчеты собранного материала. Проводилось анкетирование лиц, обучающихся в Читинской государственной медицинской академии от 18 до 25 лет разных полов.

**Результаты исследования.** Тревога — это самое первое, с чем сталкивается пациент во время проведения процедуры наложения оттиска. Чувство страха, волнения, паника могут возникнуть по причине стоматофобии. Стоматофобия или дентофобия связана со страхом посещения стоматолога. Чаще всего пациент ожидает почувствовать боль в процессе лечения. Чувство паники может быть связано с плохим опытом процедуры в прошлом или боязнь самого оттиска. Тревогу можно купировать или ослабить премедикацией перед приемом. Цель премедикации - подавление рвотного

рефлекса, подавление повышенного слюноотделения, облегчение стоматологического лечения, предупреждение стресса, снижение психоэмоционального напряжения и чувствительности. Перед проведением премедикации необходимо собрать максимально точный анамнез пациента, аллергический анамнез, объяснить цель процедуры. Подготовка к премедикации: пациент не должен принимать алкоголь и никотин за 24 часа до приема и столько же после, пациент не должен принимать очень важных решений, приводящих к стрессу в течение дня, пациенту не желательно брать на себя большую ответственность, после использования седативных препаратов нельзя водить транспорт, и заниматься деятельностью, требующей повышенного внимания и умственного напряжения, пациент при возможности должен быть в сопровождении, сопровождение обязательно при детском возрасте или старше 60 лет, у пациента не должно быть аллергических реакций, противопоказаний на седативные средства, беременности. Вовремя премедикации врач назначает слабые седативные средства, такие как Тенотен, Фенибут. Прием лекарственных средств проходит строго под контролем врача с учетом эмоционального статуса, тяжести тревожного расстройства, длительности процедуры и возраста пациента.

Тошнота и рвотный рефлекс могут быть связаны с тревогой и страхом, а также с физическим контактом оттискной ложки с поверхностью полости рта пациента. Чаще всего наблюдается сочетание этих двух форм. В ходе анкетирования среди лиц от 18 до 25 лет было выявлено, что 55% опрошенных проходили процедуру наложения оттиска. 87% отметило возникновения неприятных ощущений. Страх испытали 30% опрошенных, панику испытали 15%. Неприятные ощущения и отрицательное эмоциональное состояние заставило 50% пациентов отказаться от этой процедуры и закончить лечение или перенести его.

Рвотные позывы являются естественным защитным рефлексом организма человека и происходят неконтролируемо. Создается неприятное ощущение присутствия инородного предмета во рту и желание от него избавиться. Зоной повышенного рвотного рефлекса являются корень языка, язычок, задние отделы полости рта, зона роста зубов мудрости. Если форма оттискной ложки повторяет весь зубной ряд, то ее дистальные края раздражают чувствительные зоны. На вероятность возникновения позывов влияет размер ложки, объем массы, её плотность. Для более комфортной процедуры лучше использовать индивидуальные сегментированные ложки. Такой исход возможен только в том случае, если не требуется отображения полного прикуса или моляров, что довольно редко. Важно психоэмоциональное состояние пациента при риске повышенного рвотного рефлекса. Для того чтобы избежать стресса и появления стоматологических фобий, что по статистике встречается у каждого третьего человека нужно соблюдать правила ведения приема со склонными к такому расстройству пациентами. Во-первых, расположить пациента на позитивный лад и рассказать, как будет проходить процедура оттиска, зачем и для чего она нужна. Провести дыхательные упражнения для уменьшения волнения. При приближении тошноты или рвотного рефлекса ритмично вдыхать через нос, выдыхать через рот. Можете посоветовать напевать звуки, гудеть, так как непрерывный поток воздуха уменьшает рвотный рефлекс. Важно переключение внимания во время процедуры. Нужно дать возможность пациенту послушать музыку, посмотреть телевизор или дать мягкий предмет в руки. Такой алгоритм действий поможет ослабить или

предотвратить легкую форму рвотного рефлекса. Перед приемом в домашних условиях пациенту можно рекомендовать не принимать пищу за 2 часа до процедуры, постараться расслабиться, избегать стресса и тревоги, провести премедикацию.

При средней стадии чувствительности и выраженности рвотного рефлекса стоит использовать местную анестезию в виде спреев: Lignospam, Lidokain 10 %, Legekain, 2-3 % или ледокаиновой, дикакаиновой мазей. Наносятся на чувствительные зоны полости рта. Стоит учесть, возможна ли совместимость анестетиков с используемыми слепочными материалами, их состав. Важно исключить вероятность аллергической реакции пациента на данный анестетик, провести аллергическую пробу. При местной анестезии рвотный рефлекс может пропасть или же ослабнуть, что улучшает качество процедуры.

Если с позывами не удастся справиться или же они очень сильные, то применима методика сканирования с помощью 3Shape Trios. Интраоральный сканер является современным, безопасным методом точного цифрового исследования зубных рядов без использования слепков. Врач помещает сканирующую часть аппарата в ротовую полость, направляя его свет на зубные ряды. Отображаемый световой сигнал переходит на монитор, благодаря чему можно видеть состояние полости рта в настоящий момент без временных затрат. Дальнейшее изготовление протеза происходит на 3d принтере. Минус способа заключается в его малодоступности, большой стоимости аппаратов, сложности сканирования труднодоступных мест, невозможность сканирования невидимых областей, корней зубов, затемненных мест. Плюсы в том, что снимок более точен чем слепок, его возможно моделировать в электронном формате без трат на материалы. Такая процедура не принесет дискомфорта пациенту при наличии повышенного рвотного рефлекса и облегчит работу врача.

Если сканера нет и нужно делать слепок, стоит учесть его материал. Необходимо минимизировать нахождение оттисковой ложки в полости рта пациента, поэтому использовать быстротвердеющие материалы, например альгинатную массу Hydrocolr 5. Улучшают процедуру материалы с отдушками. Например, Tropicalgin. Как наложение, так и снятие оттиска нужно делать аккуратно, одномоментно, стараясь не задевать чувствительные зоны рвотного рефлекса, не заводить ложку слишком глубоко в полость рта. Профилактикой повышенного рвотного рефлекса являются методики, которые можно практиковать в домашних условиях. Легкое, осторожное давление спинкой зубной щетки на корень языка. Выполняется ежедневно, со временем точку давления продвигают дальше к глотке и рвотный рефлекс становится менее выраженным.

**Заключение.** Чувствительность тканей полости рта на инородные предметы и рвотный рефлекс являются нормальными физиологическими явлениями, но особенность повышенного рвотного рефлекса может мешать процедуре наложения оттиска. На разных стадиях интенсивности рвотных позывов существуют методы и средства борьбы с ними. Для получения качественного и детального слепка используется психотерапия, местные анестетики, особые оттискные материалы и ложки. Существует электронное сканирование, как альтернативный метод получения изображения зубных рядов без снятия оттиска. Пациентам с повышенной чувствительностью стоит рекомендовать проведение профилактических упражнений для уменьшения позывов во время приема. Исключение рвотных рефлексов при снятии оттиска, комфортная процедура улучшат

качество дальнейшего лечения для пациента и его врача.

**Список литературы:**

1. Герасимова Н.В. Нервные болезни. Тверь: Медицина, 2000. 83 с.
2. Левкина В.А. Материаловедение в ортопедической стоматологии. Архангельск: Северный ГМУ. 2001. 43 с.
3. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология. М.: Медицина. 2003. 235с.
4. Кузьмина Э.М. Профилактика Стоматологических заболеваний. М.: Медицина, 2003. 45с
5. Ряховский А.Н. «Цифровая стоматология». М.: ООО«Авантис», 2010. – 282 с.

**Введение.** Современная стоматология ориентирована не только на высокий уровень качества лечения, но и на создание максимального комфорта для пациента. Немалую роль в этом играет местная и общая анестезия, отсутствие стресса, боли и страха позволяет избежать психологической травмы и плохой регенерации тканей, что дает возможность человеку с удовольствием приходить к стоматологу и вовремя решать проблемы, а не обращаться, в крайнем случае, когда спасение зубов стоит под вопросом.

Проведение анестезии в стоматологии имеет свои особенности. Так как стоматолог работает непосредственно в ротовой полости, то вероятность аспирации, обтурации дыхательных путей у пациента, находящегося под общей анестезией, возрастает многократно. В связи с этим ингаляционная анестезия и тотальная внутривенная анестезия (процедурная седация) используются при кратковременных манипуляциях с минимальным риском аспирации (обтурации) верхних дыхательных путей. Наличие эндотрахеальной трубки в трахее минимизирует риск возникновения аспирации. Чаще всего при анестезии с ИВЛ в стоматологии используются назотрахеальная интубация. При данной методике эндотрахеальная трубка проходит через нос, гортань, голосовые связки в полость трахеи, минуя ротовую полость и, соответственно, не создает помех в работе стоматолога.

С 2023 года в клинике ЧГМА успешно внедрен и активно используется метод комбинированной анестезии с низкопроточной вентиляцией легких.

Низкопроточная анестезия (Low-flow anesthesia) – метод ингаляционной анестезии с использованием низких потоков воздушно-кислородной смеси 0,5-1 л/мин. Это позволяет многократно использовать анестетик, т.е. экономить дорогостоящие ингаляционные анестетики.

Преимущества низкопроточной анестезии:

- удешевление анестезии;
- предотвращение потери тепла и влаги;
- нормализация микроклимата в трахеобронхиальном дереве;
- профилактика инфекции;
- снижение вероятности гипотермии;
- защита медицинского персонала;
- защита окружающей среды.

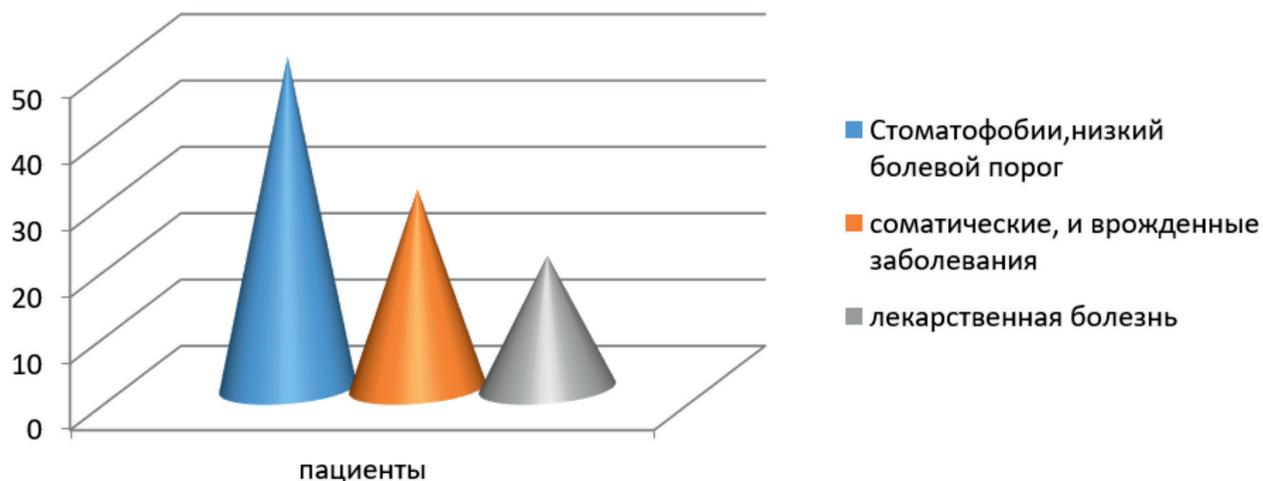
Важно отметить, что низкопроточная анестезия не только не снижает, а наоборот повышает требования к безопасности анестезии. Поэтому перед проведением низкопроточной анестезии в обязательном порядке проводится тестирование наркозно-дыхательного аппарата. Во время анестезии: проводится контроль концентрации кислорода во вдыхаемой смеси, анестезиологический персонал присутствует в операционном зале в течение всего времени проведения анестезии, постоянно оценивается оксигенация, вентиляция, кровообращение и температуру пациента, анализируются концентрации анестетика на вдохе и выдохе, а также концентрации кислорода и

углекислого газа.

Перед проведением любых манипуляций, предполагающих проведение общей анестезии, пациент обязательно проходит первичную консультацию врача-анестезиолога-реаниматолога, во время которой собирается подробный анамнез, проводится осмотр пациента, оценивается риск анестезии и операции, подбираются оптимальные препараты с учетом анамнеза, индивидуальных особенностей пациента, рассказывается о предполагаемом виде анестезии, даются рекомендации по подготовке к анестезии. Для уменьшения негативных последствий анестезии пациенты, которым предстоит оперативное вмешательство, должны быть полноценно обследованы. На основании изучения анамнеза и данных физикального обследования больного определяется необходимость в дополнительных исследованиях с использованием методов функциональной и лабораторной диагностики, включая специальные методы. В день операции осуществляется повторный осмотр, во время которого принимается окончательное решение о проведении анестезии, а также о выборе метода.

После операции пациенты находятся под постоянным тщательным контролем параметров гемодинамики и дыхания в условиях палаты пробуждения и, как правило, в тот же день выписывается домой.

Соборованием группы анестезиологии-реанимации заметен активный рост других видов анестезий (комбинированная анестезия с ИВЛ, ингаляционная анестезия). Это в первую очередь обусловлено началом работы со стоматологическими отделениями клиники. Клиника медицинской академии стала, пожалуй, единственным лечебным учреждением в крае, где проводится лечение стоматологических пациентов с использованием комбинированной эндотрахеальной анестезии в условиях амбулаторного приема. За стоматологической помощью под общим обезболиванием обращаются лица, желающие сократить число визитов к стоматологу, соматически здоровые с низким болевым порогом, со стоматофобией, а также лица с сопутствующими и тяжелыми врожденными заболеваниями, при которых лечение под местной анестезией сильно затруднено, либо невозможно, пациенты с аллергической реакцией на местные анестетики.



**Подготовка к лечению зубов под наркозом.** Подготовительный этап начинается в первую очередь с комплексной консультации пациента, включает в себя осмотр стоматолога-терапевта, хирурга и ортопеда. Врачи осматривают полость рта, проводят

рентгенологическое исследование, чтобы оценить состояние зубочелюстной системы. Выявляют проблему, предлагая пути решения. Составляется подробный план лечебных мероприятий, с расчетом финансовых затрат.

На этом же этапе пациент осматривается врачом – анестезиологом, собирается полный анамнез, назначается ЭКГ, общий, биохимический анализ крови и мочи. Направляет к терапевту, чтобы тот дал заключение о том, что обратившийся готов к наркозу. Тщательное обследование позволяет исключить противопоказания и подобрать правильную концентрацию препарата для лечения зубов во сне.

По мере готовности полного пакета документов, проводится повторная консультация, где подбирается вид наркоза и назначается день лечения, и даются рекомендации пациенту по подготовке к наркозу.

За 6 часов до наркоза нельзя принимать пищу, от питья нужно отказаться за 4 часа. Последний прием не должен включать жирную, плохо перевариваемую пищу. Такое ограничение необходимо, чтобы содержимое желудка не попало в легкие. Эмоциональное напряжение провоцирует обильно мочеобразование, поэтому рекомендуется помочиться перед началом лечения.

Стартом лечения под наркозом в нашем отделении стал 2022 год, за два прошедших года спрос на лечение увеличился в разы. За 2022-2023 г проведено 48 случаев лечения в условиях общего обезболивания, и 4 случая лечения в кресле врача под наблюдение группы анестезиологии.

Проведено 3 операции:

- множественная имплантация с одномоментным синус-лифтингом;
- цистэктомия с резекцией верхушек корней;
- удаление зуба из гайморовой пазухи, с закрытием пазухи мембраной «Evolution».

Большую часть вмешательств составляет хирургический профиль, за весь период удалено 67 зубов, по различным видам заболеваний, установлено 12 имплантов.

Терапевтическая стоматология занимает чуть меньше половины общего объема, было пролечено, и подготовлено под дальнейшее протезирование 35 зубов. И на сегодняшний день 1 случай ортопедического лечения.

Исходя из полученного опыта, сегодня с уверенностью можно сказать, что лечение в условиях общего обезболивания имеет прекрасный потенциал к дальнейшему развитию, ведь он дает возможность врачу комфортно, не ограничивая себя во времени провести необходимое лечение, выполнить сложный и большой объем работы в одно посещение.

Имея небольшой список относительных противопоказаний этот метод анестезии, становится альтернативным выбором пациентов, которые имеют трудности и страх перед стоматологическим приемом.

**Список литературы:**

1. «Клиническая анестезиология» Дж. Эдвард Моорган – мл., Мэгид С Михаил 2021г
2. «Респираторная поддержка при анестезии, реанимации и интенсивной терапии» А.И. Левшанков 2021г
3. Рентгенология в стоматологии: руководство для врачей Аржанцев А.П. 2021
4. Фармакология. Учебник. Харкевич Д.А. 13-е изд. 2021
5. Oral Surgery: textbook ed. by S. V. Tarasenko. Moscow: GEOTAR-Media, 2023.

**Рыбак О.Г., Лучшева Л.Ф., Фёдоров А.В., Овечкина Е.А.**  
**ФАКТОР ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ (ЭС, ВЕЙП, Е-СИГАРЕТА) НА**  
**СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РТА**

*КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов  
здравоохранения» МЗ ХК, г. Хабаровск*

**Актуальность.** Проблема глобального влияния на здоровье человека и создания необходимых методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, вызванных действием вредной привычки курить, в том числе электронные сигареты, является одним из приоритетных направлений в здравоохранении [2]. Употребление табака наносит существенный экономический ущерб, который в частности выражается в виде значительных расходов на здравоохранение, связанных с лечением заболеваний, вызванных употреблением табака, а также в виде утраты человеческого капитала в результате обусловленных употреблением табака заболеваемости и смертности. Электронные системы доставки никотина (ЭСДН) и электронные системы доставки продуктов, не являющихся никотином (ЭСДПН), известные как «электронные сигареты» повышенный спрос среди детей и молодежи, причем во многих странах эти показатели превышают показатели использования электронных сигарет взрослыми [10,13].

По данным ВОЗ табак употребляют 22,3% населения планеты. Согласно выборочному федеральному статистическому наблюдению состояния здоровья населения Росстата, доля употребляющих табак взрослых россиян за пять лет снизилась с 24,2% в 2019 г. до 18,7% в 2023г., но при этом показатели остаются на довольно высоком уровне, что требует разработки и внедрения эффективных законодательных и иных мер в области борьбы с потреблением никотинсодержащей продукции.

С целью снижения распространенности потребления табака и иной никотинсодержащей продукции Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.11.2019 г. № 2732-р утверждена «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции в Российской Федерации на период до 2035 г. и дальнейшую перспективу» и в рамках Концепции принят Федеральный закон от 28.04.2023 г. № 178-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», вводящий существенные ограничения и запреты на продажу устройств для потребления никотинсодержащей продукции (электронные сигареты (вейпы), моды, испарители и т.д.).

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) представил данные исследования об использовании электронных никотиновых устройств. Анализ этих данных показал, что треть россиян периодически используют табачные или никотиновые изделия (сигары, сигареты, электронные устройства для нагревания табака, вейпы) — 27%, курящих мужчин в три раза больше, чем женщин — 42% против 15% соответственно. Согласно прогнозам ВОЗ, в мире к 2030 г. продажи электронных сигарет возрастут в 17 раз, однако последствия курения е-сигарет еще малоизучены [4].

Принято считать, что курение электронных сигарет наносит гораздо меньше вреда, чем употребление табака, поскольку в случае использования электронного аналога человек вдыхает пар, который содержит никотин, но не смолы. Однако безопасность данных

сигарет не утверждена, в пользу чего говорит факт обнаружения японскими учеными того, что пар, образующийся при использовании одного из видов этого прибора, содержит в 10 раз больше вредных веществ, чем табачные сигареты[5]. В Основных тезисах доклада ВОЗ (2018 год) указывается: электронные сигареты испускают аэрозоли, содержащие как никотин, так и ряд токсичных веществ, воздействующих не только на курящего, но и на окружающих его лиц.

Аэрозоли электронных жидкостей для курения представляет собой смесь пропиленгликоля, глицерина, ароматизаторов и, факультативно, никотина, в том числе мутагенных веществ (акролеин и формальдегид), а нагревательный элемент испарителя также выделяет с паром вредные вещества (окись пропилена, глицидол, тяжелые металлы и силикатные частицы).

Влияния электронных сигарет на здоровье обуславливается быстрым распространением среди молодого и взрослого населения, при достаточно малой изученности последующих эффектов на органы-мишени, в первую очередь на слизистую оболочку рта (СОР).

**Цель и задачи.** Провести контент-анализ работ, посвященных проблеме влияния паров электронных сигарет на СОР с целью формирования эпистемической ответственности врачей стоматологического профиля на клиническом приеме у пациентов группы риска, употребляющих электронные сигареты.

**Материал и методы.** Изучены материалы, которые базируются на данных, опубликованных специалистами ВОЗ, электронных платформах E-library, PubMed.

**Результаты.** Мукозальные эпителиоциты обладают способностью отвечать на экзогенное и эндогенное воздействие путем поддержания хронической патологии СОР, которая характеризуется высокой проницаемостью к компонентам табака, отмечается их накопление в слюнных железах с последующим выделением с ротовой жидкостью в полость рта [8].

Согласно данным литературы, пропиленгликоль, входящий в состав жидкости для е-сигарет, является гигроскопичным продуктом, а именно, молекулы воды в слюне связываются с молекулами пропиленгликоля, что в результате приводит к возникновению ксеростомии [7] и, в свою очередь является триггером в развитии поражений в виде изъязвлений СОР, кандидоза, дисгевзии и дисфагии. Уменьшение слюны приводит к жалобам пациентов различного возраста на сухость во рту, неприятный запах изо рта и ощущение жжения [6].

По данным проспективного исследования «случай-контроль» Bardellini E. С соавт. выявлено статистически значимое увеличение распространенности поражений СОР у потребителей электронных сигарет и обычных курильщиков, которые бросили курить минимум за 6 месяцев до начала исследования[9]. Среди курильщиков электронных сигарет наблюдаются цитотоксические эффекты, приводящие к гибели кератиноцитов эпителия полости рта [11]. Пар от электронных сигарет изменяет цитоморфологическую характеристику буккального эпителия. Сравнительный анализ мазков щёчного эпителия курильщиков-вейперов и некурящих показал, что в мазках у вейперов изменения в щечном эпителии встречаются на 35% чаще по сравнению с некурящими [1]. Рядом авторов указано, что при осмотре и исследовании СОР курящих выявляются очаги гиперкератоза буккального эпителия, признаки гиперсклероза подслизистого слоя и

признаки воспаления. По литературным данным, одной из функциональных характеристик буккальных эпителиоцитов является их способность к адгезии с микроорганизмами полости рта, что непосредственно оказывает прямое воздействие на поддержание иммунитета и гомеостаз флоры полости рта. Снижение колонизации буккального эпителия бактериями свидетельствует о нарушении локального и общего гомеостаза, что характеризует пагубное влияние табака и электронных сигарет на поддержание защитных свойств СОР [8].

Исследователи также обнаружили, что пары электронных сигарет (с никотином или без него) изменяют способность бактерий ротовой полости к размножению. Оказалось, что дым электронных сигарет увеличивает у *Fusobacterium nucleatum* экспрессию генов, которые определяют формирование биопленки и как следствие повышают устойчивость к воздействию лекарств, токсичных соединений и иммунной системы, благодаря чему выживаемость данных микроорганизмов увеличивается. При этом бактерии в составе биопленок усиленно синтезируют ферменты, которые приводят к повреждению эпителиальных клеток ротовой полости и усилению выраженности воспаления, что в конечном итоге может привести к развитию опухолевых новообразований. Результатом влияния электронных сигарет на СОР могут быть различные воспалительные заболевания пародонта, а так же высокий риск онкологических заболеваний [3,12]. Кроме того, исследования, основанные на оценке риска, показали, что риск развития рака в результате длительного парения от употребления электронных сигарет с точки зрения воздействия формальдегида может быть в 15 раз выше, чем при длительном употреблении обычных сигарет, при этом последние научные данные свидетельствуют, что использование электронных сигарет столь же опасно для стоматологического здоровья, как и использование традиционных табачных изделий [7].

**Заключение.** Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует о негативных последствиях от использования данных устройств. Аэрозольные взвеси и пары е-сигарет потенциально нарушают состав микробиома полости рта, клеточную дифференциацию с патологически протекающими процессами на цитологическом уровне, что приводит к риску развития и прогрессирования заболеваний СОР, в частности злокачественных образований, и других негативных побочных эффектов оказывающих непосредственное влияние на качество жизни. Важной задачей является оказание эффективной лечебно-диагностической и профилактической помощи среди потребителей е-сигарет, в том числе активная пропаганда о вреде курения и его последствиях среди населения.

#### **Список литературы:**

1. Алёхина А.В. Влияние использования электронных сигарет на стоматологические параметры полости рта и на организм человека - современное состояние вопроса (обзор литературы)/ А.В. Алёхина, Е.В. Честных, Л.А. Горева и др.//Институт стоматологии. - 2019. № 3 (84). -С. 78-80.
2. Антонов Н.С., Сахарова Г.М., Донитова В.В., Электронные сигатеты: оценка безопасности и рисков для здоровья –Спб.: Пульмонология, 2014, №3.-С.122-127.
3. Габдулгалиева С.М. Влияние электронных сигарет на слизистую оболочку полости рта/ С.М. Габдулгалиева, Ю.А. Кобзева, С.В. Парфёнова, Л.В. Аринина//Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2017. Т. 7. № 1.- С. 398-399.

4. Галиханова Ю.И. Влияние электронных сигарет на качество жизни/ Ю.И. Галиханова, А.Е. Шкляев, А.С. Пантюхина, Ю.В. Горбунов//Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. -2023. № 2 (47). -С. 11-14.
5. Гарипова Р.Н. Влияние компонентов электронных сигарет на злокачественную трансформацию клеток человека/ Р.Н. Гарипова// Аллея науки. -2018. Т. 1. № 2 (18). -С. 74-76.
6. Горобец С.М. Ксеростомия/ С.М. Горобец, Романенко И.Г., Бобкова С.Аи др.// Современный взгляд на проблему Таврический медико-биологический вестник.- 2019. Т. 22. № 2.- С. 83-89.
7. Каладзе Н.Н. Анализ влияния электронных сигарет (вейпов) на стоматологический статус/ Н.Н. Каладзе, С.М. Горобец, И.В. Горобец и др.//Крымский терапевтический журнал. - 2020. № 3. - С. 74-79.
8. Успенская О.А. Изучение влияния курения традиционных и электронных сигарет на состояние слизистой оболочки полости рта и твердых тканей зубов/ О.А. Успенская, С.А. Спиридонова, А.В. Сухова и др.//Институт стоматологии. - 2022. № 2 (95). - С. 70-71.
9. Bardellini E, Amadori F, Conti G, Majorana A. Oral mucosal lesions in electronic cigarettes consumers versus former smokers. *Acta Odontol Scand.* 2018; 76(3): 226- 228.
10. FCTC/COP/7/11 Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNDS) //Режим доступа: [https://fctc.who.int/ru/publications/m/item/fctc-cop-7-11-electronic-nicotine-delivery-systems-and-electronic-non-nicotine-delivery-systems-\(ends-ennds\)](https://fctc.who.int/ru/publications/m/item/fctc-cop-7-11-electronic-nicotine-delivery-systems-and-electronic-non-nicotine-delivery-systems-(ends-ennds))
11. Guo J., Hecht S. S. DNA damage in human oral cells induced by use of e-cigarettes. *Drug Test. Anal.* 2022;1-9. <https://doi.org/10.1002/dta.3375>
12. Sukirth M. Ganesan et al. Adverse effects of electronic cigarettes on the disease-naive oral microbiome. *Science Advances* 27 May 2020: Vol. 6, no. 22. DOI: 10.1126/sciadv.aaz0108
13. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke// Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>

**Сандакова Д.Ц., Васильева Т.В.**  
**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЛЕЙКОПЛАКИИ**  
**СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА**  
**ФГБОУ ВО ЧГМА «Читинская государственная медицинская академия»,**  
**Чита (Россия)**

В последнее время распространённость заболеваний слизистой оболочки полости рта имеет тенденцию к увеличению. Как самую частую нозологию мы отметили красный плоский лишай. Лейкоплакия встречается намного реже, но отличается агрессивным, упорным течением и чаще проявляется малигнизацией. А это значит, что сегодня мы поговорим именно об этом заболевании. Нами отмечены случаи, когда вопросы дифференциации этих двух заболеваний иногда затрудняются схожестью клиники и элементов поражения, которые не позволяют с точностью отнести их к какой либо одной из данных заболеваний. Безусловно, этот момент усложняет задачу врача-стоматолога и увеличивает сроки диагностики. Но совместная, комплексная работа терапевтов и хирургов-стоматологов позволяет устранить все преграды на пути к уточнению диагноза и лечению любой патологии СОПР.

Лейкоплакия относится к травматическим поражениям СОПР по классификации Машкиллейсона. Основную роль в возникновении заболевания отводят травматическим факторам, таким как курение, употребление насвая, снюса и других видов некурительных табачных изделий, а также злоупотребление алкогольными напитками, горячей и острой пищей, травма острыми краями зубов, протезов, гальванические токи, профессиональные вредности при контакте с бензином, лакокрасочными изделиями и т.д.. Условия резко-континентального климата нашего региона с особенными метеорологическими явлениями, также претендуют быть в числе провоцирующих факторов возникновения болезни.

Тем не менее, многие авторы считают, что нельзя переоценивать значение экзогенных факторов и недооценивать роль эндогенных, создающих фон для развития лейкоплакической реакции слизистой полости рта. Большинство пациентов имеют средний и старший возраст, когда снижена реактивность организма и замедляются процессы регенерации тканей, отмечаются заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринная патология, недостаток витаминов и даже онкологические заболевания.

Различают несколько видов лейкоплакии: плоскую, эрозивную и веррукозную. Веррукозная лейкоплакия имеет в свою очередь два клинических проявления - бляшечную и бородавчатую формы.

Плоская лейкоплакия встречается наиболее часто, обычно не вызывая никаких субъективных ощущений, может быть обнаружена случайно. Может существовать годами, не видоизменяясь и не прогрессируя.

Веррукозная лейкоплакия развивается из плоской формы при длительной и хронической травматизации. Процесс ороговения усиливается, утолщается роговой слой. Участок очага лейкоплакии начинает значительно выступать над уровнем слизистой оболочки, приобретает сероватый цвет. При пальпации может определяться поверхностное уплотнение. Клинически определяются ограниченные беловато-серые бляшки, с

неровной поверхностью (бляшечная форма) или папилломатозные разрастания, чаще единичные (бородавчатая форма).

Эрозивная форма проявляется наличием эрозий, трещин на фоне плоской и веррукозной форм. Сопровождается болевыми ощущениями, особенно при приеме пищи.

Излюбленной локализацией являются красная кайма губ, слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов, ближе к углу рта, чуть реже – язык, дно полости рта и др. участки. Мнение о том, что чаще болеют люди мужского пола, не всегда соответствует действительности. Безусловно, все формы лейкоплакии должны быть восприняты врачом как не исключающие малегнизацию, путём перехода из одной формы в другую, особенно при наличии хотя бы малой доли травмирующих агентов.

Наиболее часто озлокачествление возникает при веррукозной и язвенной формах.

Клиническими признаками озлокачествления являются усиление процессов ороговения, быстрое увеличение элементов поражения в размере, появление длительно не эпителизирующихся эрозий и язв, появление сосочковых разрастаний, кровоточивости, уплотнения в основании очага.

Лечение лейкоплакии зависит от размеров очага поражения, от площади вовлечения слизистой оболочки полости рта в воспалительный процесс, от локализации, от формы лейкоплакии, от возраста пациента, от наличия сопутствующей патологии множества других факторов. Нужно отметить, что существующие методы лечения не гарантируют полного исчезновения элементов поражения и полного излечения. Самым начальным этапом терапии лейкоплакии является устранение травматических факторов, санация полости рта, протезирование. При плоской форме назначают длительный курс, продолжительностью в 1-2 месяца, витаминных препаратов группы А и Е, в составе комплексного общего и местного лечения. Пациенты в течение длительного периода времени находятся на диспансерном наблюдении у врача-стоматолога.

Как правило, при наличии элементов поражения, выступающих над уровнем слизистой оболочки, ожидать обратной трансформации из веррукозной в плоскую форму, под действием местного лечения кератопластиками, не стоит. При обширных очагах поражения бляшечной формы веррукозной лейкоплакии, эрозивной формы, необходима консультация врача-онколога, гистологическое исследование. Не исключается удаление наиболее выраженных элементов в несколько этапов. До проведения хирургического лечения эрозивная форма предполагает назначение местного лечения: обезболивания, антисептической обработки, ферментов, противовоспалительных препаратов, кератопластиков.

При наличии элементов поражения, расположенных локально, в местах подвергающихся травматизации, после проведения местной противовоспалительной терапии проводится хирургическое иссечение измененных тканей с последующим гистологическим исследованием ткани.

Беседа врача с пациентом, к сожалению, не всегда даёт ожидаемую мотивацию со стороны последнего. Очень часто пациенты игнорируют рекомендации врача и не выполняют назначенного лечения, тем самым показывая полное отсутствие интереса к состоянию собственного здоровья.

В нашей клинике осмотр и дальнейшая терапия пациентов обязательно

предполагает соблюдение принципов комплексного лечения: от санации полости рта, противовоспалительной терапии, протезирования до включения на конечном этапе хирургического иссечения поражённых тканей. В дальнейшем проводится наблюдение пациентов у лечащего врача-стоматолога.

Доверяя здоровье лечащему врачу, пациент возлагает на плечи доктора ответственность за свою жизнь, поэтому ничего нет выше сохранения жизни и улучшения качества жизни наших пациентов. А это значит, что лечение таких серьёзных нозологий должно быть своевременным и полным!



### **Наличие травмирующих факторов в полости рта**

**Веррукозная лейкоплакия (бляшечная форма) боковой поверхности языка**

**Фото №1: До лечения**

**Фото №2: После иссечения**



**Веррукозная лейкоплакия с локализацией на слизистой оболочке щек, преддверия полости рта**

**Фото №1**

**Фото №2**

### **Список литературы:**

1. Терапевтическая стоматология: Учеб: В 3 ч./ Под ред. Г.М. Барера М.:ГЭОТАР Медиа ч.3
2. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Учебное пособие. – М.: Стоматология, 2001 – 271 с.: ил. – ISBN 5-89599-018-7.
3. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под редакцией Е.В. Боровского. - М.: Медицина, 2009 – 560 с.

Сандакова Д.Ц., Соколова Е.Н., Мозголин Э.Ю.

## ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ О БИСФОСФОНАТАХ?

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия),  
ГУЗ «Нерчинская центральная районная больница»*

Стоматологическое здоровье пациента является очень важным пунктом качества жизни пациента. Врачам стоматологам приходится сталкиваться с больными, которым необходимо проведение неотложной стоматологической помощи и недостаточный сбор anamnesis morbid и anamnesis vitae может привести к дальнейшим серьёзным осложнениям.

Нередки случаи, когда обращаются за лечением к стоматологу пациенты, имеющие злокачественные новообразования разных органов и систем. При этом, у многих течение заболевания агрессивное, сопровождается метастазами в костную ткань, лёгкие и т.д., что требует назначения препаратов, препятствующих и замедляющих процесс остеопороза и разрушения костной ткани.

Бисфосфонаты являются новым классом препаратов для терапии метастазов костной ткани.

Все бисфосфонаты характеризуются наличием Р-С-Р структуры, которая обеспечивает их активное связывание с костным матриксом, а также боковой цепи, которая определяет их активность, побочные эффекты и механизм действия. Бисфосфонаты проникают в костную ткань, концентрируясь вокруг остеокластов и создавая высокую концентрацию в лакунах резорбции. Бисфосфонаты захватываются остеокластами, где они нарушают формирование цитоскелета, необходимого для прикрепления остеокласта к костной ткани, а также снижают секрецию лизосомных ферментов.

Наиболее часто используемым бисфосфонатом является золедроновая кислота. Врачу –стоматологу необходимо знать некоторые инструкции относительно того, можно ли проводить стоматологические вмешательства у данной группы пациентов, а если можно - то в какие сроки.

Данные пациенты наблюдаются у лечащего врача-онколога, все неотложные вмешательства, предполагающие хирургическое лечение должны согласовываться с ним в обязательном порядке. В случае, если проводится удаление зубов и другое хирургическое вмешательство в полости рта, как результат может отмечаться некроз слизистой оболочки полости рта и костной ткани в данной области.

**Клинический случай.** Пациентка Р., 40 лет обратилась в поликлинику по месту жительства в феврале 2024 года с жалобами на боль в области нижней челюсти справа, наличие незаживающей раны в области лунки удалённого зуба 4.7.

Из анамнеза выяснено, что год назад прооперирована по поводу рака почки, принимает золедроновую кислоту в виде внутривенной инфузии.

Зуб 4.7 удалён в сентябре 2023 года, по месту жительства, после удаления лунка эпителизировалась. Со слов пациентки эрозию заметила в декабре 2023 года. Назначалось местное противовоспалительное лечение, которое не имело эффекта. Проведённое рентгенологическое исследование выявило наличие корня зуба 4.7.

Объективно: нарушение конфигурации лица не отмечается, лицо бледное, анемичное,

регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта- слизистая оболочка бледно-розового цвета, слегка анемичная. Слюноотделение в норме.

На рентгенограмме в проекции отсутствующего зуба 4.7, ближе к коронке зуба 4.6, имеется эрозия неправильной вытянутой формы размером 0.4 на 0.3.см., покрытая грязно-жёлтым некротическим налётом, болезненная при пальпации. Альвеолярная кость в данной области оголена.

Выставлен диагноз: Лекарственный остеонекроз нижней челюсти справа.

Совместно с лечащим врачом- стоматологом принято решение направить на консультацию к врачу-онкологу в ООД для решения вопроса удаления корня зуба 4.7. После получения согласия у врача-онколога в КОД пациентке было проведено удаление корня в клинике медицинской академии. Дальнейшее наблюдение проводилось у врача стоматолога по месту жительства.

### **Так что же должен знать врач-стоматолог о бисфосфонатах?**

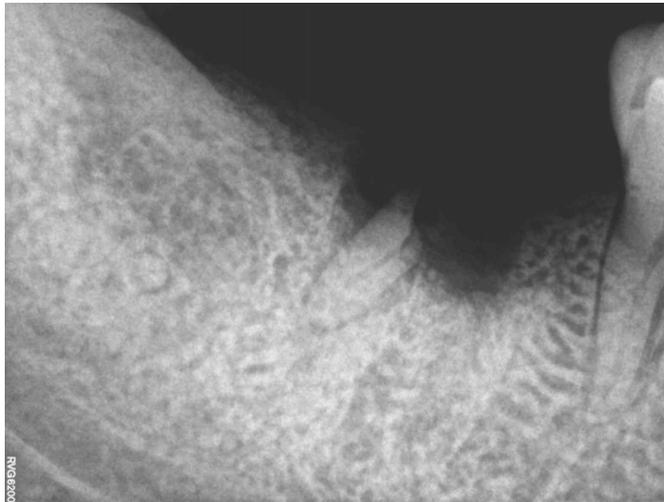
До назначения данных препаратов полость рта должна быть санирована. Проводится профессиональная гигиена полости рта, устраняются очаги воспаления в пародонте, проводится лечение кариеса и его осложнений, удаляются корни зубов и зубы, которые могут вызвать обострение хронического воспалительного процесса. Если лечение зубов на фоне диффузии бисфосфонатов проводить можно, то удалением или любым хирургическим вмешательством нужно заняться до назначения данного препарата! При протезировании необходимо провести коррекцию максимально хорошо, тщательно проведя сошлифование и полирование острых краёв протеза, так как травма может поспособствовать появлению эрозии и прогрессированию остеонекроза. Травматичное удаление зубных отложений, глубокая ревизия пародонтальных карманов также имеет риск запуска некроза кости.

То есть, максимально необходимо снизить риск возникновения хирургического вмешательства на фоне приёма бисфосфонатов.

Если всё-таки возникло неотложное состояние, требующее хирургического вмешательства, необходима консультация врача-онколога и письменное разрешение на хирургическую манипуляцию. Всё это позволит избежать осложнений или минимизировать нежелательные последствия в постоперационный период.



**Фото 1: Участок остеонекроза в области удалённого зуба 47.**



**Фото 2: На рентгенограмме определяется дистальный корень зуба 47.**

**Смирницкая М.В.**  
**МЕТОДИКИ BYPASS**

**ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)**

Байпас – метод, используемый в стоматологии при выявлении сломанного инструмента в корневом канале. Процедура сочетает в себе оценку строения канала, уровень его заражения, типа поврежденного инструмента и позиции в канале, рисков при его извлечении. После изучения каждого случая: инструмент вынимают, обходят либо оставляют неизменным в корневом канале.

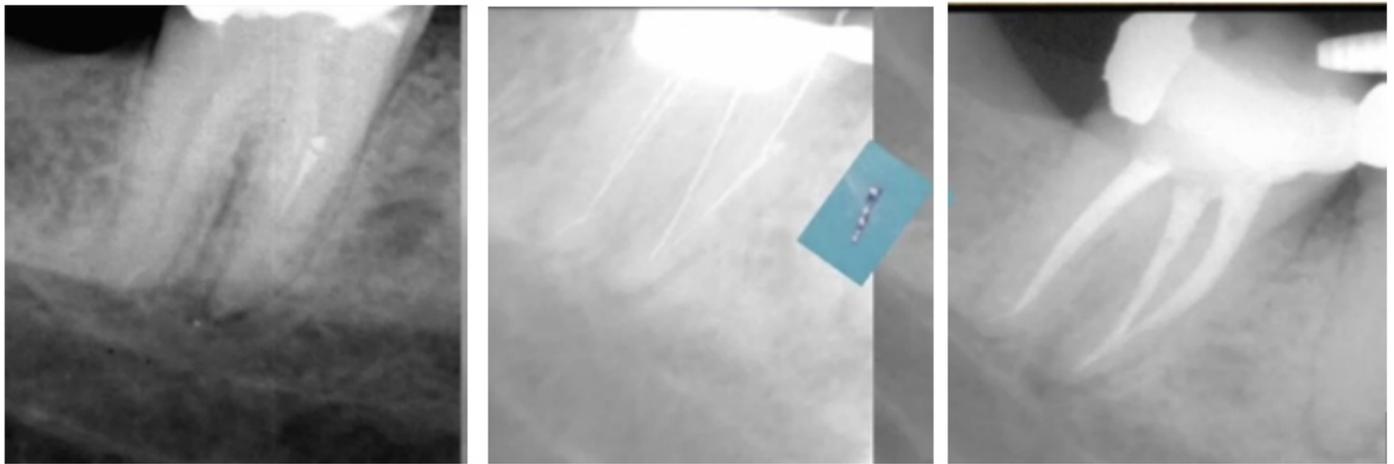
Существует маркетинговое заблуждение, что никель титановые вращающиеся инструменты устойчивы к поломкам вследствие своей гибкости. Однако даже у опытных эндодонтистов отлом никель титановых инструментов по данным литературы происходит от 0,5 до 5% случаев, а стальных инструментов - от 1 до 6 % случаев. Если проблему отламывания стальных инструментов можно решить, наблюдая за признаками усталости металла и изъятием таких инструментов из использования, то с никель титановыми инструментами стоматологи столкнулись с ситуацией, при которой инструмент может ломаться без появления признаков усталости металла.

При поломке инструмента в корневом канале возможно принять несколько решений: удалить, не удалять его или попытаться обойти.

Процедура удаления сломанного инструмента связана с созданием прямого доступа к инструменту с помощью гейтс глйдена и использования ультразвуковых насадок. Данная процедура связана с потерей цервикального дентина или дентина корня, и поэтому может привести к таким осложнениям как вертикальная трещина или перфорация корня. Именно дентин обеспечивает прочность зуба, и его потеря увеличивает повреждение корня, что ведет к провалу эндодонтического лечения.

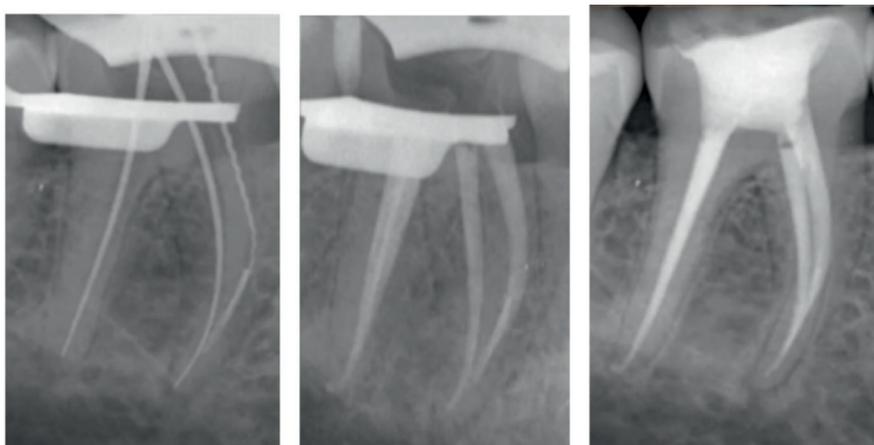
Методика Bypass – это процедура прохождения рядом со сломанным инструментом. Такая процедура позволяет очистить корневой канал в апикальной трети и предотвратить осложнение. Тонкими файлами отломок аккуратно обходят, немного расширяют канал, чтобы создать условия для ирригации (промывания) нижележащей части корня, а сам отломок оставляют. Таким образом и каналы целиком пройдены и отмыты, и корень не перерасширен (каждый мм тканей зуба корня очень важен для дальнейшей жизни и функционирования зуба). Всегда ли получается это сделать? Не всегда, зависит от типа отломанного инструмента, анатомии корней.

При прохождении рядом со сломанным инструментом возможно его извлечение - методика Bypass с извлечением инструмента (рис.1).

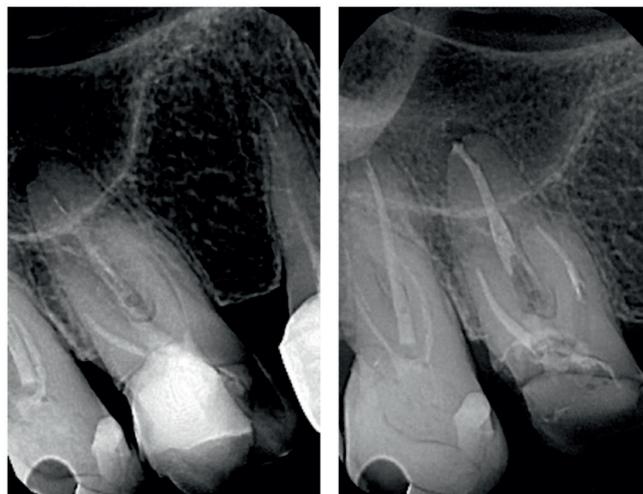


**Рис. 1** Методика Bypass с извлечением инструмента из медиально-щечного корневого канала зуб 4.6.

Но если отлом инструмента произошел в конечной стадии формирования и чистки корневых каналов, то нет необходимости в удалении сломанного инструмента - Bypass без извлечения инструмента (рис.2, 3)



**Рис. 2.** Bypass без извлечения инструмента, зуб 4.6 (отломок инструмента в медиально-щечном корневом канале)



**Рис. 3.** Bypass без извлечения инструмента зуб 1.6 (отломок инструмента в небном корневом канале).

Таким образом, механистический подход для решения проблемы сломанного инструмента – попытка удаления в любом случае, не верен. Процедура удаления фрагмента сломанного инструмента связана с потерей здорового дентина корня. В процессе этой процедуры могут быть перфорации, либо, как отсроченное осложнение вследствие ослабления зуба, может возникнуть вертикальная трещина корня. Поэтому каждый успешно проведенный bypass для врача - это маленькая победа рабочего дня!

**Список литературы:**

1. <https://stomatologclub.ru/stati/terapiya-10/slomannyj-instrument-v-kanale-klinicheskaya-taktika-103/> (дата обращения 15.03.2024)
2. М. Соломонов. О перелечивании: академический монолог/ М. Соломонов. – Екатеринбург: Издательство АМБ, 2014. – С. 17-19,126-127, 236-239.

Смирницкая М.В., Обухова Ю.Г., Зобнин В.В., Дроздюк Д.И.  
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
ПЕРФОРАЦИЙ ЗУБОВ**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

**Введение.** Целью лечения перфораций зуба является ликвидация воспаления в периапикальной области, исключение патогенного влияния на организм одонтогенного воспалительного очага, регенерация структуры тканей периодонта и восстановление функции зуба.

Одной из причин неудач при лечении перфораций зуба является выбор неэффективного средства для закрытия перфораций корня.

Для лечения ятрогенный перфораций в последнее десятилетие используются препараты на основе гидроксида кальция, минерального триоксидаагрегата, Biodentine и др. Для получения терапевтического эффекта достаточно создать в корневом канале щелочную среду и получить герметизм в месте перфорации.

**Цель исследования.** Определить эффективность применения кальций-содержащих препаратов и препаратов на основе силиката кальция при лечении перфораций зубов.

**Материалы и методы исследования.** В соответствии с целью для анализа использовалось научная, медицинская литература, обзор рентгенографических снимков и компьютерных томограмм.

**Результаты и обсуждение.** Л. В. Анисимова и соавторы отмечают, что существенным недостатком материалов на основе гидроксида кальция является то, что он может разрушаться дентинной жидкостью, поступающей через подлежащие дентинные трубочки, поскольку постоянный ток зубного ликвора может способствовать диффузии составных частей пасты по градиенту концентрации.

В тоже время, Roberto Holland, Luciana Bisco Ferreira: “Reaction of the lateral periodontium of dogs’ teeth to contaminated and noncontaminated perforations filled with mineral trioxide aggregate” сравнивали эффективность закрытия перфораций сразу после их диагностики и через некоторое время, сделали вывод, что латеральные перфорации корня, закрытые МТА после загрязнения, восстанавливались хуже, чем незагрязненные, сразу закрытые перфорации. Временная пломбировка бактерицидным средством (пастой на основе гидроксида кальция) не улучшила восстановление перфораций, подвергшихся загрязнению, и группы с загрязнением показали схожие результаты друг с другом.

Wencheng Song, Wei Sun, Lili Chen, Zhenglin Yuan, в своей статье: “In vivo Biocompatibility and Bioactivity of Calcium Silicate-Based Bioceramics in Endodontics” отмечают: МТА вызывала легкое воспаление через 1 месяц, которое затем уменьшалось через 3 месяца, и, наконец, через 6 месяцев воспаления не было. Между тем, формирование нового цемента началось через 1 месяц и завершилось через 6 месяцев. В то время как: по сравнению с биодентином, МТА чаще вызывал полную герметизацию фуркационной перфорации, а также демонстрировал большую толщину и площадь образования минерализованной ткани.

И наоборот, Кардозо М., Пирес М. дос А., Коррело В., Рейс Р., Пауло М., Виегас К. Биодентин для лечения фуркационной перфорации: «исследование на животных с

гистологической, рентгенологической и микрокомпьютерной томографической оценкой», показывают, что и МТА, и биодентин обладают эквивалентными рентгенографическими реакциями, а также схожими показателями резорбции и восстановления твердых тканей. Однако, по сравнению с МТА биодентин проявлял меньшую воспалительную реакцию, меньшую экструдированность материала и более высокую репаративную способность цемента.

Roberto Holland DDS, PhD, José Arlindo Otoboni Filho DDS // “Mineral Trioxide Aggregate Repair of Lateral Root Perforations” сравнивали МТА и Sealapex при лечении перфорации корней зубов и пришли к выводу, что через 30 дней после лечения в четырех случаях, где использовался МТА, на материале наблюдалось отложение цемента. Новообразованный цемент был представлен тонким базофильным слоем, а периодонтальная связка была свободна от воспалительной реакции. За 180-дневный период Sealapex показал хроническое воспаление во всех образцах и небольшое отложение цемента на материале только в трех случаях.

**Заключение.** При изучении доступных материалов о влиянии различных препаратов на эффективность лечения перфорации корня, не было 100% излечений зубов при консервативном методе терапии перфораций зубов. Поэтому необходимо продолжать искать более совершенные материалы и методы закрытия перфораций. Лучшим лечением является предотвращение перфорации. Это достигается за счет учета конфигурации каналов и размера эндодонтического инструментария.

#### **Список литературы:**

1. Simran Kaur Sarao, Yuli Berlin-Broner, Liran Levin, Occurrence and Risk Factors of Dental Root Perforations: A Systematic Review, International Dental Journal, Volume 71, Issue 2, 2021. - С.154-160;
2. УДК 616.314-002-08-06 Причины возникновения перфораций зубов. Федотова Ю.М., Мамиева А.А. - С. 50-64;
3. Кукушкин Вячеслав Леонидович, Кукушкина Елена Анатольевна, Смирницкая Марина Валентиновна Способ лечения фуркационных перфораций моляров // Дальневосточный медицинский журнал. 2009. №3. - С. 20-22;
4. Кукушкин В. Л., Кукушкина Е. А. Эндодонтические перфорации // БМЖ. 2010. №1. - С.10-11;
5. Кукушкин В. Л., Кукушкина Е. А., Ковалева И. Г., Мозголин Э. Ю. О классификации эндодонтических перфораций // Дальневосточный медицинский журнал. 2008. №4. - С. 6-8;
6. Carlos ESTRELA, Daniel de Almeida DECURCIO: Root perforations: a review of diagnosis, prognosis and // Critical review Endodontic therapy. - С. 120-130;
7. Giovarruscio, Massimo; Tonini, Riccardo: Reparative procedures for endodontic perforations: towards a standardised approach// Endodontic Practice Today, 2020, Vol 14, Issue 3. - С. 200-214.

Смирницкая М.В., Обухова Ю.Г., Зобнин В.В., Кукушкин В.Л., Жалсанова С.Д.  
**ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСКOLORИТА ЗУБОВ**  
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»,*  
*Чита (Россия)*

**Введение.** Изменение цвета зубов является достаточно частой причиной нарушения эстетики улыбки. Распространенность данного состояния в структуре стоматологической патологии составляет около 15%. Большое количество вредных привычек, в частности курение, неудовлетворительная гигиена полости рта, употребление большого количества продуктов с высоким содержанием красящих пигментов – все это негативно отражается на цветовой гамме зубов. Людям приходится отдавать немалые средства, чтобы попытаться изменить сложившуюся ситуацию с дисколоритом их зубов, посещая кабинет стоматолога, где им проводятся процедуры в виде профессиональной гигиены полости рта и профессионального отбеливания. Поэтому является важной ценностью вовремя осознать, что же влияет в большей степени на цвет зубов в повседневной жизни и постараться избежать данных негативных факторов.

**Цель исследования:** структуризация этиологических факторов дисколоритов зубов и выявление взаимосвязи между причинами изменения цвета и оттенками зубов.

**Материал и методы.** Был проведен анализ научных статей, обзор современной учебной литературы по теме «изменение цветов зубов».

**Результаты и обсуждение.** В структуре этиологических факторов дисколоритов зубов традиционно принято выделять два основных направления – временные и постоянные изменения цвета. К временным дисколоритам относятся – изменения цвета зубов вследствие воздействия пищевых красителей, содержащихся в огромном количестве в продуктах и напитках, которые доступны в широком ассортименте в любом продовольственном магазине и сетевом заведении общественного питания. Если вести речь о напитках, то на первый план выходит кофе - напиток, приготавливаемый из жареных семян растений. Употребляя его горячим, человек создает условия для окрашивания своих зубов, ведь в промежутке между расширением и сжатием поверхностных слоев эмали, произошедшим в результате температурных колебаний, происходит проникновение красящих веществ внутрь зуба. В результате чего у людей, злоупотребляющих кофе, со временем появляется светло-коричневый или желтый оттенок эмали.

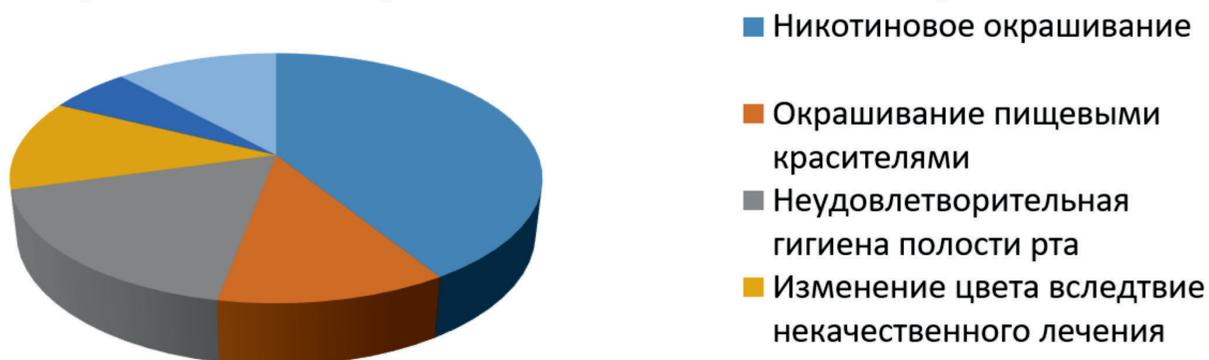
Если красящие вещества не проникают непосредственно в структуру зуба, а лишь оседают на его поверхности, то данное изменение цвета будет внешним. Если происходит обратное, и пигменты пронизывают эмаль, дентин и цемент зуба, то такое окрашивание будет именоваться внутренним. Отсюда следует вывод, что даже при употреблении негорячего кофе и чая, красящие пигменты могут оседать на поверхности эмали и вызывать окрашивание зуба, если человек после употребления напитка не производит полоскание рта водой. Окрашенные сильногазированные напитки, ставшие спутниками современного фаст-фуда, которые часто употребляются людьми в молодом возрасте, составляющими группу риска, также способны вызывать изменение цвета зуба. Наличие в данных напитках регулятора кислотности в виде лимонной кислоты (пищевая добавка Е330) негативно отражается на здоровье и структуре зубов, а содержащиеся в большом

количестве в их составе углеводов и сахара (около 20% в сумме), являются субстратом для размножения и обсеменения полости рта кариесогенной микрофлорой, что впоследствии приведет к деминерализационным процессам, нарушению целостности зуба. В проводимых научных исследованиях имитировались ситуации по воздействию агрессивными сильногазированными напитками на удаленные интактные зубы, где их помещали после очистки и дезинфекции в емкость с различными жидкостями сроком на одни сутки. В результате опыта было установлено, что наиболее агрессивной жидкостью является напиток Coca-Cola, вызвавший окрашивание эмали на глубину – 0.81 мм.

Самой распространенной привычкой, ведущей к пожелтению зубов – курение. Определяющим фактором механического повреждения зубов при курении являются огромные перепады температуры, которые происходят в полости рта во время выкуривания сигареты. По данным исследований температурные колебания достигают отметки в 10-15 раз от нормы. Вследствие этого на поверхности эмали появляются малейшие микротрещины, в будущем через которые вглубь зуба будут проникать пигментные частицы и вызывать окрашивание.

Следующим по счету этиологическим фактором из группы временных дисколоритов является неудовлетворительная гигиена полости рта. Не соблюдение правил чистки зубов способствует накоплению на зубах налета различной степени пигментации. По своей видовой структуре, налет бывает двух основных видов – зеленый и коричневый. Первый тип чаще всего встречается у лиц молодого возраста. Располагаясь тонким слоем на поверхности фронтальной группы зубов, он имеет в своем составе хромогенную микрофлору (грибок *Lichen dentalis*), которая и определяет его цвет. Коричневый же тип наиболее часто можно встретить у курильщиков, лиц, злоупотребляющих чайными и кофейными напитками, а также лиц, работающих на предприятиях, связанных с производством латунных и бронзовых изделий, где в воздухе находится большое количество взвесей этих материалов, которые со временем осаждаются на поверхность зубов.

## Причины окрашивания эмали зуба



Следующим направлением в структуре этиологических факторов дисколоритов зубов является постоянное окрашивание. Первой рассмотренной причиной в данной

подгруппе будут «тетрациклиновые зубы». Изменение окраски зубов связано с приемом матерью во время беременности (начиная с пятого месяца внутриутробного развития) антибиотиков из группы тетрациклинового ряда, а также лечением ребенка до 7 лет этими же препаратами. Происходящее в это время фолликулярное развитие зубов нарушается, происходит связывание тетрациклина с гидроксиапатитом твердых тканей зубов с помощью хелатных соединений с образованием комплекса ортофосфата тетрациклина, который в будущем и будет отвечать за лимонный оттенок зубов. Через некоторое время, в результате попадания пищевых пигментов и происходящей фотохимической реакции из-за попадания солнечного света, цвет зубов будет становиться грязно-коричневым.

Также привести к развитию врожденного дисколорита может такая патология, как гемолитический диатез, развивающаяся в результате несовместимости крови матери и плода. В результате Rh-конфликта происходит гемолиз эритроцитов новорожденного и плода с образованием большого количества неконъюгированного билирубина. Проникая и накапливаясь в структуре временных зубов (в основном в дентине), со временем билирубин распадается, что и приводит к изменению цвета временных зубов, начиная от желтого, заканчивая коричневыми или зеленовато-голубыми оттенками.

При флюорозе избыток фтора поступает во время энамелогенеза в энамелобласты и образует прочную структуру гидроксифторапатита. В дальнейшем избыточное количество фтора фиксируется на поверхности эмали в виде соединения фторида кальция, закрывая собой гидроксиапатит эмали. Имея другие оптические характеристики, фторид кальция изменяет цвет поверхности эмали на более матовый. Существуют предположения, что участки, становящиеся со временем более темными, являются более мягкими, куда в дальнейшем в большей степени проникают красители.

Схожим механизмом действия изменения цвета обладают дисколориты при депульпировании зубов. Сохранившееся, после некачественного препарирования, участки пульпы под навесными стенками дентина, в дальнейшем после пломбирования также будут разлагаться до железосодержащих комплексов с последующим окрасом зубов в темно-серый цвет. Нарушение техники пломбирования корневых каналов, когда материал оказывается в коронковой части зуба, в свою очередь также может привести к дисколориту зубов. Это актуально для паст, содержащих эвгенол, приводящих к окраске зубов в желто-коричневый оттенок, для материалов, содержащих формалин (резодент, резорцин- формалиновая паста, форфенан), изменяющих окрас зубов на розовый.

**Заключение.** Таким образом, следуя методам профилактики можно существенно снизить риск возникновения дисколорита зубов. Любое изменение в зубочелюстной системе является причиной незамедлительного обращения к врачу стоматолога. Правильная гигиена полости рта является залогом не только красивой улыбки, но и сохранением материальных средств от профессионального отбеливания.

#### **Список литературы:**

1. Титова О.Ю. Возрастные аспекты лечения дисколорита зубов / Титова О.Ю. // Проблемы стоматологии. - 2019. - Т.15. -№4. - С.61-65.
2. Терапевтическая стоматология: учебник / О. О. Янушевич, Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - С. 567.

3. Клиническая стоматология Максумова О. А., Ткач Т. М., Постников М. А., Рыскина Е. А., Корчагина М. С., Дудина С. Е., Полканова В. А., Однолеткова И. И. - 2021. Т. 97. № 1. - С. 22-29.
4. Меленберг Т.В., Титова О.Ю., Буров А.И., Левина Н.М., Солодченко Ю.В., Дайронас С.К., Дайронас Э.Г. Способы устранения дисколорита зубов / «Медико-фармацевтический журнал «Пульс», 2021, Том 23, №2. С. – 53-59.

**Смирницкая М.В., Обухова Ю.Г., Зобнин В.В., Ойдопов Ж.Б.**  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИЛЕРОВ AN PLUS И**  
**БИОКЕРАМИКИ**  
**ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»,**  
**Чита (Россия)**

**Введение.** Проблема эндодонтического лечения остается актуальной, что объясняется высокой распространенностью осложнений кариеса, которые часто становятся поводом для удаления зубов. В большинстве случаев причиной прогрессирования воспалительного процесса здесь являются некачественно обработанные или неполностью obturированные корневые каналы зубов. Еще Р. Dow и J. Ingle в 1955 г. высказали предположение, что неудачи в эндодонтическом лечении вызываются недостаточной obturацией корневых каналов. При отсутствии герметичного пломбирования и надежной obturации верхушки корневого канала прогноз может быть сомнителен, независимо от того, насколько успешны были другие фазы лечения.

**Цель исследования.** Установить наиболее современные, соответствующие критериям «идеального» эндодонтического герметика по мнению L. Grossman силеры, использующиеся в obturации системы корневых каналов.

**Материалы и методы исследования.** Были проанализированы научные статьи, в которых освещались характеристики силеров AN+, биокерамики.

**Результаты исследования.** Общие физико-химические свойства биокерамических материалов:

1. Биосовместимость. Установлено, что биокерамические силеры являются биосовместимыми и могут способствовать регенерации кости при выходе пломбировочного материала за пределы верхушки корня зуба через апикальное отверстие в процессе его obturации или закрытия перфораций корня.
2. Способность твердеть и набирать прочность во влажной среде – гидрофильность.
3. Отсутствие усадочных явлений в процессе твердения материала. Обеспечивают превосходный герметизм – при отверждении происходит небольшое объемное расширение на 0,2%.
4. Антимикробные свойства. Антимикробная активность силера направлена на устранение остаточной бактериальной флоры, которая могла сохраниться после лечения или попала в корневой канал в результате нарушения герметичности его obturации. Более чем в 30 исследованиях отмечена высокая антимикробная эффективность биокерамических герметиков. Многочисленные исследования *in vitro* показали, что биокерамические герметики имеют высокое значение pH (11,5) даже после их отверждения, вследствие чего обладают повышенной антимикробной активностью. биокерамические силеры благодаря своей гидрофильности глубоко пенетрируют в дентинные каналы, что значительно повышает их антибактериальную активность.
5. Текучесть является важным свойством, которое позволяет эндодонтическому герметику эффективно заполнять перешейки, дополнительные каналы и пустоты между гуттаперчей и дентином корневого канала зуба. Хотя большинство производителей силеров на основе биокерамики утверждают, что текучесть

герметиков соответствует требованиям ISO, некоторые исследования этого не подтверждают.

6. Удаление силера из корневого канала. При проведении повторного эндодонтического лечения пломбировочный материал, который остается в системе корневых каналов, создает механический барьер, препятствующий удалению некротических тканей и бактерий, ответственных за сохранение периапикального воспаления. L.Wilcox и соавт. отмечают, что большая часть оставшегося материала во время повторной обработки корневых каналов является герметиком. Следовательно, полное удаление герметика необходимо для успешного результата при повторном эндодонтическом лечении. Силеры на основе биокерамики достаточно трудно удалить из корневого канала по сравнению с силерами на основе эпоксидных смол.
7. Растворимость. В одном из сравнительных исследований был проведен тест на герметизм материалов, содержащих трикальций-силикат и силера на основе смолы (АН Plus). Герметизм определялся по глубине проницаемости красителя. По итогу лучшим герметизмом обладал биокерамический силер, чем на эпоксидной смоле. В корнях obturированных биокерамикой краситель проник на глубину 82 мкм, а в корнях obturированных АН plus на глубину 278 мкм.
8. Изменение цвета зубов. М. Partovi и соавт. отмечают, что биокерамические силеры минимально изменяют цвет зубов, даже через 9 мес. после проведения obtурации корневого канала зуба, по сравнению с герметиками на основе эпоксидной смолы, оксида цинка и эвгенола. По некоторым данным изменение цвета связано с наличием рентгенконтрастного материала – оксида висмута, а оксид циркония, оксид тантала менее окрашивают цвет зуба.
9. Адгезия к дентину. Результаты ряда исследований *in vitro* показали более высокую прочность связи с дентином корневого канала зуба, независимо от наличия и толщины смазанного слоя, у герметиков, имеющих в основе своего состава силикат кальция, чем у герметиков на основе эпоксидной смолы. Это объясняется тем, что пенетрация минеральных компонентов биокерамического герметика в межтубулярный дентин приводит к денатурации коллагеновых волокон и образованию зоны минеральной инфильтрации. В свою очередь, химическая реакция взаимодействия фосфата и гидроксида кальция с гидрогелем силиката кальция, который образуется при смешивании с хлоридом кальция в присутствии влаги дентина, приводит к отложению гидроксиапатита вдоль зоны минеральной инфильтрации, что также обеспечивает высокую степень адгезии герметика к дентину. Кроме того, исследование прочности сцепления силеров при различных условиях влажности корневого канала показало максимальную адгезию биокерамического герметика к интрадикулярному дентину именно во влажных каналах. В исследовании E. Uzunoglu-Özyürek и соавт. отмечено, что предварительная obtурация корневого канала зуба гидроксидом кальция впоследствии, при проведении постоянной obtурации корневых каналов зубов, улучшала адгезию силера на основе биокерамики (BioRoot RCS) к дентину благодаря их химическому взаимодействию.

Силер АН Plus демонстрирует хорошее краевое прилегание к стенкам корневого канала по данным исследований. Такая адаптация АН Plus обусловлена его химической связью

с открытыми аминогруппами в коллагене, тем самым образуя ковалентные связи между эпоксидной смолой и матриксом дентина.

В своем исследовании Nachem и соавт. выявил лучшую пенетрацию биокерамического силера в дентинные трубочки, нежели AN plus, исследуя центральные резцы верхней челюсти в комбинации с гуттаперчей в технике одного штифта. Возможное объяснение этому – отличие в размере частиц материалов. AN Plus содержит более крупные частицы вольфрамата кальция со средним размером 8 нм и оксид циркония размером 1,5 нм, которые не всегда с легкостью могут проникать в небольшие каналы дентина апикальной трети корня. Биокерамический силер имеет наименьший размер частиц в среднем 0,2 нм, что способствует легкому проникновению материала.[2]

Gomes, Zhou и Weller и соавт. в своих исследованиях обнаружили, что биокерамические эндогерметики демонстрируют лучшую герметизирующую способность, меньшую утечку красителя и более высокие показатели текучести материала по сравнению с AN Plus.[3,4]

Asawawogarit и соавт. (2020) в исследовании краевого герметизма методом фильтрации жидкости биокерамический силер показал лучшую адаптацию и высокую пенетрацию в дентинные трубочки в сравнении с AN Plus, особенно в апикальной трети корня.[5]

Лучшая герметичность биокерамического силера также объяснима особенностями процесса отверждения материала, при котором наблюдается увеличение объема эндогерметика на 0,3%. В противопоставление этому материалы на основе эпоксидной смолы могут, наоборот, давать усадку около 2% объема. Такое расширение в объеме биокерамических силеров обусловлено способностью материала в присутствии влаги образовывать нанокальциевый силикат (гидрофильный компонент), который не дает усадки. Более того, благодаря гидроксипатиту, побочному продукту реакции отверждения, биокерамический силер способен образовывать химическую связь с дентином корня зуба.[6]

Щелочная среда, создаваемая побочными продуктами реакции отверждения биокерамических эндогерметиков, может способствовать проникновению материала в дентинные каналы благодаря денатурации дентинных коллагеновых волокон и также оказывать сильно антимикробное действие за счет высокого значения pH (11,5).

Биокерамические силеры являются биосовместимыми и могут способствовать регенерации кости при выходе пломбировочного материала за пределы верхушки корня зуба через апикальное отверстие, а в случае выхода в периапикальные ткани силера AN Plus происходит небольшое раздражение тканей, и если же имелись деструктивные изменения в периапикальных тканях, то выведение AN Plus увеличивает сроки восстановления поражения.

Биокерамические силеры способны твердеть и набирать прочность во влажной среде (гидрофильность). AN Plus гидрофобен и при наличии влаги возможно образование пор вокруг капель жидкости.

Эпоксидные силеры имеют усадку в процессе отверждения равную 2%. В биокерамике отсутствует усадка в процессе твердения, а даже происходит небольшое объемное расширение на 0,2%.

Силеры на основе биокерамики достаточно трудно удалить из корневого канала по

сравнению с силерами на основе эпоксидных смол.

Биокерамические силеры минимально изменяют цвет зубов, когда AN Plus не окрашивает зубы.

**Заключение.** Биокерамический силер демонстрирует превосходный апикальный герметизм и краевую адаптацию благодаря их возможности проникать в дентинные каналы при денатурации дентинных коллагеновых волокон, а также благодаря небольшому размеру частиц и некоторому увеличению объема эндогерметика в процессе отверждения. Результаты проведенного исследования демонстрируют высокую герметизирующую способность биокерамического эндогерметика в сравнении с силерами на основе эпоксидной смолы.

#### **Список литературы:**

1. Манак Т.Н., Ключко К.Г. // Современная стоматология. – 2020. – №3 (80). – С.11–17.
2. Asawaworarit W., Pinyosopon T., Kij samanmith K. // J. Dent. Scie. – 2020. – N15. – P.186–192
3. Манак, Т. Н. Сравнительное исследование краевой адаптации и апикального герметизма биокерамического эндогерметика / Т. Н. Манак, К. Г. Ключко // Медицинские новости. – 2022. – № 10(337). – С. 42-47.
4. Биокерамические силеры. Обзор физико-химических и биологических свойств / Н. И. Крихели, Е. В. Пустовойт, Е. Г. Журавлева [и др.] // Российская стоматология. – 2020. – Т. 13, № 4. – С. 32-36.
5. Манак, Т. Н. Биокерамические эндогерметики: обзор новых гигроскопических стоматологических материалов / Т. Н. Манак, К. Г. Ключко // Современная стоматология. – 2020. – № 3(80). – С. 11-17. <https://en.wikipedia.org>

Смирницкая М.В., Обухова Ю.Г., Кукушкин В.Л., Акопян А.А.  
**АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ СТОМАТОСКОПИЯ – ОДИН ИЗ МЕТОДОВ  
ОНКОСКРИНИНГА**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита (Россия)*

**Введение.** Вопрос о ранней диагностике онкологических заболеваний является актуальным. Для решения данной проблемы необходимо, чтобы врач любой специальности каждого лечебно-профилактического учреждения при осмотре пациента обращал особое внимание на симптомы, которые указывают на наличие онкологической патологии.

Задача врача-стоматолога заключается в обнаружении ранних клинических проявлений заболевания, принятии решений по их лечению, регулярного диспансерного наблюдения и рационального санитарно-гигиенического воспитания населения.

**Цель исследования.** Изучение метода аутофлуоресцентной стоматоскопии для профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний полости рта.

**Материал и методы исследования.** Был проведен анализ научных статей, обзор современной учебной литературы по теме «онконастороженность».

**Результат исследования.** Для того чтобы провести диагностику врачу-стоматологу важно знать первые признаки озлокачествления предраковых состояний:

1. Длительное, вялое течение процесса
2. Безуспешность консервативного лечения (3 недели)
3. Ускорение темпов роста патологического очага, не смотря на адекватное лечение
4. Появление уплотнения вокруг или в основании патологического очага
5. Появление кровоточивости
6. Усиление процессов ороговения
7. Исчезновение четких границ патологического очага
8. Изъязвление очага поражения

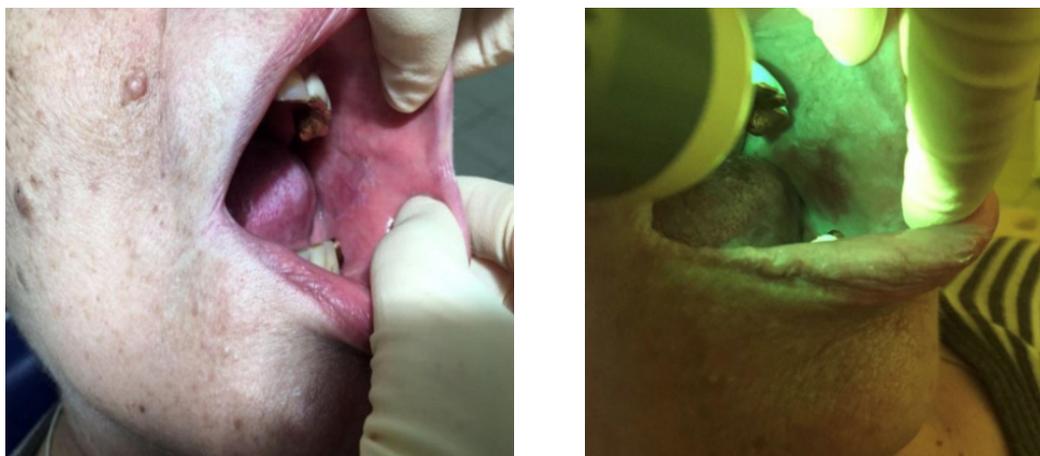
С целью активного выявления предраковых процессов и ранних стадий злокачественных новообразований полости рта наряду с традиционными методами обследования челюстно-лицевой области в обязательном порядке проводится онкоскрининг слизистой оболочки и органов полости рта. Одним из возможных методов онкоскрининга является аутофлуоресцентная стоматоскопия.

Аутофлуоресцентная стоматоскопия – оптический метод визуализации патологических изменений слизистой оболочки полости рта (рис.1).



**Рис. 1 Аутофлуоресцентный стоматоскоп**

Осмотр проводится при выключенном освещении. Пациенту надевают специальные очки. Излучение аппарата «АФС» направляют в полость рта и через специальные очки проводят визуальный осмотр всех отделов полости рта. Особое внимание обращают на цветовую палитру свечения нормальной слизистой оболочки и участков аномального свечения. При освещении светодиодным аппаратом «АФС» нормальная слизистая оболочка щеки, мягкого и твердого неба имеет зеленое свечение. Очаги воспаления (пародонтиты, гингивиты) имеют красное свечение, обусловленное наличием продуктов жизнедеятельности патогенной микрофлоры (рис.2).



**Рис. 2. Нормальная слизистая оболочка и очаг воспаления.**

Слизистая оболочка языка имеет темно-зеленое свечение, однако на поверхности языка могут визуализироваться очаги красной флуоресценции различной интенсивности. Красную флуоресценцию дают эндогенные вещества, выделяемые микрофлорой при наличии бактериального налета.

Аутофлуоресцентное свечение очагов предрака (веррукозной лейкоплакии и плоского лишая) значительно отличается от свечения здоровой слизистой оболочки полости рта. В большинстве случаев эти очаги визуализируются в виде темных участков с неровными краями без видимого свечения. В зависимости от состояния полости рта свечение этих очагов может иметь красновато-коричневый или розовый оттенок.

В клинике ЧГМА уделяется большое внимание пациентам с заболеваниями СОПР. Онкоскрининг аппаратом «АФС-стоматоскоп» позволяет выявлять начальную стадию новообразований и предраковых заболеваний более квалифицированно и результативно, снизить обнаружение запущенной онкологической патологии.

**Заключение.** Аутофлуоресцентная стоматоскопия является дополнительным методом исследования. Каким бы замечательным не был аппарат, какой бы фирмы, в какой бы стране не был произведён, но это дополнительный метод исследования. Он помогает нам обратить внимание на определённые участки.

Таким образом, раннее выявление и диагностика является путем к снижению запущенности, ключом к успешному лечению и важнейшим фактором профилактики развития онкологических заболеваний полости рта.

В связи с этим, особенно актуальна онкологическая настороженность врачей-стоматологов, что подразумевает знание симптомов предраковых заболеваний и ранних

проявлений злокачественных опухолей, умение правильно оценить клиническую картину, проведение полного сбора анамнеза пациента, а также ориентирование в структуре онкологической службы.

### **Список литературы:**

1. А.Е. Баранов. Ранняя диагностика онкологических заболеваний полости рта — путь к снижению запущенности: учебное пособие для вузов. – М.: 2021. — С. 149-152.
2. И.Н. Костина, А.А. Епишова, С.С. Григорьев, Н.Д. Чернышева, Д.В. Сорокоумова. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица: учеб.пособие для врачей-стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-терапевтов // Издательский Дом «ТИРАЖ», 2019. — С. 52-58.
3. Т.В. Гайворонская, А.Г. Уварова, С.К. Шафранова, Г.Г. Свешников, В.Н. Ловлин, Т.В. Гербова, И.Б. Уваров, Е.Л. Виниченко. Злокачественные новообразования челюстно-лицевой области (основные принципы диагностики и лечения): учебно-методическое пособие для студентов. — Краснодар, 2016. — С. 35-47.

**Клюшникова М. О., Клюшникова О. Н., Клюшников О.В.**  
**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ**  
**ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА**  
**ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,**  
**Иркутск (Россия)**

Впервые о ведущей роли микроорганизмов зубного налета в этиологии гингивита сообщил Zonenwert (1958), выделив ферменты агрессивности. В 1963 году Rosbery подтвердил эту точку зрения. Участие микроорганизмов в развитии воспаления тканей пародонта в настоящее время принято как отечественными, так и зарубежными стоматологами [2-5, 7-9].

После клинического и гистологического подтверждения значения и роли дентального налета в возникновении воспаления десны возникли основания считать, что степень повреждения пародонтита зависит непосредственно от количества скопившегося налета. Была высказана мысль о неспецифическом дентальном налете, который является таким же по своему составу, но отличается по количеству. Эта гипотеза основывается на том, что переменчивость признаков заболевания пародонта можно объяснить изменением его количества. Другим фактором считается различная сопротивляемость пародонтальных тканей. Комплекс этих предположений и составляет неспецифическую гипотезу зубного налета [1].

С улучшением перспектив культивирования отдельных микроорганизмов зубного налета появилась возможность наблюдать за взаимосвязью между активностью процесса в пародонтальном кармане и появлением отдельных микроорганизмов. Повторно удалось доказать, что некоторые микроорганизмы встречаются в больших количествах там, где происходит активная деструкция пародонтальных тканей. И, наоборот, на участках здорового пародонта они не встречаются вообще, или лишь в единичных случаях. К этим микроорганизмам относятся, например, *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *Tannerella forsythia*, *Eikenellacorrodens*, *Fusobacteriumnucleatum*, *Peptostreptococcusmicros*, *Selenomonasspecies*, *Wolinellarecta*, *Treponemaspecies*. Вышеназванные виды бактерий определены в настоящее время, как патогенны при заболеваниях пародонта. Эти исследования стали основой для возникновения специфической гипотезы зубного налета. Эта гипотеза утверждает, что за деструкцию пародонтальных тканей несут ответственность определенные микроорганизмы [2-5, 7-9]. Однако нет единого мнения о роли в этом процессе отдельных групп пародонтопатогенных микробов. По мнению одних исследователей наиболее выраженным токсическим действием на ткани десны обладают представители бактериоидов — *Porphyromonasgingivalis* и *Prevotellaintermidia*. По мнению других — грамположительные представители группы актиномицетов *Actinomycesnaeslundii*, *A. Israelii* и некоторые анаэробные стрептококки, которые продуцируют специфические экзотоксины (*Streptococcusintermedius*, *Peptosthreptococcusmicros*). Отдельными авторами сообщается о существенной роли некоторых видов дрожжеподобных грибов рода *Candida* в развитии так называемого кандиды-ассоциированного пародонтита [8].

В последние годы некоторые исследователи стали рассматривать бляшку как биопленку. Биопленка — это хорошо организованное, взаимодействующее сообщество микроорганизмов. Установлено, что свыше 95% существующих в природе бактерий живут в биопленках. Микроорганизмы в биопленке ведут себя не так, как бактерии, выращенные классическим методом в культурной среде.

Основными свойствами биопленки являются взаимодействующая общность разных типов микроорганизмов и агрегация микроорганизмов в микроколонии. Эти микроколонии имеют свои особенные микросреды, отличающиеся уровнями pH, усваиваемостью питательных веществ, концентрацией кислорода. Бактерии внутри биопленки способны «обмениваться информацией» посредством выработки и восприятия определенных химических веществ-раздражителей. Эти раздражители определяют степень выделения микроорганизмами потенциально патогенных белков и ферментов.

С пониманием сути биопленки было показано, что существуют большие различия в поведении бактерий в лабораторной культуре и в их естественных экосистемах. К примеру, бактерия в биопленке вырабатывает такие вещества, которые она не продуцирует, будучи в культуре. Кроме того, матрикс, окружающий микроколонию в биопленке, служит защитным барьером. Это помогает понять, почему назначение антимикробных средств как общего действия, так и применяемых местно, не всегда дает положительные результаты, даже тогда, когда оно нацелено на конкретный вид микроорганизмов. Это также помогает объяснить, почему механическое удаление бляшек и личная гигиена ротовой полости продолжают оставаться неотъемлемой составной частью лечения заболеваний пародонта.

Критерии, обычно используемые в случаях, необходимости отличить патогенные микроорганизмы от непатогенных, в данном случае применять довольно проблематично, так как при заболеваниях пародонта многие потенциально патогенные микроорганизмы постоянно обнаруживаются как в здоровых, так и в пораженных участках.

При оценке этиологической роли того или иного микроорганизма в заболевании пародонта учитывается комплекс его характеристик. Вирулентность патогенных микроорганизмов зависит от способности к адгезии, инвазивности, капсуло- и токсинообразованию, наличия механизмов защиты макроорганизма. Так, предполагается, что потенциальный возбудитель заболевания будет присутствовать в больших количествах в пораженных участках, чем в здоровых. Удаление его с пораженных участков приостанавливает активный процесс в пародонте. Повышенная или пониженная клеточная и гуморальная иммунная реакция на данный микроорганизм при наличии адекватной иммунной реакции на другие микроорганизмы может свидетельствовать о его особой патогенной роли в данном случае [7].

Бактерии, внедряющиеся в ткани, поражают клетки, выделяя токсины и продукты метаболизма. Никаких экзотоксинов, кроме лейкотоксина, продуцируемого *A. actinomycetemcomitans*, не было обнаружено. Однако микрофлорой продуцируются различные ферменты, которые могут разрушать внутриклеточные структуры ткани. К ним относятся фосфотазы, аминопептидазы, протеазы, фосфоамидазы и гликозидазы. Бактероиды (*P. gingivalis*, *Prevotellamelaninogenica*) продуцируют протеазы, которые разрушают протеины, играющие важную роль в защите от бактериальной

инфекции, например, иммуноглобулины (IgG, IgA, IgM) и многие другие плазменные протеины. Разрушение иммуноглобулинов, защитная функция которых заключается в блокировании бактериальных и прочих антигенов, ингибировании прикрепления бактерий, бактерицидных и опсонизирующих эффектах, способствует распространению микроорганизмов и накоплению продуктов их жизнедеятельности [7].

Продукция фосфолипазы *A* представителями пародонтопатогенной микрофлоры способствует образованию в тканях простагландинов. Бактерии в пародонтальных карманах могут также выделять цитотоксические продукты метаболизма: аммоний, сульфид водорода, индол или карбоксильную кислоту, а также бутират и пропионат. Существует прямая зависимость между выработкой бактероидами жирных токсических кислот и тяжестью поражения пародонта.

Липополисахариды таких микроорганизмов, как *P. gingivalis*, *P. melaninogenica*, оказывают значительное патогенное действие на ткани пародонта, начиная от нарушения микроциркуляции и кончая снижением синтеза коллагена соединительной ткани десны [7,8].

Риск прогрессирования заболевания выше на тех участках, где присутствуют комбинации нескольких видов микроорганизмов. Например, по данным Haffajee, Socransky (1994), наличие *A. actinomycetemcomitans* и *P. gingivalis* увеличивает риск прогрессирования пародонтита до 7,6 в то время как показатели риска при существовании одного из них 3,2 и 2,2 соответственно [7].

Имеется значительное генетическое разнообразие среди естественных изолятов *A. actinomycetemcomitans* и предполагается, что могут существовать изменения в потенциале токсичности штаммов. До настоящего времени было выявлено 5 серотипов пародонтальных *A. actinomycetemcomitans*. Недавно идентифицировали 6 серотипов – серотип *f*. Исследования по распределению серотипов *A. actinomycetemcomitans* показали, что серотипы *a* и *b* чаще выделяются от пациентов с локализованным ювенильным пародонтитом, штаммы серотипа *c* более обычны при экстраоральных инфекционных заболеваниях и у здоровых людей, штаммы серотипов *d* и *e* редки во всех популяциях [7].

Бактериальные протеолитические ферменты, непосредственно разрушающие пародонтальные связки, корневой цемент и альвеолярную кость, стимулируют и активность различных иммунокомпетентных клеток.

Хроническая пародонтальная инфекция имеет все анатомические предпосылки для того, чтобы практически без каких-либо проблем взаимодействовать со внутренней средой. Бактерии и их эндотоксины могут проникать в кровообращение значительно чаще и в большей степени, нежели считалось до сих пор. У большинства пациентов бактериемия протекает субклинически, но у пациентов со сниженным иммунитетом, что встречается довольно часто при заболеваниях пародонта, она очень опасна, т.к. может вызывать изменения в сосудистой системе (атеросклероз, эндокардит) и других органах и системах организма [2-4]. Степень бактериемии зависит от интенсивности манипуляций на тканях пародонта и степени воспаления. Так, усиление бактериемии при пародонтите наблюдалась уже при нормальном прожевывании пищи или при обычной чистке зубов [2].

Проведенный анализ современной литературы позволяет определить субгингивальную микрофлору как доминирующий причинный фактор хронического генерализованного пародонтита. Но многие механизмы повреждений тканей пародонта и значение отдельных микробов в этиологии восалительных заболеваний пародонта остаются не выяснены.

#### **Список литературы:**

1. Артющевич А.С., Трофимова Е.К., Латышева С.В. Клиническая периодонтология: Практик. пособие / Под ред. А.С. Артющевича. - Мн.: Ураджай, 2002. - 303 с.
2. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2002. - 127 с.
3. Безрукова И.В. Быстро прогрессирующий пародонтит: Иллюстрированное руководство. - М.: Медицинская книга, 2004. - 144 с.
4. Безрукова И.В., Н.А. Дмитриева, Л.Н. Герчиков // Стоматология. - 2005 - № 1. - С. 13 - 15.
5. Грудянов А.И., И.В. Безрукова // Стоматология. - 2000. - Т. 79, № 3. - С. 15 - 17.
6. Иванов В.С. Заболевания пародонта. - М.: Медицинское информационное агентство. - 2001. - 296 с.
7. Пародонтит / Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 504 с.
8. Царев В.Н., Плахтий Л.Я., Николаева Е.Н. // Стоматолог. – 2008. - № 7. – С. 47-54
9. Naake S.K., Meyer D.H., Fives-Taylor P.M., Schenkein H. Болезни пародонта. В кн.: Микробиология и иммунология для стоматологов. Под ред. Р. Дж. Ламант, М.С. Лантц, Р.А. Берне, Д.Дж Лебланк. М.: Практическая медицина.- 2010. – С. 297-340.

**Клюшникова М.О., Клюшникова О.Н., Клюшников О.В.**  
**ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ**  
**ОЗОНОТЕРАПИИ**  
**ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,**  
**Иркутск, (Россия)**

Актуальность поиска новых методов лечения хронического генерализованного пародонтита обусловлена, прежде всего, чрезвычайно высокой распространенностью данной патологии, а также недостаточной эффективностью существующих терапевтических методик. Хронический генерализованный пародонтит это одно из самых широко распространённых стоматологических заболеваний, встречающиеся во всех возрастных группах среди населения во всем мире. Углубленное изучение болезней пародонта во многих странах мира значительно обогатило знания по этой теме. Выявлен ряд этиологических факторов заболеваний, выяснены многие аспекты механизмов развития процесса. Если ранее исследователи отдавали приоритет общим факторам в инициации поражений пародонта, то в последнее время ведущим фактором признается патогенное действие микроорганизмов зубного налета [2-5, 7-9].

Слизистая оболочка десны служит местом обитания целого ряда сапрофитных микроорганизмов, находящихся между собой в состоянии динамического равновесия, которое сложилось в процессе длительной эволюции и поддерживается факторами иммунитета, обеспечивающими гомеостаз. В нормальных условиях в сложившейся экосистеме изменяется только количество представителей нескольких или большинства видов, однако видовое представительство остается у конкретного индивидуума практически постоянным в течение практически всей жизни или длительного периода [7].

На сегодняшний день большинство авторов признает, что это заболевание возникает в результате патогенного воздействия микробных факторов [3,4,6,7,9,10,13,14]. При этом наиболее агрессивные и быстро прогрессирующие формы пародонтита формируются под воздействием пародонтопатогенных микроорганизмов *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* [3,6].

Основу терапии таких форм пародонтита составляют антибактериальные средства с широким спектром действия. Увеличение числа пациентов, страдающих лекарственной аллергией, достаточно высокая стоимость современных антибактериальных лекарственных препаратов постоянно заставляют ученых думать о внедрении новых дешевых средств терапии. Одним из таких методов является озонотерапия [3]. Высокая эффективность метода, хорошая переносимость, практическое отсутствие побочных действий, экономичность позволяет снизить количество лекарственных препаратов, а в ряде случаев полностью отказаться от их применения.

Целью нашего исследования явилась необходимость выяснить эффективность применения озонотерапии у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом ассоциированным с *Actinobacillus actinomycetemcomitans* и *Porphyromonas gingivalis*.

#### **Материалы и методы**

Нами проведено клиническое обследование 38 больных с хроническим

генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, ассоциированным с *Actinobacillus actinomycetemcomitans* и *Porphyromonas gingivalis*. Кроме основных методов обследования (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, определение глубины пародонтальных карманов и др.), использовалась индексная оценка состояния тканей пародонта и рентгенологическое обследование. Для определения состояния тканей пародонта применялся индекс гигиены (ГИ) Федорова-Володкиной в модификации, проба Шиллера-Писарева, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) пародонтальный индекс (ПИ) Рассела, степень кровоточивости и степень подвижности. Из рентгенологических методов обследования использовались ортопантограмма и радиовизиография. Все обследуемые были разделены на две группы: первой группе пациентов - 18 человек проведено лечение с применением озонотерапии и полимерных пленок с доксициклином. Озонотерапия проводилась в виде аппликаций на десну озонированного оливкового масла и промывания пародонтальных карманов озонированной дистиллированной водой из шприца в концентрации 3 мг/л. Озонирование дистиллированной воды и растительного масла проводили с помощью аппарата для озонотерапии УОТА-60-01 «Медозон», рег. удостоверение №292/0699/96-5-27. Во второй группе (20 человек) – контрольной использовались традиционные методы лечения с применением инъекций линкомицина 30% раствора.

Детекция патогенов осуществлялась методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) до лечения и через месяц после него. Материалом для исследования служили препараты ДНК, выделенные из образцов зубного налёта и отделяемого пародонтальных карманов больных с хроническим генерализованным пародонтитом. В качестве ДНК-мишени использовались нуклеотидные последовательности генов 16S rRNA *Actinobacillus actinomycetemcomitans* и *Porphyromonas gingivalis* (Tran, Rudney 1996). Учёт результатов ПЦР проводилась гель-электрофорезом в 1,5% агарозе (Sigma, Type I, США) в трис-боратной буферной системе с цифровой видеодокументацией.

### **Результаты исследования.**

Клиническая картина у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, ассоциированного с *P. gingivalis* и/или *A. actinomycetemcomitans*, характеризовалась следующими индексными показателями: индекс гигиены, по Федорову-Володкиной, составил  $2,05 \pm 0,16$  балла. Индекс РМА -  $65,7 \pm 7,5\%$ , проба Шиллера-Писарева была положительной у всех пациентов. Пародонтальный индекс был равен  $4,1 \pm 0,43$  балла, индекс кровоточивости –  $6,23 \pm 0,43$  баллов. Проба Кулаженко определялась в пределах  $15,12 \pm 0,7$  сек. Глубина пародонтальных карманов в среднем составила  $4,6 \pm 0,08$  мм.

После проведенного лечения по данным пробы Шиллера-Писарева воспаление у 100% больных данная проба являлась отрицательной после окончания терапией озоном и доксициклином. У 70% пациентов группы сравнения проба стала отрицательной, еще у 30% слабоположительной.

Индекс РМА после использования линкомицина снизился в 5,2 раза ( $P < 0,05$ ). Тогда как при использовании озонотерапии в сочетании с доксициклином приводило к лучшим результатам лечения: показания индекса РМА уменьшились в 19,3 раза ( $P < 0,05$ ). Установлено, что только при применении озонотерапии происходит значительное снижение

показаний пародонтального индекса. У пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, ассоциированным с *P. gingivalis* и/или *A. actinomycetemcomitans*, - при лечении озонотерапией в сочетании с доксициклином - в 2,4 раза ( $P < 0,05$ ). В соответствии с выраженностью воспалительного процесса изменялась и стабильность сосудистых стенок, которую отражают индекс кровоточивости и проба Кулаженко. При хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести, ассоциированным с *P. gingivalis* и *A. actinomycetemcomitans* после проведенного лечения в группе сравнения изменения показаний данного индекса изменилось в 3,9 раза ( $P < 0,05$ ). В первой группе кровоточивости десен не наблюдалось. По данным пробы Кулаженко, при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести, ассоциированным с *P. gingivalis* и/или *A. actinomycetemcomitans*, в условиях применения линкомицина по традиционной схеме время образования экстравазатов обнаруживало тенденцию к увеличению, а после окончания лечения время достоверно увеличилось с исходными значениями в 1,4 раза ( $P < 0,05$ ). У пациентов, получавших озонотерапию при сочетании с доксициклином, через 3 суток лечения время образования гематомы возросло в 1,6 раза ( $P < 0,05$ ). После лечения этот показатель в основных группах соответствовал норме.

Полученные данные ПЦР показали, что у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, ассоциированным с *P. gingivalis* и/или *A. actinomycetemcomitans*, которым было проведено лечение с использованием медицинского озона и доксициклина, данные пародонтопатогены в исследуемом материале обнаружены не были. Как показал данный микробиологический метод, у 13 пациентов группы сравнения с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, ассоциированным с *A. actinomycetemcomitans* и *P. gingivalis*, были выявлены данные патогены после лечения.

#### **Вывод:**

Полученные данные позволяют говорить о том, что применение озонотерапии у больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести ассоциированным с *Actinobacillus actinomycetemcomitans* и *Porphyromonas gingivalis* является достаточно эффективным методом лечения. Так как не только приводит к значительному снижению воспалительных процессов в десне, но и способствуют ликвидации основного этиологического фактора – *Actinobacillus actinomycetemcomitans* и *Porphyromonas gingivalis*, из очага воспаления. Высокую клиническую эффективность применения медицинского озона с биополимерными пленками с доксициклином, по сравнению с проведением традиционного лечения с антибиотиком линкомицином, можно объяснить не только выраженным антибактериальным действием сочетания данных препаратов, но и значительным противовоспалительным и иммуномодулирующим свойством озона. Его способностью активизировать микрогемодинамику и содействовать коррекции нарушений нормального соотношения процессов перекисного окисления липидов и активности системы антиоксидантной защиты.

#### **Список литературы:**

1. Артющкевич А.С. Клиническая периодонтология/ А.С. Артющкевич, С.В. Латышева, Е.К. Трофимова. – Минск: Интерпрессервис, Ураджай, 2002. – С. 20 -277.

2. Барер Г.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение/ Г.М. Барер, Т.И. Лемецкая. – М.: Медицина, 1996. – С. 10 - 85 .
3. Безрукова И.В. Агрессивные формы пародонтита/ И.В. Безрукова, А.И. Грудянов. - М.: МИА, 2002. - С. 10 – 82.
4. Болезни пародонта[ А.С. Григорян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина и др.] – М.: МИА, 2004. – С. 100 – 283.
5. Грудянов А.И. Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта/ А.И. Грудянов, Н.А. Стариков // Пародонтология. – 1998. - №2 (8) – С. 6 - 10
6. Современные аспекты пародонтологии[ Л.А. Дмитриева, И.Н. Беспалова, З.Э. Золоева и др.]. – М.: Медпресс, 2001. – С. 3 - 125
7. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта/ Н.В. Курякина, Т.Ф. Кутепова. - М.: Медицинская книга, 2000. – С. 17 – 131.
8. Сивовол С.И. Клинические аспекты пародонтологии/ С.И. Сивовол. – М.: Триада-Х, 2001. – С. 5 - 164
9. Царев В.Н., Ушаков Р.В. Антимикробная терапия в стоматологии/ В.Н. Царев, Р.В. Ушаков. – М.: МИА, 2004. – С. 9 - 139
10. Царев Л.М., Николаев А.И., Жажков Е.Н. К вопросу об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта/ Л.М. Царев, А.И. Николаев, Е.Н. Жажков // Пародонтология. – 2000. - №2 – С. 9 -13
11. I. Drizhal. Микробный дентальный налет/ I. Drizhal // Новое в стоматологии. - 2001. - №8 – С. 19 – 24.
12. The cell extract of *Porphyromonas gingivalis* promotes attachment of *Prevotella nigrescens* cells to hydroxyapatite/ Y. Hirano, K. Kuroda, M. Tamura [and others]// Journal of Oral Science. – 2003. - № 2 – Vol. 45 – P. 99 - 106
13. M. Straka. Пародонтология 2000.// Новое в стоматологии/ M. Straka. – 2000. - №4 – С. 24 – 53.
14. Multiplex PCR using conserved and species-specific 16S rRNA gene primers for simultaneous of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Porphyromonas gingivalis*/ S. D. Tran. J.D. Rudney // Journal of Clinical Microbiology - Nov. 1996, - P. 2674 – 2678

**Клюшников О.В., Клюшникова О.Н., Мокренко Е.В.**  
**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЛЕКСИКА В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ**  
**СТОМАТОЛОГИИ**  
*ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,*  
*Иркутск (Россия)*

Важной задачей развития стоматологии в ближайшие годы, несомненно, является повышение уровня культуры врачебного приема, которая ценится превыше всего, но при этом не требует материальных вложений в свою реализацию.

Культура врачебного приема состоит из ряда компонентов: анестезиологической защиты пациента, зрелости клинического мышления, обязательности и пунктуальности врача, психотерапевтической активности медперсонала, соблюдении правил асептики, совершенстве врачебных мануальных навыков, а также врачебной эрудиции и грамотности медицинской речи.

Понятие «культура» означает совокупность производственных, общественных и духовных достижений людей, выраженная в типах и формах организации жизни и деятельности людей, в их взаимоотношениях, а также в создаваемых ими материальных и духовных ценностях.

Анализируя эту формулировку из Толкового словаря русского языка С.И. Ожегова, можно сделать очевидный вывод о тесной взаимосвязи общей и профессиональной культуры. Точно также связаны в профессиональной культуре врача-стоматолога понятия общемедицинской культуры и культуры стоматологического приема.

Одним из путей совершенствования врачебной культуры является упорядочение профессионального стоматологического языка. Стоматологическая терминология, особенно в ортопедическом профиле специальности, до настоящего времени не сложилась в стройную систему, свидетельствующую о высоком уровне врачебной культуры. К основным недостаткам лексикона врачей-стоматологов относятся: злоупотребление иностранными или устаревшими терминами, обилие технических выражений, вульгаризмов и неудачных неологизмов.

Заимствование иностранных профессиональных терминов не всегда является уместным, если есть удачный русский, обозначающий тоже понятие. И это может быть обусловлено только необходимостью, уместностью и точностью использования слова. Однако, многие понятия, представляющие транскрипцию английских и немецких терминов, укрепились в профессиональном лексиконе стоматологов. Такие слова, как «аттачмен», «бюгель», «винир», «иммедиат-протез», «онлей» и многие другие имеют русские аналоги. Всё это запутывает и без того засоренный язык врачей стоматологов-ортопедов.

Особое внимание следует уделить терминологическим ошибкам, которые могут быть условно объединены в группу технических жаргонизмов. К ним в первую очередь относятся выражения «примерка и сдача протеза». Первый из них, пожалуй, более приемлем для пошива одежды, а второй – для строительства. Так что применительно к деятельности врача стоматолога-ортопеда более пригодны слова «припасовка и наложение протеза», если речь идет о съемной конструкции, и «наложение и фиксация протеза», когда говорят о завершении протезирования зубов несъемным протезом.

Выражения «вставить зубы», «сделать съемник», а также использование широко распространенных вульгарных терминов для обозначения протезов, таких как «мост, консоль, бюгель», должны безжалостно изгоняться из стоматологической лексики. Стоматологи-ортопеды используют в своей практике мостовидные протезы (а не «мосты»), часть из них с односторонней опорой. Последние так и нужно именовать «мостовидными протезами с односторонней опорой», а не «консолями» (поддерживающий элемент карниза, балкона). Одной из составных частей дугового (бюгельного) протеза является дуга, по-немецки – «бюгель». Но это совсем не значит, что дуговой протез можно назвать «бюгелем» или, иными словами, дугой.

Обоснованность термина «фасетка» также вызывает изрядные сомнения, учитывая, что в словарях он обозначен как «скошенная боковая грань зеркала, клише, грань отшлифованного камня; элемент глаза членистоногих». Вернее использовать понятие «облицовка», полностью отражающее конструктивный компонент комбинированных искусственных коронок и мостовидных протезов. В то же время вполне допустимым является употребление выражения «фасетка стирания зуба».

Грубые слова или выражения, не принятые в литературном языке, именуются вульгаризмами. К ним можно отнести «приварку зубов» или «отливку моделей». Эти выражения являются, кроме того, и неточным по смыслу, поскольку при этом отсутствуют как процессы сварки или варки, так и процессы литья. Правильнее говорить о реставрации протеза и изготовлении гипсовой модели.

Орфографически ошибочными нужно признать неологизмы «частичносьемные и полносьемные» протезы. Сюда следует отнести так же наименование врачебной должности – «врач-протезист», специализацию зубного техника – «съемщик», которые, пожалуй, стоят в одном ряду с «глазником, ушником» и пр.

Врач, занимающийся, наряду с протезированием, исправлением деформаций и аномалий зубных рядов, лечением заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, парафункций жевательных мышц, перемещающий нижнюю челюсть и, в конечном итоге, применяющий различные ортопедические методы в стоматологии, должен все же именоваться врачом стоматологом-ортопедом.

Порожденный в ортопедической сфере популярный термин «физиологический покой» является ошибочным с точки зрения физиологов, которые выделяют такие состояния мускулатуры, как функциональная активность и функциональный покой. Поэтому метод определения высоты нижнего отдела лица должен называться не анатомо-физиологическим, а анатомо-функциональным. К неточностям того же типа относятся «цементировка» вместо фиксация протезов цементом, «аномалийный» вместо аномальный.

Есть в ортопедической стоматологии термины, противоречащие литературному смыслу, а также несовместимые с требованиями логики (алогизмы). Таким, например, является выражение съемное (несъемное) протезирование. Вообще то протезирование – это лечебный процесс. Под процессом понимается совокупность последовательных действий для достижения требуемого результата. Вполне понятно, что он не может быть съемным или несъемным (а тем более бюгельным, мостовидным). Поэтому следует говорить о протезировании съемными или несъемными конструкциями.

Здесь нужно упомянуть также выражение «частичный (полный) дефект» зубного ряда. Сам по себе дефект, как объективное явление, всегда будет полным, со всеми присущими ему качествами, какими бы размерами он не обладал. Это в равной степени относится как к дефекту режущего края зуба, так и к дефекту зубного ряда или тела челюсти. Исходя из этого, следует говорить о дефекте малой или большой протяженности, а не о его полноте.

Имеется еще один спорный термин подобного плана. Это выражение косметический дефект. Согласно словарю иностранных слов, косметика- это«вещества для ухода за кожей, а также искусство приготовления и применения этих средств». Поэтому более подходящим для стоматологической практики, вероятно, будет термин эстетический дефект, т.е. нарушающий эстетику лица. Имея ввиду, что эстетика- это учение о прекрасном, сущности и проявлении прекрасного в жизни и в искусстве, относящееся к чувственному восприятию.

Бытующее в среде стоматологов-ортопедов выражение «обработка зубов» вполне оправдано применительно к медикаментозной обработке, но оно менее уместно в смысловом отношении по сравнению с более точным – «препарирование зубов». И уж совершенно непригодно для этой цели выражение «обтачивание зубов» или «одонтопрепарирование».

Теперь остановимся на некоторых терминологических неточностях, к которым относится в первую очередь «высота прикуса». Помнящий толкование понятия прикус—«характер смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии», согласится, что характер не может иметь высоты, и это понятие давно пора заменить межальвеолярной высотой (расстоянием), окклюзионной высотой или высотой нижнего отдела лица.

А может ли прикус быть нефиксированным? Если нет ни одной пары зубов антагонистов, то нет окклюзии, не существует и прикуса, то есть данное выражение не отражает реальное положение дел. Есть смысл в этом случае констатировать нефиксированную межальвеолярную высоту.

Правильное выражение «определение центральной окклюзии» тем не менее, неприемлемо, когда речь идет о больных с полным отсутствием зубов. У них определяют центральное соотношение челюстей.

Кроме того, в стоматологической литературе встречается термин «пластинчатые протезы». Буквально это означает протезы, состоящие из пластов или пластинок. Мы же применяем протезы, имеющие базис в виде пластинки, то есть «пластиночные протезы».

И, наконец, необходимо различать понятия «деформация зубных рядов» и «зубочелюстная аномалия». Эти понятия не синонимичны, и, в отличие от аномалии, деформации генетически не обусловлены.

В заключениеиследует назвать термины, которые используются в ортопедической стоматологии вопреки аналогам, принятым в международной классификации болезней (МКБ) и международной анатомической номенклатуре. Так вместо патологической в МКБ давно предложен термин повышенная стираемость твердых тканей зубов. Что касается терминологии, относящейся к анатомическим образованиям, то вместо выражения суставная головка используется головка нижней челюсти, вместо аппроксимальные контактные поверхности зубов (мезиальная и дистальная), вместо пульпарная камера-полость зуба.

Термин фронтальные зубы в переводе дословно означает лобные зубы, что не отражает реального факта. Официально принятым международной анатомической номенклатурой является термин «передние зубы».

Такие важные компоненты культуры врачебного приема, как психо-медикаментозная подготовка больных, связанная с высокой психотерапевтической активностью медицинского персонала, обязательной анестезиологической защитой больного, а также строгое соблюдение правил асептики являются аспектами профессионализма врача-стоматолога. Его клиническое мышление начинает формироваться при обучении в вузе и развивается с появлением клинического опыта, который анализируется и синтезируется в мышление врача. Любая неточность и небрежное обращение с терминами как цепная реакция влечет за собой неопределенность и неаккуратность в профессии, к которой они относятся.

Поэтому постоянное пополнение и обогащение своей эрудиции выгодно выделяет высоко эрудированных врачей-стоматологов на фоне своих коллег, дает им больше шансов в конкурентной борьбе за пациента и является обязательной составляющей культуры врачебного приема.

**Клюшникова М.О., Клюшников О.В., Клюшникова О.Н.**  
**СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ СЕРДЕЧНО-**  
**СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**  
*ФБГОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,*  
*Иркутск (Россия)*

В человеческом организме все взаимосвязано. Поэтому, необходимо помнить о том, что проявления в полости рта могут опережать другие клинические признаки основного заболевания. Эти признаки сравнительно легко обнаруживаются больными и вынуждают их обратиться за помощью, в первую очередь, к стоматологу.

Сердечно-сосудистая недостаточность, развивающаяся как результат ревматизма, атеросклероза, инфаркта миокарда, гипертонической болезни и других патологических процессов, приводит в первую очередь к изменению цвета слизистой в полости рта.

Она может быть бледной либо синюшной, в ряде случаев расширяются кровеносные сосуды. Особенно отчетливо это видно в подъязычной области. Повышается ломкость и проницаемость сосудистых стенок. Слизистая оболочка становится ранимой, даже легкие травмы вызывают кровоточивость. Наиболее ярко этот признак проявляется в области десен: малейшее давление при жевании, чистка зубов приводят к кровотечению.

При врожденных пороках сердца выражены следующие изменения в полости рта:

- 1) в 50% случаев определяется цианотичность(синюшность) и отечность слизистой оболочки полости рта;
- 2) межзубные сосочки отечны, отстают от шеек зубов;
- 3) красная кайма губ сухая, бледная, покрытая чешуйками. В области углов рта отмечаются корочки, мацерация кожного покрова;
- 4) у ряда пациентов выявляется цианоз мягкого неба, нёбных дужек, миндалин, очаги ограниченного воспаления слизистой оболочки полости рта.

При гипертонической болезни на языке, щеках, мягком нёбе периодически могут появляться одиночные пузыри с кровянистым содержимым, так называемый пузырьный синдром. Пузырь сохраняется от нескольких часов до 1-2 суток. После того как пузырь вскрывается, остается эрозивная поверхность. Присоединение микробной инфекции может привести к развитию длительно не заживающей язвы[1].

При нарушении деятельности сердечно-сосудистой системы могут наблюдаться изменения в органах полости рта, проявляющиеся в виде некроза мягких тканей, долго незаживающих язв, кровотечений. Нередко изъязвления слизистой оболочки сопровождаются некрозом альвеолярной кости. В последние годы значительно увеличился поток больных с данной патологией. Это связано с улучшением качества лечения сердечно-сосудистых заболеваний и увеличением продолжительности жизни больных с сердечно-сосудистой недостаточностью. Некротические поражения встречаются в основном у лиц пожилого и старческого возраста, длительно страдающих сердечно-сосудистой недостаточностью.

Поражение слизистой оболочки и других тканей челюстно-лицевой области большинство авторов объясняют гипоксией тканей, связанных с микроциркуляторными нарушениями, и, как следствие этого - нарушение обменных процессов в тканях данной области[2].

Возникновение некротического очага в полости рта обусловлено рядом местных причин: повышенной чувствительностью тканей к недостатку питания, а также подверженностью травмам во время приема пищи, туалета полости рта, в результате патологического прикуса, некачественных протезов, нависающих пломб и т.д. Часто у пациентов с хронической сердечной недостаточностью снижен жевательный оптимум, определенный ВОЗ, — наличие хотя бы 20 сохранных зубов. При меньшем числе зубов нарушается жевательная функция, пациенты вынуждены ограничивать себя в приеме пищи, в выборе продуктов [1]. Это приводит к недостаточному поступлению питательных веществ в организм и более быстрому прогрессированию сердечной недостаточности [2].

Вторичная адентия также приводит к нарушению эстетической и речевой функций рта. Многие пациенты со вторичной адентией вынуждены ограничивать себя в общении, вести более замкнутый, менее активный образ жизни. В то же время снижение физической активности и коммуникативной функции служит фактором риска прогрессирования хронической сердечной недостаточности [2].

Нарушение жевательной и эстетической функции у пациентов с хронической сердечной недостаточностью может приводить к развитию депрессии, снижению физической активности. Подобные состояния, в свою очередь, ухудшают прогноз течения основного заболевания [1].

При осмотре в полости рта у всех пациентов отмечалась плохая гигиена полости рта (ИГ > 5), отложения мягкого зубного налета и камня. Проба Шиллера-Писарева положительная, резистентность капилляров десен по В. И. Кулаженко  $9,8 \pm 1,6$ ; высокий КПУ =  $10 \pm 1,5$ ; в 100% случаев пациентам требовалось проведение рационального протезирования.

Все некротические процессы при декомпенсации сердечной деятельности расценивались как трофические язвы. Локализация язв в полости рта была самой разнообразной: на слизистой неба, десен, дна полости рта, нижней поверхности языка, на слизистой оболочке щек.

Язвы, как правило, имеют неправильную форму, с подрывными краями, покрыты грязно-серым неснимающимся налетом и поражают все слои слизистой оболочки. Некроз тканей со слизистой может распространяться на окружающие мышцы и привести их к поражению.

Некротические язвы любой локализации резко болезненные, имеют зловонный запах, лишают больного сна и аппетита, наблюдается усиленная саливация [2].

Наличие язв еще более усугубляет тяжесть состояния больного, что, в свою очередь, ведет к прогрессированию некротического процесса. Возникает симптом взаимного отягощения.

Проведено лечение 17 больных в возрасте 52-75 лет. Общее лечение предусматривало лечение основного заболевания, обучение гигиене полости рта, соблюдение режима питания, витаминотерапия.

Схема местного лечения сводилась к следующему: профессиональная чистка зубов, лечение кариеса и его осложнений, пародонтита. Обработка язв проводилась с использованием кислородных ванночек, удаление налета с язв тампонами, смоченными ферментами, антисептиками. После этого на очаг поражения накладывали аппликации с

кератопластиком. Использовали витамин А в масле, кедровое масло. На дом назначали ванночки с ромашкой, аппликации витамина А и кедрового масла 3-4 раза в день[3,4]

В результате проведенного лечения через 2-3 суток больные отмечали уменьшение болей, возможность принимать пищу. Клинически наблюдалось уменьшение отека, очищение язв от налета, начало эпителизации. Полная эпителизация язв наступала на 14-17 сутки, что зависело от длительности общего заболевания.

После видимого клинического выздоровления для усиления местного иммунитета СОПР назначали аппликации с метилурациловой мазью №10-15. Затем проводили рациональное протезирование с использованием бесцветной пластмассы для съёмного ортопедического лечения и цельнолитых несъёмных конструкций.

#### **Список литературы:**

1. Агеев Ф. Т. Хроническая сердечная недостаточность: руководство/Ф.Т. Агеев, Г.П. Арутюнов, Ю.Н. Беленков. - М.: Гэотар, 2010. - 336 с.
2. Анисимова И. В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ/ И.В. Анисимова, В.Б. Недосенко, Л.М. Ломиашвили. - М.: Медицина, 2008. 194 с.
3. Кандидоз и его лечение/М.О. Ключникова, В.М. Галченко, О.Н. Ключникова и др. // Материалы VIII международной научно-практической конференции.-Краснодар, 2015.- С. 159-163
4. Ключников О.В. Красный плоский лишай. Опыт лечения/ О.В. Ключников, В.М. Галченко, С.Ю. Бывальцева// Роль науки в развитии общества// Сборник статей Международной научно-практической конференции. Часть 2.- Уфа, 2015.-с.113-114

**Клюшников О.В., Клюшникова О.Н., Никитин О.Н.**  
**УЛЬТРАСТРУКТУРА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ В НОРМЕ И ПРИ ЧАСТИЧНОМ**  
**ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ**

*ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»,  
Иркутск (Россия)*

Получение детальных сведений по структурным особенностям различных типов мышечных волокон имеет большое значение при интерпретации функциональных и патологических состояний мышц.

Изучение полутонких срезов под световым микроскопом не позволило нам выявить морфологических изменений и нарушений, происходящих на ультраструктурном уровне, поэтому в дальнейшем мы приводим описание электронно-микроскопических и ультрацитохимических исследований.

Гистохимические исследования последних лет позволили выявить некоторые особенности строения мышечных пучков при ряде заболеваний человека и в условиях эксперимента на животных. При патологических условиях значительно меняется ферментативная активность отдельных мышечных пучков. Это проявляется либо в истинном количественном перераспределении белых и красных мышечных волокон в пучке, либо обусловлено изменением тонкого строения внутриклеточных структур, приводящим к трансформации одного вида волокон в другой. Использование электронного микроскопа в изучении скелетных мышц человека и животных в норме и патологии позволит уточнить представления о сущности процессов, происходящих в мышечных волокнах.

В настоящем исследовании предпринято изучение ультраструктуры и ультрацитохимии мышечных волокон жевательных мышц собак с целью выявления особенностей субмикроскопической структуры в норме для правильной трактовки изменений, происходящих при частичной потере зубов и ортопедическом лечении в разные сроки.

Гистохимическими методами исследования установлено, что жевательные мышцы собак два основных типа мышечных волокон – красные и белые, характеризующиеся различиями в ферментативном отношении.

Изучение ультраструктуры жевательных мышц собаки позволило нам выявить три типа мышечных волокон. При этом отмечено, что различные типы мышечных волокон имеют как общие черты строения, так и особенности субмикроскопической структуры, характеризующиеся различным количественным содержанием митохондрий и липидов, их распределением в саркоплазме, шириной Z-полос.

Для всех трех типов мышечных волокон характерно наличие сарколеммы, состоящей из двух компонентов: базальной мембраны и плазмолеммы. Плазмолемма образует пиноцитозные пузырьки. В зоне мионевральных контактов сарколемма имеет особое строение, она обладает повышенной осмиофильностью и формирует ряд складок и щелей.

Саркоплазма содержит множество ядер, располагающихся преимущественно под сарколеммой и лишь изредко – центрально. Ядра обычно овальной формы, имеют четко выраженную двухконтурную оболочку. Хроматин равномерно расположен по всему

ядру. Околоядерная зона богата митохондриями, гранулами гликогена. Иногда здесь обнаруживаются липидные включения, аппарат Гольджи, свободные рибосомы.

Миофибриллы, являющиеся функциональными единицами мышечного сокращения, представлены саркомерами с четко выраженными анизотропными и изотропными дисками, Z-, H- и M- полосами.

Вдоль каждой миофибриллы проходит сложная сеть канальцев продольной саркоплазматической системы. Продольные канальцы взаимосвязаны поперечными трубочками на уровне А-I-дисков и H-линий. В области Z-полос цитоплазматическая мембрана в виде рукавов продолжается в саркоплазму, образуя трубочки Т-системы (поперечная саркоплазматическая сеть). В каждом саркомере две расширенные концевые цистерны продольной саркотубулярной системы прилегают к поперечной Т-системе, образуя две триады на один саркомер. Между Т-системой и продольной саркотубулярной системой не обнаруживается открытого сообщения, они контактируют посредством поперечных м остиков. Концевые цистерны продольной саркоплазматической системы содержат электронноплотное вещество, в состав которого входят, по-видимому, ионы Са, принимающие участие в сокращении мышечных волокон.

Вмежмиофибриллярных пространствах на уровне I-диска обнаруживаются митохондрии, имеющие округлую или овальную форму. Размеры митохондрий колеблются. Количество крист в митохондриях невелико – достигает 8-10. Располагаются кристы поперечно, но встречается и продольное их расположение. Матрикс имеет среднюю электронную плотность.

Между митохондриями нередко наблюдаются включения липидов, ограниченные одинарной мембраной. Чаше контуры ограничивающей мембраны неровные. В межмиофибриллярных пространствах выявляются гранулы гликогена.

Наряду с общими чертами субмикроскопического строения для трех типов мышечных волокон имеются особенности ультраструктуры каждого типа.

Первый тип волокон содержит большое количество сравнительно крупных митохондрий, которые образуют подсарколеммальные и околоядерные скопления. Часто цепочки митохондрий располагаются между миофибриллами. Характерным для первого типа мышечных волокон является наличие между митохондриями включений липидов. Z-полосы в этих волокнах широкие, а трубочки саркоплазматической сети узкие.

При гистохимическом изучении в волокнах первого типа выявляется высокая активность СДГ. Активность фермента наблюдается в виде отложений мелких гранул формазана, равномерно расположенных в цитоплазме мышечных волокон. В части волокон под сарколеммой определяется почти черная каемка из гранул формазана. Эта субсарколеммальная активность соответствует активности подсарколеммных скоплений митохондрий.

Описанный тип мышечных волокон соответствует красным мышечным волокнам.

Белый тип волокон отличается от красных меньшим содержанием митохондрий и липидов. Митохондрии мелкие, они не образуют скоплений в подсарколеммальных и околоядерных зонах и редко встречаются на уровне А-дисков. Иногда в митохондриях мышечных волокон белого типа наблюдается значительно более светлый матрикс по сравнению с матриксом митохондрий красных мышечных волокон. Z-полосы

узкие, а каналы саркоплазматической сети и Т-системы широкие и многочисленные. Гистохимическая активность СДГ в мышечных волокнах белого типа намного слабее, субсарколеммальная активность в них почти отсутствует.

Наряду с красными и белыми мышечными волокнами встречаются волокна, занимающие по содержанию митохондрий и липидов переходное положение между описанными основными типами – это промежуточные волокна. Иногда трудно установить, относится ли исследуемый участок к волокну белого или промежуточного типов.

Таким образом, в результате электронномикроскопического изучения жевательных мышц практически здоровых собак были выявлены некоторые особенности тонкого строения мышечных волокон. Было выделено три типа мышечных волокон, отличающихся количественным содержанием клеточных органелл, что отражает различный уровень метаболических процессов в них и, возможно, неодинаковую чувствительность к повреждающим воздействиям.

Изучение препаратов жевательной мускулатуры на 10 сутки после удаления зубов выявило в них изменения на субмикроскопическом уровне. При этом в жевательной и височной мышцах признаки морфологических сдвигов выражены в одинаковой степени.

По сравнению с контрольным материалом в этот срок между отдельными мышечными пучками и мионами увеличивались промежутка, что свидетельствовало об отеке ткани. В части мышечных волокон наблюдались изменения сократительного и других аппаратов. В саркомерах нарушалось правильное расположение L-линий, которые выглядели толстыми и иногда разделялись на фрагменты. Встречались очаги деструкции миофибрилл, локализованных в различных зонах мышечного волокна. Было заметным расширение цистерн саркоплазматического ретикулула. Энергетический аппарат в миомах имел различный вид: часть митохондрий содержала расплавленные кристы, крупные митохондрии казались набухшими, с прозрачным матриксом, электронно-плотный матрикс встречался у мелких митохондрий.

Активность сукцинатдегидрогеназы значительно снижена, что указывает на уменьшение процессов окислительного метаболизма.

На 30 сутки после удаления зубов в жевательных мышцах продолжали нарастать явления дегенерации. Отдельные мышечные волокна находились в состоянии распада. В некоторых миомах между миофибриллами и в подсарколеммальной области увеличивались участки саркоплазмы. Наряду с обычным субсарколеммальным расположением встречались ядра с локализацией в срединных отделах мионов. Изменения сократительного и других аппаратов в мышечных волокнах продолжали нарастать, Z-линии широкие и потеряли свою непрерывность. Цистерны саркоплазматического ретикулула мышечного волокна расширены. Отдельные миофибриллы разволокнялись на пучки миофиламентов. Некоторые участки волокон в околядерной зоне претерпевали некротические изменения. В части волокон матрикс митохондрий был просветлен, число крист значительно снижено, в некоторых митохондриях отмечалась фрагментация стенок. Активность сукцинатдегидрогеназы продолжала снижаться. Необходимо отметить что, часть мионов имела обычное строение.

На 60 сутки наблюдений в жевательной мускулатуре чаще встречались волокна, содержащие участки глыбчатого распада и цитолиза. Вследствие атрофических

процессов встречались мионы различного диаметра. Они часто имели извитой вид и располагались по одиночке и группами. Иногда по протяжению мышечного волокна наблюдались его различная толщина и неравномерная окраска, встречались цепочки мышечных ядер, занимавших центральное положение. В прослойках соединительной ткани, площадь которых увеличилась, локализовались диффузные инфильтраты. Имело место образование молодых соединительнотканых волокон. В мышечных волокнах находились расширенные цистерны и каналы саркоплазматического ретикулума. Отдельные миофибриллы уменьшались в диаметре, а некоторые по периферии и в центре волокна лизировались. Часто между миофибриллами располагались широкие участки саркоплазмы, тянувшиеся на протяжении нескольких саркомеров. Встречались миелиноподобные тельца. Часть митохондрий имела полностью расплавленные кристы, в других на некоторых участках разрушалась наружная мембрана.

В отдельных мышечных ядрах появлялись многочисленные углубления ядерной оболочки и конденсированная форма расположения хроматина. Активность СДГ продолжала оставаться на низком уровне, хотя несколько возросло число волокон с повышенной активностью.

Неодинаковая степень выраженности нарушений мышечных волокон связана с различными типами мионов, составляющих жевательную мускулатуру. Отмечается увеличение доли красных и снижение белых мышечных волокон

Таким образом, резкое изменение интенсивности функциональной нагрузки приводит к нарушению клеточного метаболизма и развитию в мышечных волокнах дистрофических и деструктивных изменений, выходящих за границы приспособительных перестроек. Локальный характер повреждений определяется функциональной гетерогенностью мышечной ткани в целом и отдельных её волокон. Соотношение разных типов мионов при частичном отсутствии зубов демонстрирует приспособление жевательных мышц к более длительному процессу жевания. С меньшей величиной жевательной силы связано снижение размеров митохондрий, объема крист в митохондриях и уменьшение диаметра миофибрилл.

### **Список литературы:**

1. Вязьмин А.Я., Ключников О.В., Подкорытов Ю.М. Ультрагистохимическое строение жевательных мышц // Актуальные направления фундаментальных и прикладных исследований: Материалы III международной научно-практической конференции.- North Charleston, USA, 2014.- С.50 -52.
2. Ключников О.В., Подкорытов Ю.М., Никитин О.Н. Гистохимическая ультраструктура жевательных мышц в норме // Медицина и фармакология: научные приоритеты ученых//Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции.- Пермь, 2017.- с.46-48
3. Ключников О.В., Подкорытов Ю.М., Никитин О.Н. Гистохимическая ультраструктура жевательных мышц // Традиционная и инновационная наука: история, современное состояние, перспективы// Сборник статей Международной научно-практической конференции 15 ноября 2016 г. - Екатеринбург.- с.178-180

4. Ключников О.В., Подкорытов Ю.М. Структура жевательных мышц // Теория и практика актуальных исследований: Материалы У Международной научно-практической конференции. - Краснодар, 2013.- С.173-176

**ЭЛЕКТРОННОЕ  
НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ**

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА  
СОВРЕМЕННОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ**

**Сборник трудов межрегиональной  
научно-практической  
конференции врачей-стоматологов**

**г. Чита, 16 мая 2024 г.  
Редактор Пинелис И.С.**

---

---

**Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,  
Объем 4,45 Мб  
Тираж 20 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**