



Клиника ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России

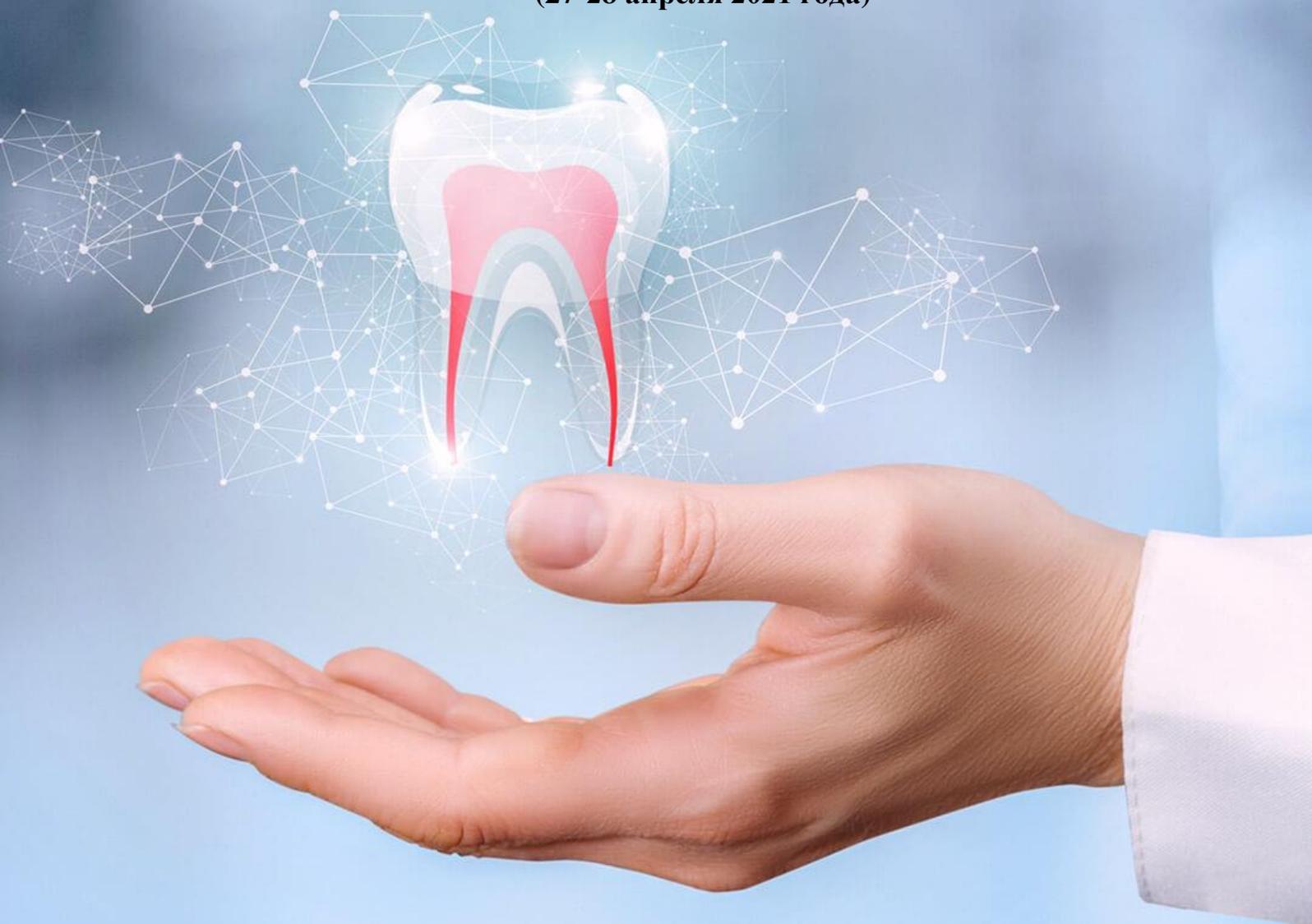


КЛИНИКА
МЕДАКАДЕМИИ

**ФГБОУ ВО
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА
СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА В ФОРМАТЕ ДИСЦИПЛИНЫ
«УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА. НИР»**

**Материалы V научно-практической конференции
(27-28 апреля 2021 года)**



Чита - 2021

УДК 61(078)
ББК 51/57
М 41

Научно-исследовательская работа студентов стоматологического факультета: Материалы V научно-практической конференции студентов стоматологического факультета в рамках дисциплины «УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА. НИР». 27-28 апреля 2021 года, г. Чита [Электронный ресурс]: сборник научных трудов / Читинская государственная медицинская академия.- Электрон.текстовые дан. - Чита: РИЦ ЧГМА, 2021. - 1 электрон.опт. диск (CD-ROM) - Мин. систем. требования: IBMPS 100 МГц; 16 МбRAM; WindowsXP; AdobeReader

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

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



ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ
СТОМАТОЛОГИЯ
ЧГМА

Ответственные за выпуск:

Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии,
д.м.н., профессор **Ю.Л. Писаревский**;
ассистент кафедры ортопедической стоматологии,
к.м.н. **И.С. Найданова**

© ЧГМА, 2021

СОДЕРЖАНИЕ	Стр.
1.АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Ахмадулина В.А., Чурина К.В. Научный руководитель: к.м.н. Писаревский И.Ю.	7
ОЦЕНКА БИОМЕХАНИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ДАННЫМ ИНДИВИДУАЛЬНО НАСТРОЕННОГО АРТИКУЛЯТОРА И ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ Белоусов Д.С., Батуев Е.Г., Першин В.А., Чимитдоржиев Б.М. Научные руководители: к.м.н. Найданова И.С., к.м.н. Шаповалов А.Г.	8
ЗАВИСИМОСТЬ СРОКА СЛУЖБЫ НЕСЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ОТ УРОВНЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ Будаев А. М., Ефремов Н. В. Научный руководитель к.м.н. Найданова И. С.	10
ПРОДВИЖЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ САД-САМ СИСТЕМ ПО ЗАБАЙКАЛЬСКОМУ КРАЮ Жамбалжапова С.А. Научный руководитель: д.м.н. профессор Писаревский Ю.Л.	12
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СРОКОВ ДЕЗАДАПТАЦИИ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ Жапов Б.Б., Кучерявенко Е.Ю., Канарский Р.К., Бабуев З.И., Першин В.А. Научный руководитель: к.м.н. Писаревский И.Ю.	14
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА Кучерявенко Е.Ю., Канарский Р.К., Бабуев З.И., Жапов Б.Б., Николаева Б.В. Научный руководитель: д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л.	17
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ Санжеева Ц.Ю., Боршонов Р.С. Научный руководитель: доцент, к.м.н. Писаревский И.Ю.	19
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ В СООТВЕТСТВИИ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТАНДАРТОМ “ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ”. Санжиева Т.Э.	21

Научный руководитель: д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л.	
ВИДЫ ОККЛЮЗИЙ. РАБОЧАЯ И БАЛАНСИРУЮЩАЯ СТОРОНА. ТРЕХКОНТАКТНЫЙ ПУНКТ БОНВИЛЯ. ФЕНОМЕН ХРИСТЕНСЕНА Тугарина А.М	24
Научный руководитель: д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л.	
МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНО- РЕЧЕВОГО АППАРАТА Шеломенцева Н.О., Мансорунова С. Б - Д.	25
Научный руководитель: д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л.	
2.АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
ФОРМИРОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ У ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ Азарова Е.В., Пляскина Е.А., Научный руководитель: д.м.н., профессор Пинелис И.С.	28
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ Алтынникова И.О., Секисова Ю.В. Научный руководитель: д.м.н., профессор Пинелис И.С.	30
НАПРАВЛЕННАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ Батоин Ч.З. Чимитцыренов Е.И. Научный руководитель: д.м.н., профессор Пинелис И.С.	38
ПЕРФОРАТИВНЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ СИНУСИТ Безродных И.В., Иванов Е.В. Научный руководитель: д.м.н., профессор Пинелис И.С.	46
АНАЛИЗ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №1 Винокурова Е.Ю., Шкупило Е.В. Научный руководитель: к.м.н. Катман Мария Александровна	52
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНА В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ Гомбоцыренова А.Б., Плащеватая Н.О. Научный руководитель: д.м.н., профессор Пинелис И. С.	54
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ АЛЬВЕОЛИТЕ Граборова Т.И., Галсанова А.Б. Научный руководитель: д.м.н., профессор Пинелис И.С.	57
РОЛЬ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ Дегтярёв И.В. Научный руководитель: д.м.н., профессор Пинелис И.С.	65

ПЕРФОРАЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ Иванов Е.В. Безродных И.В. Научный руководитель: д.м.н., профессор Пинелис И.С.	71
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СТАЦИОНАРА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ Монголов Л. Ж. Танганова Э. С. Научный руководитель: профессор, д.м.н. Пинелис И.С.	76
СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ Мункуева Д.Б. Научный руководитель: профессор, д.м.н., Пинелис Ю.И.	78
3.АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АДГЕЗИВНЫХ ТЕХНИК В РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ Адигамова Г.Р., Бородина Е.Н., Шкупило Е.В. Научные руководители: к.м.н., доцент Кукушкин В.Л., к.м.н. Кукушкина Е.А.	84
НАПРАВЛЕННАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ ТКАНЕЙ В ПАРОДОНТОЛОГИИ Валеев В. Х. Руководители: к.м.н., доцент Кукушкин В.Л., к.м.н.Кукушкина Е.А.	95
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА Вологодина А.Н., Нурболотова А.Н., Челпанова А.В. Научные руководители: к.м.н. Кукушкина Е.А., к.м.н., доцент Кукушкин В.Л.	101
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ Жалсанова С.Д., Кашурникова А.С. Научные руководители: к.м.н., доцент Кукушкин В.Л., к.м.н. Кукушкина Е.А.	109
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ К КУРЕНИЮ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО И ПЯТОГО КУРСОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА Намсараева С.Б., Сымбелова А.А. Научный руководитель: к.м.н., доцент Сандакова Д. Ц.	114
ТЕХНОЛОГИЯ МИКРОИНФИЛЬТРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА Протасова К.А., Корнакова В.Е. Научные руководители: к.м.н., доцент, Кукушкин В.Л., к.м.н. Кукушкина Е.А.	116
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У	123

<p>ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 Шулунова М.А, Федорова Д.Н. Научный руководитель: к.м.н, доцент Сандакова Д.Ц</p>	
<p>4.АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА</p>	
<p>ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ОБ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ Бороздина В.Ю., Кучерявенко Е.Ю. Научный руководитель: Гаспарян Е.С., Дамдинжапова Д.С., к.м.н. Петрова А.М.</p>	127
<p>ТРУДОВЫЕ И ФИНАНСОВЫЕ ЗАТРАТЫ ПРИ СОВРЕМЕННОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ В ГОРОДЕ ЧИТЕ Граборова Т.И., Яковлева В.А. Научные руководители: Дамдинжапова Д.С., Гаспарян Е.С., к.м.н. Петрова А.М.</p>	129
<p>АНАЛИЗ ДАННЫХ ОПРОСА ВРАЧЕЙ-ОРТОДОНТОВ О ПРИМЕНЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В ГОРОДЕ ЧИТЕ Дашидондоков С.Б., Новикова К.А., Раднаева А.Р. Научные руководители: Дамдинжапова Д.С., Гаспарян Е.С., к.м.н. Петрова А.М.</p>	131
<p>ВЛИЯНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРОРЕЗЫВАТЕЛЕЙ НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА Зайко И.Е., Кучерявенко Е.Ю., Корнева С.Р. Научные руководители: к.м.н. Петрова А.М., к.м.н. Малежик М.С., Кордюк М.Ю., Пронин М.Ю.</p>	133
<p>ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ КОМПЛАЕНТНОСТИ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Кучерявенко Е.Ю., Бороздина В.Ю. Научный руководитель: Гаспарян Е.С., Дамдинжапова Д.С., к.м.н. Петрова А.М.</p>	136
<p>УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ РОДИТЕЛЕЙ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА ЧИТЫ Шестакова И.Е., Соснина А.А. Научные руководители: к.м.н. Петрова А.М., к.м.н. Малежик М.С., Кордюк М.Ю., Пронин М.Ю.</p>	138

1. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ахмадулина В.А., Чурина К.В.

Кафедра ортопедической стоматологии

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

Актуальность. Несмотря на значительные успехи современной стоматологии, лечение пациентов с целью протезирования в настоящее время продолжает оставаться актуальной проблемой. При традиционном ортопедическом лечении очень часто имеют место проблемы фиксации съемных и не съемных ортопедических конструкций. Литературные данные свидетельствуют о том, что более 25% не пользуются съемными протезами, которые были им изготовлены и более 15% не придерживаются рекомендациям лечащего врача.

Цель работы.

Повышение эффективности ортопедического лечения пациентов на основе разработки лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предотвращение и устранение осложнений в процессе функционирования протезных конструкций в полости рта.

Задачи исследования:

1. Изучить результаты ортопедического лечения пациентов с использованием различных видов протезных конструкций.
2. Определить причинно-следственные связи, приводящие к изменению функционального состояния тканей протезного ложа.

3. Разработать комплекс лечебных и профилактических мероприятий для предотвращения возникновения осложнений в процессе функционирования ортопедических конструкций.

4. Оценить по результатам клинико-рентгенологических и функциональных методов исследования эффективность предложенных лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы.

Были отобраны карты ортопедических больных за период 2018-2019 год. Из них 33 карты мужчин и 46 женщин с различными ортопедическими конструкциями (одиночные коронки с опорой на имплантат, несъемные мостовидные конструкции, частичные съемные пластинчатые протезы, бюгельные протезы и полные съемные пластинчатые протезы).

Результаты исследования.

Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, что осуществление диспансерного наблюдения и проведение профилактических, а при необходимости лечебных мероприятий в процессе функционирования ортопедических конструкций, позволяют минимизировать возможные осложнения, значительно увеличить сроки функционирования данных конструкций и тем самым повысить эффективность проводимого лечения.

ОЦЕНКА БИОМЕХАНИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ДАННЫМ ИНДИВИДУАЛЬНО НАСТРОЕННОГО АРТИКУЛЯТОРА И ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ

Белоусов Д.С., Батуев Е.Г., Першин В.А., Чимитдоржиев Б.М.

Кафедра ортопедической стоматологии

Научные руководители: к.м.н. Найданова И.С., к.м.н. Шаповалов А.Г.

Актуальность. Качественная функциональная диагностика височно-нижнечелюстного сустава и высокоточное моделирование ортопедических

конструкций требует наличие специализированного оборудования и углубленного анализа. Одним из устройств, способных воспроизводить движения нижней челюсти по индивидуальным траекториям, является артикулятор. Однако, для настройки артикулятора необходимо предварительно получить значения основных параметров височно-нижнечелюстного сустава и окклюзии зубных рядов.

Цель работы.

Оценить суставные и резцовые пути ведения в сагиттальной плоскости у пациентов с синдромом болевой дисфункции на фоне целостных зубных рядов по данным окклюзионных регистратов и телерентгенографии.

Материалы и методы.

Нами обследованы 12 пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава в возрасте от 18 до 35 лет с физиологическим прикусом. Снятие оттисков верхней и нижней челюсти, регистрацию окклюзий зубных рядов производили А-силиконом 3М Express. Для анализа моделей челюстей использовали индивидуально настраиваемый артикулятор SAM 3. Пространственное положение модели верхней челюсти определяли с помощью наложения лицевой дуги по Франкфуртской горизонтали. Телерентгенографию выполняли в боковой проекции в положении привычной окклюзии с помощью установки GENDEX GXDP-700, в программе VixWin Platinum. На телерентгенограммах определяли углы сагиттального резцового и суставного путей по отношению к Франкфуртской горизонтали (FH-SII, FH-SCI). Статистическая обработка проводилась в программе «SPSS» с использованием критерия Манна-Уитни ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования.

По результатам исследования сагиттальных углов, полученных по окклюзионным регистратам, значения составили: суставной угол справа $38,5^\circ$ [32,5-43,5], слева – $36,0^\circ$ [28,6-40,5]; резцовый угол справа $54,0^\circ$ [50,6- 57,0], слева – $50,3^\circ$ [44,1- 53,5]. Анализ телерентгенограмм позволил выявить следующие данные: суставной угол справа $31,0^\circ$ [28,6- 32,0], слева – $32,8^\circ$

[29,0- 35,0]; резцовый угол справа 46,0° [43,1- 47,8], слева – 44,8° [41,9- 46,0]. Достоверные различия между одноименными показателями, полученными различными методами диагностики, выявлены среди значений сагиттального суставного угла и резцового угла правой стороны, в 1,24 раза и 1,17 раза соответственно.

Выводы.

Достоверность различий величин углов сагиттального пути ведения височно-нижнечелюстного сустава и центральных резцов, полученных с помощью окклюзионных регистратов и анализом телерентгенограмм, может являться следствием высокого риска погрешностей при регистрации окклюзии зубных рядов. Следует отметить факт значимости функционального состояния жевательной мускулатуры в момент регистрации окклюзии зубных рядов. Вынужденное положение и амплитуда движения нижней челюсти существенно меняется при гипертонусе определенной мышцы/ группы мышц. В свою очередь, ошибочная регистрация окклюзии приводит к менее точному формированию индивидуальных траекторий движений нижней челюсти и конструированию ортопедических конструкций. Современные цифровые технологии позволяют с высокой точностью определить искомые параметры и снизить вероятность ошибок в диагностике и лечении пациентов стоматологического профиля.

ЗАВИСИМОСТЬ СРОКА СЛУЖБЫ НЕСЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ОТ УРОВНЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

Будаев А. М., Ефремов Н. В.

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель к.м.н. Найданова И. С.

Актуальность. Согласно Всемирной организации здравоохранения, более 75% населения земного шара, старше 18 лет, страдают частичным

отсутствием зубов. В современной стоматологии существует несколько способов восстановления частичного дефекта зубного ряда. Среди них выделяют изготовление съемных протезов и несъемных конструкций с опорой на дентальные имплантаты или на зубы, ограничивающие дефект зубного ряда (мостовидные протезы). Однако, наиболее часто встречаются случаи с использованием мостовидных конструкций. Средний срок эксплуатации мостовидного протеза variabelен и зависит от многих факторов, в том числе от уровня гигиены полости рта.

Цель работы: определение влияния дополнительных средств индивидуальной гигиены (ирригаторов) на срок эксплуатации мостовидного протеза (ретроспективное исследование).

Задачи:

1) оценить уровень гигиены полости рта у пациентов с мостовидными протезами, использующих основные средства гигиены;

2) оценить уровень гигиены полости рта у пациентов с мостовидными протезами, использующих основные средства гигиены с дополнением в виде ирригатора;

3) выявить средний срок службы мостовидных протезов у лиц, использующих только основные средства гигиены, и у лиц, использующих дополнительно ирригатор;

4) выявить влияние использования ирригатора на уровень гигиены и срок эксплуатации мостовидных протезов.

Материалы и методы.

Проведен анализ 43 амбулаторных карт пациентов, получивших ортопедическое лечение изготовлением мостовидной конструкции. По данным об использовании различных средств гигиены выявлено, что ирригатором полости рта пользовались 15,5% обследованных. Данные об уровне гигиены (Green J.C., Vermillion J.K.) до лечения считывали из объективной картины первичного приема. Уровень гигиены в разные периоды анализировали по данным повторного обращения пациентов. В 1-ю группу

были включены пациенты с использованием основных средств и ирригатора, во 2-ю группу –использование только основных средств гигиены.

Результаты исследования.

По результатам анализа данных уровня гигиены на этапе первичного приема выявлено: хороший уровень гигиены – 28%, удовлетворительный уровень гигиены – 49%, плохой уровень гигиены был отмечен у 23% обследованных. По результатам контрольного осмотра спустя 1 год пациентов 1-й группы зафиксировано, что у лиц, использовавших ирригатор ежедневно, соответствовал хороший уровень гигиены; при использовании ирригатора 1-3 раза в неделю был отмечен удовлетворительный уровень гигиены. У пациентов 2-й группы ни в одном случае не выявлено хорошего уровня гигиены, преобладал удовлетворительный уровень гигиены (78% случаев).

Во 2-й группе средний срок эксплуатации мостовидного протеза составил 7-10 лет, в 1-й группе – от 9 до 14 лет. Использование дополнительных методов гигиены (ирригатора), напрямую способствует увеличению срока пользования мостовидными протезами.

Выводы.

Использование дополнительных средств гигиены (в т.ч. ирригатора) значительно увеличивает срок эксплуатации мостовидных конструкций в полости рта.

ПРОДВИЖЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ CAD-CAM СИСТЕМ ПО ЗАБАЙКАЛЬСКОМУ КРАЮ

Жамбалжапова С.А.

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: д.м.н. профессор Писаревский Ю.Л.

Актуальность данной работы обусловлена тем, что система CAD-CAM это уникальная и современная технология в ортопедической стоматологии, и

с помощью него изготовить протезы возможно в одно посещение и с высокой точностью.

Цель работы.

Обзор данных литератур и статей по технологии CAD-CAM систем в ортопедической стоматологии и классическим методом изготовления керамических протезов. Задачи: 1. Выявить преимущества CAD-CAM системы в сравнении с классическим методом; 2. Организовать не долгосрочные аренды для ознакомления с CAD-CAM системами лечебные учреждения; 3. Выявить с какими трудностями могут столкнуться специалисты лечебного учреждения.

Материалы и методы.

CAD/CAM —Computer-Aided Design (проектирование с использованием компьютерной технологии) и Computer-Aided Manufacture (изготовление с использованием компьютерной технологии). Компьютерные технологии помогают моделировать объекты с анатомической точностью, а также изготавливать их по индивидуальным параметрам. Как и в случае с керамикой, эстетика ортопедических конструкций зависит от светопрозрачности материалов, из которых она изготовлена. Сделать зуб похожим на настоящий, возможно если материалы близкие по оптическим свойствам к натуральному зубу. Когда эстетика и функция одинаково важны, реставрации из диоксида циркония могут быть дополнительно индивидуализированы окрашиванием или покрыты слоем керамики. Также врач может рекомендовать полноанатомические реставрации из диоксида циркония без керамической облицовки. Поэтому протезы подойдут для фронтальных групп зубов так и для боковых отделов.

Продвижение CAD-CAM систем. Предлагаю технологии CAD-CAM систем продвинуть в крупные больницы нашего края. План по продвижению: 1.Создать курсы по повышению на базе ЧГМА; 2. Закупить оборудование (по программе поддержки); 3. Предоставить договор о временной аренде оборудования. Возможные проблемы: 1. Проблема по приобретению лицензии

на обучение 2. Приобретение программы поддержки по запуску; 3. Наличие специалистов у лечебных учреждений.

Результаты исследования.

Характеристики	CAD-CAM технологии	Классический метод
Сроки изготовления	Сокращено до одного посещения	3 и более посещения
Материалы	диоксид циркония, титан, сплав (КХС), керамика, пластмасса, воск.	титан, сплав (КХС), сплавы золота и серебра, керамика, пластмасса, воск.
Точность	Высочайшая точность работы (отклонение 5-9 мкм), не требует коррекции	Требует коррекции
Сложность проектирования	Высокая сложность проектирования	-
Комфорт пациента	Пациент не испытывает дискомфорта	

Характеристика	Диоксид цирконий	Металлокерамика
Светопроницаемость	+	-
Аллергия	-	+
Прочность	+	+
Износостойкость	+	-
Биосовместимость с организмом	+	-
Эстетика	++	+

Эстетика	Более высокая (больше сходства с зубом)	Высокая
Цена	Дешевле	Дороже

Выводы.

CAD-CAM система является инновацией для стоматологии, с помощью которого можно добиться высокой эстетики зубопротезирования. Для внедрения CAD-CAM систем в больницы нашего края требуется содействие со стороны руководства здравоохранения. Финансовая и материальная помощь районным больницам для реализации и освоения новой технологии, а также создание условий для обучения специалистов районных больниц.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СРОКОВ ДЕЗАДАПТАЦИИ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ

Жапов Б.Б., Кучерявенко Е.Ю., Канарский Р.К., Бабуев З.И.,

Першин В.А.

Кафедра ортопедической стоматологии

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

Актуальность. Проблема прогноза длительности использования полными съемными протезами (ПСП) остается предметом дискуссий в стоматологии. Это обусловлено тем, что ПСП усиливают атрофию беззубых челюстей, а изменения площади и рельефа протезного ложа усугубляют неблагоприятные клинические условия и повышают риски запуска механизмов онкопатологии. Прогнозирование оптимальных сроков использования ПСП для предупреждения нанесения вреда здоровью пациентам наиболее уязвимой возрастной группы приобретает особое значение.

Цель работы.

Прогнозирование сроков дезадаптации к полным съемным протезам у пациентов с различными клиническими условиями по данным ретроспективного анализа историй болезней Клиники ФГБОУ ВО ЧГМА.

Материалы и методы.

Всего ретроспективному анализу были подвергнуты 221 амбулаторных историй болезней пациентов, проходивших ортопедическое лечение по поводу полного отсутствия зубов. Все истории болезней были распределены по срокам после наложения ПСП: в день наложения, через 6 мес., 12 мес., 2 года, 3 года, 4 года и 5 лет. Все карты были распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты с благоприятными клиническими условиями (1 класс атрофии по Оксману; 1-й тип слизистой оболочки по Суппли). Во 2-ю группу вошли пациенты с неблагоприятными условиями (4 класс по Оксману; 2-й тип по Суппли). Фиксацию и стабилизацию ПСП оценивали по критериям Вольфеля-Пафенберга (отличная, хорошая, удовлетворительная и неудовлетворительная). Результаты анализа подвергнуты статистической обработке по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования.

Анализ полученных данных показал, что в день наложения ПСП у большинства пациентов 1-й группы определяется отличная фиксация и хорошая стабилизация (65,0 и 100% соответственно). Через 6 мес. в 100%

случаев определяется отличная фиксация, в 80% отличная стабилизация. Спустя 1 год у всех пациентов обнаружена отличная фиксация и стабилизация. Через 2 года фиксация и стабилизация ПСП остается на том же уровне. На этапе 3-х лет хорошая фиксация и стабилизация выявлена в 57 и 78,6 % случаев соответственно. Спустя 4 года удовлетворительная фиксация и стабилизация регистрируется в 43 и 28,6%. Через 5 лет регистрируется неудовлетворительная фиксация и стабилизация (16,7% и 58,3 % соответственно). Во 2-й группе у большинства пациентов выявлена удовлетворительная фиксация и стабилизация (80,9 и 100% соответственно). Через 6 мес. в 100% случаев определяется хорошая фиксация, в 31,6% хорошая стабилизация ПСП. Через 12 мес. в 100% также определяется хорошая фиксация, в 70,6% хорошая стабилизация ПСП. Через 24 мес. в 57% обнаружена удовлетворительная фиксация и в 100% удовлетворительная стабилизация. Спустя 3 года неудовлетворительная фиксация и стабилизация обнаружена в 23 и 69% случаев. Через 4 года в 50% отмечается неудовлетворительная фиксация и в 100% неудовлетворительная стабилизация. В конце 5-летнего наблюдения неудовлетворительная фиксация и стабилизация регистрируется в 100% случаев.

Выводы.

1. Благоприятные клинические условия беззубых челюстей (1-я группа) позволяют добиться у большинства пациентов на момент наложения полного съемного протеза отличной фиксации и стабилизации; неблагоприятные условия (2-я группа) позволяют сформировать только удовлетворительную степень фиксации и стабилизации ПСП.

2. Первые признаки дезадаптации к ПСП регистрируются у пациентов с благоприятными условиями на 3-м году от начала пользования протезами; первые признаки дезадаптации к ПСП у пациентов 2-й группы проявляются на 2-м году от момента наложения протезов.

3. Полная дезадаптация к ПСП у пациентов 1-й группы регистрируется на 5-м году пользования протезом, в то время как полная дезадаптация к ПСП у пациентов 2-й группы фиксируется через 3 года.

4. Максимальный срок пользования ПСП при благоприятных клинических условиях составляет 5 лет, при неблагоприятных клинических условиях 3 года.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

**Кучерявенко Е.Ю., Канарский Р.К., Бабуев З.И., Жапов Б.Б.,
Николаева Б.В.**

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л.

Актуальность. Проблема диагностики дисфункций височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) различного генеза продолжает оставаться актуальной в стоматологии. Это обусловлено особенностями клинического течения дисфункций ВНЧС различного генеза и большим числом схожих симптомов. Особую сложность представляют болевые и мышечно-суставные дисфункции ВНЧС, где первичным звеном патогенеза может являться артрогенный либо миогенный фактор.

Цель работы.

Анализ элементов зубочелюстной системы при мышечно-суставных дисфункциях ВНЧС артрогенного и миогенного генеза.

Материалы и методы.

Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, проходивших лечение в лечебно-диагностическом «Гнатологическом центре» Клиники ФГБОУ ВО ЧГМА за 3 года (2017, 2018, 2019). Всего ретроспективному анализу были подвергнуты 38 историй болезней пациентов, страдающих длительным болезненным

ограничением открывания рта. Все пациенты были распределены на 2 группы. 1-я группа (основная) представлена 18 историями болезней пациентов с диагнозом «Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава». 2-я группа (сравнения) представлена 20 историями болезней пациентов с диагнозом «Мышечно-суставная дисфункция височно-нижнечелюстного сустава». В процессе работы изучали величины ограничения открывания рта; особенности распространенности болезненной пальпации ВНЧС и жевательных мышц у пациентов основной группы и группы сравнения. Также рассчитывали и сравнивали величины индекса окклюзиограмм (ОКГ) по Н.Г. Аболмасову и распространенность асимметрии головок нижней челюсти в положении привычной окклюзии у пациентов основной группы и группы сравнения. Результаты анализа подвергнуты статистической обработке по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования.

Анализ данных позволил выявить достоверные отличия в двух группах. Так, у пациентов 2-й группы миогенная боль, сопровождающаяся гипертонусом и присутствием миофасциальных триггерных точек (МТТ) имеет высокую распространенность (75,0%). Эти данные согласуются с распространенностью асимметричного положения головок в суставных ямках (74,5%), приводя к незначительному ограничению открывания рта (в среднем до 33 мм) и нарушениям окклюзионных взаимоотношений по индексу ОКГ у $65,1 \pm 8,16\%$ больных. У пациентов 1-й группы ограничения открывания рта существенно меньше $\frac{1}{2}$ от максимального открывания рта (в среднем до 21 мм), что достоверно меньше такового параметра у пациентов 2-й группы ($p < 0,01$). Боль в области ВНЧС отмечена в 72,2% случаев, что более чем в 2 раза больше такового параметра во 2-й группе; в то же время боль в жевательных мышцах, напротив, встречается в 2 раза реже по сравнению со 2-й группой. Асимметрия положения головок нижней челюсти у пациентов 1-й группы встречается чуть больше, чем у $\frac{1}{4}$ от общего числа анализируемых историй болезней. Однако у больных 1-й группы по индексу ОКГ выявлены нарушения

окклюзионных взаимоотношений в большинстве случаев ($89,0 \pm 3,96$), что достоверно превышает таковой параметр у пациентов 2-й группы ($p < 0,01$).

Выводы.

Таким образом, у пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС (1-я группа), ограничения открывания рта менее чем на $\frac{1}{2}$ от максимальных значений, обусловлены, по-видимому, дислокацией суставного диска, исключают скользящие движения головки нижней челюсти с одной стороны, вызывают ее дистализацию и компрессию задисковой зоны, а также способствуют нарушениям окклюзионных взаимоотношений практически у всех пациентов. У больных с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС (2-я группа) ограничение открывания рта более чем на $\frac{1}{2}$ от максимальных значений обусловлены, очевидно, дискоординацией жевательных мышц, что проявляется высокой распространенностью миогенной боли, асимметрией головок нижней челюсти в суставных ямках на фоне менее существенных окклюзионных нарушений по сравнению с пациентами 1-й группы. Полученные данные могут быть использованы для дифференциальной диагностики дисфункций височно-нижнечелюстного сустава.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Санжеева Ц.Ю., Боршонов Р.С.

Кафедра ортопедической стоматологии

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

Актуальность. В последние годы в стоматологическую практику все шире внедряются различные виды ортопедических конструкций, которые в большей мере отвечают эстетическим, функциональным, профилактическим требованиям и в значительно меньшей степени оказывают отрицательное воздействие на ткани пародонта. До настоящего времени многие вопросы

планирования, конструирования и применения протезов остаются недостаточно изученными и дискуссионными. Имеются разногласия по вопросам показаний и противопоказаний, подготовки зубочелюстной системы, методов препарирования зубов.

Цель работы.

Определить частоту применения ортопедических конструкций в разных возрастных группах пациентов в стоматологической поликлинике Закаменского района.

Задачи:

-Изучить теоретические основы особенностей планирования, конструирования и изготовления различных видов ортопедических конструкций.

-Провести анализ частоты применения разных видов протезов в разных возрастных группах пациентов.

Материалы и методы.

Нами был выполнен сбор материалов статистических данных Закаменской стоматологической поликлиники. Обследованные были разделены на две возрастные группы : 1. 25-40 лет ; 2. 40- 80 лет.

Ортопедические конструкции, которые были изготовлены :

1. Частичные съемные пластиночные протезы
2. Полные съемные пластиночные протезы
3. Металлокерамический цельнолитой мостовидный протез
4. Бюгельные мостовидные протезы
5. Ацеталовые протезы

Результаты исследования.

1. 25-40 лет : ЧСПП были изготовлены 28 , ПСПП-57 , Металлокерамический цельнолитой мостовидный протез -15 , Бюгельный мостовидный протез - 5 , Ацеталовый протез – 36.

2. 40- 80 лет : ЧСПП- 57, ПСПП-45, Металлокерамический цельнолитой мостовидный протез- 23 , Бюгельный мостовидный протез – 9, Ацеталовый протез – 38.

Выводы.

Проведен сравнительный анализ протезов по частоте применения ортопедических конструкций в Закаменской стоматологической поликлинике. Наиболее часто используемые протезы в стоматологической поликлинике это –частичные съемные пластиночные протезы .

Проведён анализ частоты применения ортопедических конструкций по возрастным группам.Взяли для анализа две возрастные группы от 25 до 40 лет и от 40 лет до 80 лет. Наиболее часто применяют ортопедический конструкции люди в возрасте от 40 до 80 лет.

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ В СООТВЕТСТВИИ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТАНДАРТОМ “ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ”.

Санжиева Т.Э.

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л.

Актуальность. Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита) является одним из самых распространенных заболеваний: по данным Всемирной организации здравоохранения, им страдают до 75% населения в различных регионах земного шара. В лечении данного заболевания совершаются ошибки, которые можно избежать, если следовать алгоритму, прописанному в профессиональном стандарте "Врач-стоматолог".

Цель работы.

Составить алгоритм действия при лечении частичной вторичной адентии и показать достоинства использования алгоритма, прописанного в профессиональном стандарте врач-стоматолог.

Материалы и методы.

Утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10.05.2016 № 227н "ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ Врач-стоматолог".

Результаты исследования.

Составлен алгоритм по лечению частичной вторичной адентии частичными съемными протезами, согласно профессиональному стандарту Врач-стоматолог:

Проведение обследования пациента с целью установления диагноза:

- Первичный осмотр пациентов
- Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза
- Установление предварительного диагноза
- Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза
- Постановка окончательного диагноза
- Интерпретация данных первичного осмотра пациентов
- Интерпретация данных дополнительных обследований пациентов

(включая рентгенограммы,,

телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))

- Анкетирование пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих

заболеваний

- Выявление у пациентов зубочелюстных, лицевых аномалий, деформаций и предпосылок их развития, дефектов коронок зубов и зубных рядов; выявление факторов риска онкопатологии (в том числе различных фоновых процессов, предопухолевых состояний).

Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения:

- Подбор вида местной анестезии/обезболивания
- Оценка возможных осложнений, вызванных применением местной анестезии
- Оценка возможных побочных эффектов от приема лекарственных препаратов
- Составление комплексного плана лечения
- Консультирование пациента по методам лечения стоматологических заболеваний
- Ортопедическое лечение лиц с дефектами зубов, зубных рядов в пределах частичных и полных съемных пластиночных протезов
- Оценка возможных осложнений, вызванных применением методики лечения
- Формирование эпикриза
- Оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах

Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения:

- Подбор лекарственных препаратов для профилактики стоматологических заболеваний
- Формирование плана профилактической стоматологической помощи пациенту
- Выполнение профилактических процедур стоматологических заболеваний
- Подбор медицинских изделий в категории «Стоматологические материалы» для профилактики

стоматологических заболеваний

- Краткое профилактическое консультирование

Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни:

- Формирование у пациентов (их родственников / законных представителей) мотивации к ведению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек
- Формирование у пациентов (их родственников / законных представителей) позитивного поведения, направленного на сохранение и повышение уровня здоровья

Выводы.

Следуя алгоритму, прописанному в “Профессиональном стандарте Врач-стоматолог”, можно не допустить ошибок при лечении стоматологических заболеваний и добиться благоприятного исхода в лечении.

ВИДЫ ОККЛЮЗИЙ. РАБОЧАЯ И БАЛАНСИРУЮЩАЯ СТОРОНА. ТРЕХКОНТАКТНЫЙ ПУНКТ БОНВИЛЯ. ФЕНОМЕН ХРИСТЕНСЕНА

Тугарина А.М

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л.

Актуальность. Зубочелюстно-лицевая система функционирует в результате сложного взаимодействия челюстей, жевательных мышц, зубов, ВНЧС. Беспрепятственная совместная функция всех структур ЗЧС — признак нормы.

За последние годы уровень оказания стоматологических услуг заметно вырос. И связано это не столько с улучшением оснащённости клиник,

здоровой конкуренцией, обилием доступной качественной информации и наличием качественных материалов. Большое внимание стало уделяться вопросам правильного восстановления окклюзии не только при изготовлении ортопедических конструкций, но и при восстановлении жевательной поверхности светоотверждаемыми композитами. Врачи-терапевты начали понимать преимущества восстановления жевательной поверхности микровкладками, при этом композитные реставрации остаются широко используемым видом реконструкции разрушенных зубов.

Цель работы.

Изучение окклюзии зубных рядов в различных аспектах.

Задачи: узнать об основных видах окклюзии, изучить рабочую и балансирующую стороны, выяснить, что из себя представляет трехпунктный контакт по Бонвиллю, дать определение феномена Христенсена.

Результаты исследования.

В ортопедических целях из сложной биодинамики прикуса выделяют два главных состояния: артикуляцию и окклюзию. Наиболее распространено определение артикуляции, данное А. Я. Катцем, а именно это всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней, осуществляемые посредством жевательной мускулатуры. Под окклюзией понимают частный вид артикуляции, означающий положение нижней челюсти, при котором то или иное количество зубов находится в контакте, то есть смыкании. Различают 4 основных вида окклюзии: центральную, переднюю, левую боковую, правую боковую. Характер смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии называется прикусом. Большинство авторов все виды прикусов делят на физиологические и патологические.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНО-РЕЧЕВОГО АППАРАТА

Шеломенцева Н.О., Мансорунова С. Б - Д.

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Писаревский Ю.Л.

Актуальность: Исследования состояния жевательно-речевого аппарата в норме и при заболеваниях зубочелюстной системы имеют большое значение: они помогают выявить индивидуальные особенности функции мышц и тем самым подобрать правильную тактику при лечении.

Цель работы.

Провести сравнительный анализ методов определения состояния жевательно-речевого аппарата.

Задачи исследования:

- 1) изучить методы определения состояния жевательно-речевого аппарата на этапах лечения ортопедического больного;
- 2) проанализировать литературу зарубежных и отечественных авторов по методам определения жевательной эффективности;
- 3) определить плюсы и минусы методов определения состояния жевательно-речевого аппарата.

Материалы и методы.

Объективное представление о функциональном состоянии жевательного аппарата можно получить на основании данных о степени измельчения пищи в процессе жевания, характере движений нижней челюсти, тонусе, электрической активности и силе жевательных мышц. С этой целью используется ряд методов:

- 1) мастикациография;
- 2) электромастикациография;
- 3) гнатодинамометрия;
- 4) миотонометрия;
- 5) жевательные пробы;
- 6) аппаратный комплекс MYOTRONICS k7+j5.

Заключение.

При изучении литературы и наблюдений других испытателей, было выявлено, что результаты определения жевательной эффективности с помощью стандартных, относительно «старых» методик, несколько более точные, но трудоемкость метода и скорость его проведения оставляют желать лучшего и по сравнению с ними новый метод, который заключается в использовании аппаратного комплекса MYOTRONICS K7+J5, значительно расширяет лечебно-диагностические возможности врача-стоматолога, что позволяет повысить качество стоматологической помощи и открывает новые горизонты в лечении таких сложных патологических состояний, как болевые синдромы головы и шеи.

2. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ФОРМИРОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ У ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ

Азарова Е.В., Пляскина Е.А.,

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность проблемы ранней диагностики онкологических заболеваний слизистой оболочки полости рта обусловлена увеличением частоты встречаемости патологии и ее обширной географической распространенностью. В нашей стране в настоящее время отмечается явная тенденция к увеличению заболеваемости раком полости рта

Цель работы заключается в проведении анализа ошибок по раннему выявлению онкологических заболеваний визуально доступных локализаций челюстно-лицевой области на стоматологическом приеме в медицинских организациях г. Читы и Забайкальского края.

Задачи: 1. Провести анкетирование врачей-стоматологов г. Читы и Забайкальского края; 2. Выявить ошибки по раннему выявлению онкологических заболеваний визуально доступных локализаций челюстно-лицевой области, допускаемые при обследовании первичных пациентов стоматологического профиля и провести анализ этих ошибок; 3. Составить практические рекомендации для врачей стоматологов различного профиля

Материалы и методы: обследовано 246 больных с подозрением на онкологические заболевания головы и шеи в возрасте от 29 до 78 лет

- Проведено анонимное анкетирование 103 врачей-стоматологов Забайкалья

- Профилактические осмотры, направленные на выявление онкологических стоматологических заболеваний выполнены в 7 стоматологических учреждениях Забайкалья

- Нами проанализированы данные направлений пациентов на консультацию, амбулаторные карты и результаты анкетирования врачей стоматологов

Результаты исследования: У большинства пациентов была плохой гигиена полости рта: индекс ОНI- S был более 2,6, а индекс GI - 2,4

- У многих обследуемых отсутствовала значительная часть зубов.

- На профилактических осмотрах у 40 (16,26%) из 246 человек выявлены процессы, требующие дополнительного обследования для исключения или подтверждения онкологического заболевания

- Среди них выявлены: гиперкератотическая и эрозивно-язвенная формы красного плоского лишая, веррукозная лейкоплакия, хейлиты кандидоз, хроническая механическая травма оболочки полости рта.

После обследования, пациентам проведено адекватное лечение и их поставили на «Д» учет.

У 19 (7,72%) пациентов выявлена малигнизация лейкоплакии, красного плоского лишая, хронических трещин губ, метеорологического хейлита, что было подтверждено данными биопсии

Кроме того, у 12 (4,87%) больных онкологические проявления на слизистой оболочке полости рта были вторичными, т.к. ранее они лечились по поводу рака других локализаций

При анкетировании установлено, что соотношение врачей, работающих в государственных и частных ЛПУ, было почти равным (49% и 51%)

В г. Чите трудилось 72,4% стоматологов:

- Со стажем работы до 5 лет было 23,7%, от 6 до 10 лет – 32,9, от 11 до 15 лет – 19, 7% и более 15 лет – 23, 7% врачей.

- Из них 35 было терапевтами, 25 – ортопедами, 26 – хирургами и 17 – детскими стоматологами.

•Более половины опрошенных врачей (57,9%) указали, что при обследовании в основном обращают внимание только на ту область, на которую жалуется пациент.

•Не пальпируют регионарные лимфоузлы 43% интервьюеров.

•30,2% врачей при обследовании пациента вообще не обращают внимания на патологические изменения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

•Почти половина анкетированных (48,7%) отметили, что при сборе анамнеза заболевания и жизни редко интересуются наличием больных факторов риска развития онкологических заболеваний.

•35,5% вообще не уточняют особенности анамнеза.

•При подозрении на опухоль только 15,8% стоматологов направляли пациентов к онкологу, а остальные – проводили обследование на месте или консультировались с коллегами.

•48,7% врачей указали, что у них были пациенты с первично-выявленными онкологическими заболеваниями ЧЛО.

Выводы:

1. Основной ошибкой, допускаемой врачами-стоматологами при обследовании первичных пациентов, является не соблюдение алгоритма обследования вследствие акцентирования внимания на жалобах больного.

2. Причинами данных ошибок являются незнание принципов онконастороженности и ограниченное время, выделенное на обследование одного больного.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Алтынникова И.О., Секисова Ю.В.

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность. Купирование болевого синдрома у пожилых людей при стоматологических вмешательствах является примером дискуссий в мире медицины. Выбор препаратов и их действие на организм имеют достаточно много особенностей, которые необходимо учитывать для более эффективного лечения пожилых пациентов.

Целью работы является изучение методов купирования болевого синдрома у пожилых людей при типовых стоматологических вмешательствах.

Задачи:

1. Изучение фармакодинамики и фармакокинетики анальгетиков, которые обычно назначает врач-стоматолог
2. Изучение особенностей выбора препаратов
3. Изучения особенностей назначения анальгезирующих средств пациентам пожилого возраста

Материалы и методы. Основные материалы для изучения - мониторинг научных статей, посвящённых купированию болевого синдрома у пожилых людей при стоматологических вмешательствах. Изучение фармацевтических статей о анальгезирующих препаратах, применяющихся в стоматологии

Боль в стоматологии является частым спутником целого ряда заболеваний, а также, как правило, сопровождает лечебные манипуляции, поэтому профилактика боли и эмоционального стресса является одной из актуальных проблем стоматологии. Боль является многокомпонентной реакцией организма и является пусковым механизмом возникновения стрессового фактора для пациентов. После завершения хирургического вмешательства по окончании действия местных анестетиков одной из основных проблем раннего послеоперационного периода является болевой синдром. Для его лечения в современной амбулаторной практике используются ненаркотические анальгетики, которые, кроме обезболивающего действия, обладают жаропонижающими, противовоспалительными и десенсибилизирующими свойствами.

Анальгетики природного, полусинтетического или синтетического происхождения, предназначены для снятия болевых ощущений — анальгезии.

Наркотические анальгетики. Наркотические (опиоидные) анальгетики используют главным образом в челюстно-лицевой хирургии при интенсивной боли, для нейролептаналгезии (фентанил с дроперидолом), а также в качестве компонентов премедикации при наркозе (промедол и др.). Основными лимитирующими факторами применения сильных агонистов мю-опиатных рецепторов (морфин, фентанил, альфентанил) являются угнетающее действие на дыхательный центр и возможность формирования психической и

В послеоперационном периоде в качестве более безопасных средств утоления боли могут быть предпочтительны «смешанные агонисты-антагонисты» опиатных рецепторов (пентазоцин, бупренорфин, буторфанол), а также неопиоидный анальгетик центрального действия трамадол. Кодеин, который характеризуется как слабый агонист мю-рецепторов, применяется в комбинациях с ненаркотическими анальгетиками (парацетамол, анальгин и др.) для болеутоления при пульпитах, невралгии, миалгии, для премедикации при препарировании зубов под искусственные коронки, а также для подавления кашлевого рефлекса в послеоперационном периоде

Ненаркотические анальгетики имеют более широкую распространённость. При купировании болевого синдрома у лиц пожилого возраста важно понимать, какие последствия могут возникнуть. Необходимо тщательно подходить к выбору анальгетиков, учитывая индивидуальные особенности организма, возраст, наличие хронических и сопутствующих заболеваний.

Ненаркотические анальгетики по своим фармакологическим свойствам существенно отличаются от анальгетиков группы морфина. Эти препараты по силе анальгетического действия значительно уступают наркотическим болеутоляющим средствам. Их эффект проявляется, главным образом, при болях воспалительного характера (артриты, миозиты, невралгии и др.).

Ненаркотические анальгетики не угнетают дыхания, не вызывают эйфории и лекарственной зависимости, не обладают снотворным эффектом, не влияют на кашлевой центр. У данной группы препаратов отчетливо проявляются противовоспалительный и жаропонижающий эффекты, которых нет у наркотических анальгетиков.

Достоинством этих препаратов является отсутствие наркотического эффекта, что дало основание широко применять их в амбулаторной практике.

Классифицируются ненаркотические анальгетики по химической структуре:

1. Производные салициловой кислоты: аспирин, ацетилсалицилат лизина (ацелизин), натрия салицилат, метилсалицилат, салициламид.

2. Производные пиразолона: амидопирин, метамизол (анальгин), фенилбутазон (бутадион).

3. Производные анилина: парацетамол.

4. Производные органических кислот: фенилпропионовой - ибупрофен, напроксен, кетопрофен; фенилуксусной - диклофенак натрия (ортофен, вольтарен); индолуксусной - индометацин (метиндол), сулиндак; антраниловой - мефенамовая кислота.

5. Оксикамы: пироксикам, теноксикам. Некоторые ненаркотические анальгетики часто называют анальгетиками-антипиретиками, так как они имеют не только болеутоляющее, но и жаропонижающее действие. К ним относятся производные пиразолона (анальгин), салициловой кислоты (кислота ацетилсалициловая) и анилина (парацетамол, фенацетин). У них слабо выражено противовоспалительное свойство. Они в результате выраженного противовоспалительного действия называются "нестероидные противовоспалительные средства" (НПВС). Они нашли не только применение как анальгезирующие и жаропонижающие средства, но и широко используются при лечении разных воспалительных заболеваний. К нестероидным противовоспалительным средствам относятся препараты, производные органических кислот

(ибупрофен, диклофенак, индометацин, мефенамовая кислота); оксикамы (пироксикам), производные салициловой кислоты и некоторые препараты пиразолонового ряда (бутадион).



МЕХАНИЗМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ.

Препараты в большей степени ограничивают развитие экссудативной и пролиферативной фаз воспаления, на альтерацию влияют мало. Противовоспалительный эффект связан с тем, что эти препараты:

1. угнетают образование из арахидоновой кислоты медиаторов боли, воспаления и лихорадки – простагландинов, в следствие снижения активности фермента ЦОГ-2 (индуцибельной)

2. угнетают синтез и высвобождение медиаторов воспаления (серотонина, гистамина) из тучных клеток;

3. угнетают активность гиалуронидазы – фермента, расщепляющего гиалуроновую кислоту, тем самым ограничивают процесс экссудации;

4. ингибируют синтез коллагена фибробластами грануляционной ткани, подавляют пролиферативную фазу воспаления.

Препараты снижают энергетический обмен клетки, уменьшая АТФ в тканях очага воспаления. Нестероидные противовоспалительные средства подавляют интенсивность пролиферативных процессов. Блокируя синтез ПГ, препараты уменьшают проницаемость сосудистой стенки и проникновение в ткани плазменных факторов. При этом снижается активность гуанилатциклазы и уровень цГМФ, угнетается деление фибробластов, синтез коллагена, мукополисахаридов, образование ревматических гранул и соединительной ткани. Антипролиферативное действие частично связано с торможением активности серотонина и брадикинина, стимулирующих деление фибробластов. Деструктивные процессы в хрящевой и костной ткани препараты, к сожалению, не тормозят. Более того, они подавляют способность хондроцитов секретировать ингибиторы разрушающих" протеолитических ферментов (коллагеназы и эластазы), последние накапливаются, вызывая деструкцию хрящевой и костной ткани. Кроме того, снижается синтез протеинов, необходимых для регенерации хрящевой и костной тканей, подавляется гемоперфузия в очаге воспаления, что также нарушает процесс регенерации, особенно в головках костей. Из всех препаратов только пироксикам не вызывает деструкции хряща и кости, так как блокирует интерлейкин-1, стимулирующий продукцию «разрушающих" протеолитических ферментов (коллагеназы и эластазы).

Анальгетический эффект препаратов тесно связан с их противовоспалительным действием, они, в основном, снижают боль, обусловленную воспалением. В результате подавления воспалительного процесса падает уровень простагландинов, особенно ПГЕ₂ и

ПГ₂ (простациклин), принимающих участие в возникновении боли, способствующих отеку, повышающих чувствительность болевых рецепторов к брадикинину и гистамину - основным медиаторам боли.

За последние годы арсенал НПВС пополнился значительным числом новых препаратов, однако кеторол до сих пор выделяется среди всех НПВС, так как оказывает максимально выраженное анальгетическое действие, сопоставимое по силе с таковых наркотических анальгетиков. Но в отличие от наркотических анальгетиков препарат не влияет на опиоидные рецепторы, а, следовательно, не угнетает дыхание и моторику кишечника, не дает седативный эффект и, что особенно важно, не вызывает эйфорию и лекарственную зависимость. После приема внутрь максимальная концентрация кеторола в плазме крови достигается через 30—60 мин. Кеторол хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте. Биодоступность препарата после приема внутрь составляет 80—100%. Кеторол метаболизируется главным образом в печени с образованием конъюгированных и гидроксированных форм, которые выводятся через почки. В моче обнаруживается до 92% от введенной дозы препарата, причем 40% — в виде метаболитов, а 60% — в виде неизмененного вещества. Около 6% от введенной дозы выводится с калом. Период полувыведения препарата составляет в среднем 5,3 ч, но у больных старше 65 лет, а также у больных с нарушенной функцией почек этот показатель существенно увеличивается (в 1,5—2 раза).

Кетопрофен. Основные эффекты (Противовоспалительный, Анальгезирующий, Умеренный жаропонижающий, Антиагрегационный, Десенсибилизирующий (при длительном применении)).

Показания для системного применения: инфекционно-воспалительные и дегенеративные заболевания височно-челюстного сустава, тканей пародонта, слизистой оболочки полости рта (в составе комплексной терапии); боли различного генеза у пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области: невралгия, неврит, миалгия, зубная боль (в т.ч. при лечении и удалении зубов),

послеоперационные боли, травматическое воспаление мягких тканей и височно-нижнечелюстного сустава, головная боль;

Для местного применения: раствор для полоскания — воспалительные заболевания полости рта и глотки (стоматит, глоссит, гингивит, пародонтит, пародонтоз, ангина, фарингит и пр.), воспаление после лечения и удаления зубов (в качестве вспомогательного ЛС).

Нимесулид. Стоматологические показания. Это обезболивающее, противовоспалительное и жаропонижающее средство помогает пациентам со стоматологическими проблемами при интенсивном болевом синдроме в случае таких нарушений: кариозное поражение эмали и дентина, особенно при наличии глубоких полостей с присоединением инфекционных агентов; воспаление внутренних структур зуба – сосудов, нервов; воспалительные процессы десневой ткани – пародонтит и гингивит; наличие трещины или скола; киста, периостит челюстей; затрудненное прорезывание третьих моляров; воспаление ретинированного зуба; стоматит. Препарат обладает длительным действием и низкой вероятностью побочных действий при соблюдении дозировок.

Несмотря на достижения фармакологии, применение анальгетиков у пожилых людей имеет ряд особенностей. Лицам пожилого возраста, получающим неселективные НПВС, следует назначать ингибиторы протонной помпы или мизопростол с целью профилактики побочных реакции со стороны желудочно-кишечного тракта.

Пациентам, принимающим селективные ингибиторы ЦОГ-2 вместе с аспирином, необходимо назначать ингибиторы протонной помпы или мизопростол для профилактики побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта. Не следует назначать больным более одного неселективного НПВС или селективного ингибитора ЦОГ-2 для купирования боли. До назначения НПВП, врачи должны изучить историю болезни, включая все сопутствующие заболевания, лекарства (включая фитопрепараты), прием алкоголя, курение. До начала терапии, пациенты должны иметь результаты

следующих лабораторных тестов: АСТ, АЛТ, креатинин, тромбоциты и лейкоцитарная формула. Противопоказания к НПВП: ХСН, клиренс креатинина <50 мл/мин, гипонатриемия, гиповолемия, нефротический синдром, печеночная недостаточность с асцитом. После начала терапии НПВП, пациенты должны быть оценены каждые 2-4 недели в течение первых трех -четырех посещений. НПВП следует назначать в наиболее низкой эффективной дозе • Краткая эпизодической терапии НПВП предпочтительнее долгосрочных курсов терапии НПВП. НПВП с коротким периодом полувыведения, могут представлять меньший риск ЖКК, чем НПВП более длительным периодом полувыведения.

Трамадол или трамадол / парацетамол (ацетаминофен) являются альтернативами опиатам, когда НПВП противопоказаны. Пациенты, получающие НПВП следует проконсультироваться с врачом, прежде чем принимать дополнительных лекарственных средства.

НАПРАВЛЕННАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Батоин Ч.З. Чимитцыренов Е.И.

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность. Частичное или полное отсутствие зубов по-прежнему остается одной из главных проблем современной стоматологии. Однако, использование дентальных имплантатов позволило на качественном новом уровне подойти к решению проблемы восстановления целостности зубных рядов. В настоящее время расширены клинические случаи, когда допустимо использование дентальных имплантатов, однако, врач имплантолог зачастую встречает определенные сложности в виде недостаточности объема альвеолярной костной ткани челюстей, связанного как с атрофией, так и с различными по происхождению и форме деформациями. Для устранения

деформаций альвеолярной костной ткани челюстей применяются различные методы реконструктивных вмешательств, исходом которых должен стать восстановленный или увеличенный костный объем, необходимый для успешной остеоинтеграции и полноценного функционирования имплантатов.

Целью работы является изучение материалов направленной костной регенерации.

Задачи исследования:

- 1) изучение метода направленной костной регенерации
- 2) изучения материалов, используемых в методике направленной костной регенерации.

Для постановки имплантата необходим достаточный объем костной ткани. После удаления зубов за счет резорбции стенок альвеол нередко происходит значительная горизонтальная резорбция альвеолярного отростка. При этом образуются дефекты альвеолярного отростка, существенно истончается гребень альвеолярного отростка. На нижней челюсти кость так же теряется по высоте и ширине и, приближаясь к сосудисто-нервному пучку, не даёт возможности проведения имплантации.

Следовательно, основной задачей костно-реконструктивных операций перед стоматологической имплантацией является восстановление объема костной ткани для предотвращения повреждений анатомических структур в ходе имплантации.

Направленная костная регенерация – комплекс методов, направленных на обеспечение условий течения регенеративных процессов в костной ткани за счет внесения в дефект источника регенерации (или остекондуктивного материала) и отграничения области регенерации от мягких и эпителиальных В качестве источника регенерации или остекондукции могут быть использованы биоматериалы, костная стружка, препараты крови (обогащенная тромбоцитами плазма, тромбоцитарный гель, фибриновый гель, тромбоцитарный концентрат) . В свою очередь, в качестве ограничительных

мембран могут быть использованы титановые конструкции (сетки, мембраны), синтетические пленки и мембраны, а также их комбинации.

Направленная костная регенерация позволяет сохранить геометрию костного регенерата в соответствии с анатомическими критериями реконструкции, мембранные свойства формирующих геометрию материалов позволяют предотвратить врастание соединительной (грануляционной, а в итоге фиброзной ткани) и эпителиальной ткани в молодой костный регенерат, что позволяет получить в итоге прогнозируемый клинический результат и условия для последующего проведения дентальной имплантации.

Согласно этой классификации, составленной на основе выраженности индуктивного потенциала, все материалы для замещения костной ткани разделены на остеоиндуктивные, остеоиндуктивные, остеоинертные и материалы для обеспечения направленной тканевой регенерации (НТР):

I. ОСТЕОИНДУКТИВНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ. Остеоиндукция - способность материала вызывать, а) остеогенез, б) цементагенез, в) рост периодонтальной связки.

А. Аутоотрасплататы 1.Внеротовой — подвздошная кость, ребро (а. свежий, б. замороженный); 2 Внутриротовой а. костный сгусток — костная смесь, б. бугры, в. зоны экстракции, г. область подбородка, д. тело и ветвь нижней челюсти

Б. Аллоимплантаты: 1 Аллоимплантат Деминерализованной Лиофилизированной Кости (АДЛК), 2 Аллоимплантат Лиофилизированной Кости (АЛК)

II. ОСТЕОИНДУКТИВНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ. Остеоиндукция- способность материала играть роль пассивного матрикса для новой кости.

А. аллогенные имплантаты: 1 органический матрикс (а. Аллоимплантат Лиофилизированной Кости (АЛК), б. Аллоимплантат деминерализованной Лиофилизированной Кости (АДЛК); 2 неорганический матрикс: а. пористый гидроксиапатит (Остеомин), Б. аллопластические имплантаты: 1 пористый гидроксиапатит (Остеграф/LD, Алгипор), 2 непористый гидроксиапатит

(Остеограф/D, ПермаРидж, Интерпор), 3 биологически активное стекло (ПериоГлас, БиоГран), 4 НТР-полимер, 5 сульфат кальция (Капсет). В. Ксеноимплантаты -1 пористый гидроксиапатит (Остеограф/N, Bio-Oss)

III. ОСТЕОНЕЙТРАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ. Абсолютно инертные имплантаты, которые используются только для заполнения пространства.

А. Аллопластические материалы 1 рассасывающиеся — бета-трикальций фосфат, 2 нерассасывающиеся — дурапатит, непористый гидроксиапатит (Интерпор, ПермаРидж, Остеограф/D), НТР-полимер, 3 металлические — дентальные имплантаты, фиксирующие винты и пластины, применяемые в челюстно-лицевой хирургии

IV. НАПРАВЛЕННАЯ ТКАНЕВАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ. Контактное подавление- способность материала предотвращать апикальную пролиферацию эпителия. А. Нерассасывающиеся (Гор-Текс, Тефген), Б. Рассасывающиеся: 1 естественные, а. коллагеновые (Bio-Gide, Avitene, Colla-Tec), б. ламинированная деминерализованная лиофилизированная кость (Ламбон); 2 Синтетические- а. сульфат кальция (Капсет), б. полимерные (Atrisorb, Эпи-Гайд, Resolut XT, Викриловая сетка).

Одними из наиболее эффективных и широко применяющихся препаратов остеопластического действия являются **аутооттрансплантаты**. Существенным плюсом этих средств является органотопичность, то есть полное анатомо-морфологическое сходство восстанавливаемым тканям челюстно-лицевой области. Однако описан риск резорбции корней зубов при применении в непосредственном с ними контакте аутооттрансплантата из гребня подвздошной кости. Другими недостатками использования этих материалов являются ограниченность объема необходимого пластического материала, трудоемкость оперативно-технических действий, необходимость нанесения дополнительной травмы пациенту с целью получения аутооттрансплантата.

Аллогенные трансплантаты имеют высокий остеоиндуктивный потенциал сравнимый с таковым у аутооттрансплантатов. Однако, во многом он обусловлен особенностями технологического получения и консервирования

материала. Наиболее значимым недостатком аллотрансплантатов является биологическая несовместимость тканей донора и реципиента. Другими ограничениями в использовании этих материалов являются длительность сроков заготовки, возможность инфицирования вирусом гепатита, ВИЧ-инфекции, юридическими нюансами. Наиболее известные на рынке аллотрансплантаты проходят биологические пробы на остеоиндуктивность, так как доказано, что трансплантаты не от всех доноров обладают ожидаемым действием

Иммунологические проблемы возникают и при применении ксенотрансплантатов (как правило— коровьих). Поэтому производители остеопластических средств нашли выход в извлечении из ксенотрансплантатов всех белков, на которые, собственно, и развивается иммунологическая реакция реципиента, сопровождающаяся отторжением материала. Полученные таким образом препараты представляют собой нечто иное, как природный гидроксиапатит, сохранивший структуру, свойственную костной ткани. Существуют два способа получения подобных материалов. В первом случае белки из костей крупного рогатого скота удаляют при низких температурах и использованием специальных растворителей. Но наличие резидуальных белков может провоцировать иммунологические реакции и препятствует прикреплению остеогенных клеток к поверхности пористого гидроксиапатита. Во втором случае элиминация белков проводится при высокой температуре и использованию воды. Отсутствие белково обуславливает наличие только остеокондуктивного действия этих препаратов. А также эти материалы рассасываются и замещаются новой костной тканью очень медленно, от 20 до 40 месяцев.

Появление синтетических остеопластических материалов обязано биоматериаловедению. Синтетические препараты были представлены как экономичная замена естественному гидроксиапатиту. Первое упоминание применения синтетического гидроксиапатита относится к концу 70-х годов. Изначально синтетический гидроксиапатит представлял собой биоинертную

плотнospеченную керамику. Этот материал не обладал выраженным остеостимулирующим действием. Отмечено, что его использование сопровождалось образованием фиброзной замыкательной капсулы. Однако, существующие сейчас инертные не рассасывающиеся материалы нашли свое применение в клинической стоматологии. Их используют, например, для увеличения высоты атрофированного альвеолярного отростка челюсти с целью создания приемлемых условий фиксации зубочелюстных протезов (материал укладывают на поверхность гребня и гидроксиапатитная керамика, являясь биосовместимым нерезорбирующимся наполнителем, поддерживает плотный соединительнотканый матрикс в течение длительного срока). Их применяют при ортопедическом лечении с использованием имплантатов для быстрой и успешной интеграции имплантата в костную ткань. А также для профилактики воспалительных осложнений и уменьшения атрофии костной ткани остеопластическими материалами заполняют лунки удаленных зубов. Биоинертная керамика используется в виде блоков, гранулята. По сравнению с биоинертными, нерассасывающимися материалами, непористые и пористые рассасывающиеся препараты гидроксиапатита стимулируют восстановление костной ткани. Не индуцируя образования костной ткани, они служат каркасом для образующейся кости. Постепенно рассасываясь, гидроксиапатит замещается вновь образованной костью. В последнее время в стоматологии используется композитный материал, состоящий из гидроксиапатита и коллагена. В отличие от одной керамики, такая композиция обладает пластичностью, удобством применения, оказывает гемостатическое ранозаживляющее действие. Считается, что коллаген обладает способностью привлекать остеогенные клетки и способствует их прикреплению к поверхности гидроксиапатита. Недавно установлено, что способность взаимодействовать с остеобластами присуща лишь небольшой части молекулы гидроксиапатита. Расшифрована последовательность аминокислот этого пептида, он синтезирован. Благодаря этому был получен новый препарат – PerGen P-15, в котором пептид нанесен на поверхность частиц

гидроксиапатита. Изучение клинического применения этого препарата выглядит весьма перспективно.

Еще одним, несомненно, перспективным направлением разработок синтетического гидроксиапатита, является синтез биологически активных форм препарата. Являясь поверхностно-активным веществом, гидроксиапатит способен взаимодействовать с тканевым коллагеном и, следовательно, с остеогенными клетками, влиять на биологическую регуляцию восстановления костной ткани. Синтезирован и используется в клинической стоматологии гидроксиапатит ультравысокой дисперсности. Помимо высокой химической чистоты и строгой стехиометрической однородности, соответствующей требованиям международного стандарта, материал отличается тем, что размеры его частиц на 2-3 порядка меньше, чем у наиболее близких по структуре образцов гидроксиапатита, а их удельная поверхность в 10-30 раз выше, чем у аналогов. Это обуславливает быструю реакцию материала на изменение окружающей биохимической активности, максимальную адаптацию кристаллов по форме и размерам к структуре костной ткани, высокую сорбционную активность по отношению к белкам. Уже проведенные доклинические и клинические испытания препарата указывают на его высокий эффект по оптимизации остеогенеза и восстановления костной ткани.

Аналогичного класса материал биоактивный нанокристаллический гидроксиапатит. В результате проведенных доклинических исследований токсикологической приемлемости и фармакологических свойств препарата, установлено, что по параметрам цитотоксического, местно-раздражающего, общетоксического действия и биологической безопасности гидроксиапатит удовлетворяет требованиям к биосовместимым имплантатам, контактирующим с костной тканью. Гидроксиапатит по токсикологическим параметрам относится к малотоксичным соединениям. Испытания местного действия нанокристаллического гидроксиапатита в гелевой лекарственной форме в опытах на животных *in vivo* показали, что водные вытяжки и суспензии препарата не обладают аллогенным, флогогенным и ирритантным

эффектом при прямом контакте с серозными оболочками (брюшиной), слизистыми покровами (конъюнктивой) и подкожной клетчаткой. Имплантирование гидроксиапатита в гелевой форме в дозе 0,5 мл, превышающей в 50-100 раз максимальную дозу, рекомендуемую для введения в костный дефект, не оказывает общетоксического действия на организм животных: не влияет на их рост и развитие, поведение, вегетативный и неврологический статус, функцию основных систем жизнеобеспечения (ЦНС, сердечно-сосудистой, нервно-мышечной, дыхательной), функции печени и почек, системы кроветворения и гемостаза, биохимические показатели крови, характеризующие функциональное состояние внутренних органов, гормональный и электролитный баланс, не вызывает патологических изменений морфологической структуры внутренних органов. Кроме всего прочего следует отметить и удобную для работы лекарственную форму препарата в виде геля. Несмотря на многообразие препаратов гидроксиапатита, используемых в клинической стоматологии, существуют значительные перспективы дальнейшего совершенствования материалов на основе гидроксиапатита. Взаимосвязь биоактивных свойств гидроксиапатита в зависимости от условий синтеза, взаимодействие с другими лекарственными веществами, иммуноадьювантные свойства, создание удобных в использовании композиций составляют значительный резерв дальнейших исследований и улучшения свойств остеопластических материалов на основе гидроксиапатита.

Кроме гидроксиапатита в качестве остеопластических материалов используются препараты на основе ситаллов. Биоситалл – содержит кальций-фосфат-фторапатит и трехкальциевый фосфат. Его применение для заполнения полости образовавшегося дефекта кости во время операций по поводу удаления кист челюстей и для заполнения лунок удаленных зубов, способствовало ускоренному восстановлению костной ткани, протекавшему без воспалительных осложнений.

ПЕРФОРАТИВНЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ СИНУСИТ

Безродных И.В., Иванов Е.В.

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность. При удалении зуба могут возникнуть множество осложнений, как местных, так и общих. Причина последних, как правило, связано с психоэмоциональным состоянием пациента, не адекватно проведённой анестезией и травматично проведённым удалением. Местные же осложнения делятся на интраоперационные, возникающие в процессе удаления зуба и ранние- в послеоперационном периоде. Рассмотрим интраоперационные осложнения, а конкретно, перфорация дна верхнечелюстного синуса, и его последствия.

Цель работы.

Изучить современные методы диагностики данного заболевания, подходы к его лечению и профилактике.

Задачи:

1. Изучить методы диагностики перфоративного верхнечелюстного синуса.
2. Изучить материалы по методам диагностики, лечению и профилактике перфоративного одонтогенного верхнечелюстного синусита.
3. Выделить наиболее оптимальные методы диагностики и лечения.

Одонтогенный синусит – это инфекционно-воспалительный процесс в верхнечелюстной придаточной пазухе (в гайморовой пазухе), развивающийся в результате патологии корней зубов, костной ткани или десны верхней челюсти.

Одонтогенный перфоративный верхнечелюстной синусит– воспаление слизистой оболочки верхнечелюстного синуса в результате перфорации его дна во время удаления зуба, или же эндодонтического лечения.

Перфорация верхнечелюстной пазухи – это вскрытие дна гайморова синуса, приводящее к образованию сообщения между пазухой и полостью рта.

Этиология. Существует два типа верхнечелюстных пазух - объёмные пневмотические и менее развитые склеротические. Пневматический тип пазух характеризуется тонкими костными стенками. При этом типе корни зубов и слизистую оболочку синуса разделяет лишь тонкая прослойка кортикальной кости. Именно при пневматическом типе пазух происходит перфорация.

- Проталкивание гангренозного распада, пульпы, пломбировочного материала, гуттаперчевого штифта, отломка инструмента в гайморову пазуху при эндодонтическом лечении моляров и премоляров верхней челюсти;

- Травматичном удалении зуба и неосторожном кюретаже лунки;

- Инсталляция дентального имплантата.

Патогенез. В первые 40 часов после удаления зуба и перфорации пазухи развивается отек слизистой оболочки без выраженной инфильтрации лейкоцитами. В течение 3-14 суток выраженный отек слизистой оболочки, преобладание нейтрофильной инфильтрации, на отдельных участках слизистой оболочки - отсутствие эпителия, массивные наложения детрита. В период от 2 недель до 2 месяцев - умеренный отек слизистой оболочки, собственный слой оболочки на отдельных участках представлен грануляционной тканью, в толще его, вокруг сосудов и протоков слизистых желез наблюдается скопления клеточных элементов (преимущественно плазматических клеток с примесью лейкоцитов). В период от 2 до 4 месяцев преобладает фиброз стромы, в отдельных участках - очаговая инфильтрация нейтрофилами и плазматическими клетками, дефекты эпителиального пласта и участков переходного эпителия. После 4 месяцев, фиброз стромы, участки трансформации мерцательного эпителия в плоский, в строме - отдельные скопления нейтрофильных лейкоцитов по типу микроабсцессов.

Клиника. Жалобы пациентов после возникновения ороантрального сообщения зависят от наличия или отсутствия одонтогенного синусита до возникновения данного осложнения. При наличии одонтогенного синусита

возникновение перфорации может привести к облегчению, так как лунка зуба становится дополнительным путём эвакуации содержимого синуса. А при интактном синусе в результате инфицирования могут возникнуть явления острого воспаления, однако в большинстве случаев жалобы таких пациентов связаны только с наличием ороантрального сообщения.

При возникновении перфорации появляются жалобы на необычные ощущения, связанные с попаданием воздуха или жидкости в верхнечелюстной синус и полость носа. Иногда может изменяться тембр голоса (ринолалия). Дополнительные жалобы могут появляться постепенно, в результате инфицирования и развития воспаления слизистой оболочки синуса. Возможны случаи первично хронического перфоративного верхнечелюстного синусита с отсутствием явных клинических признаков острой стадии заболевания и обострений воспалительного процесса в динамике.

При осмотре у некоторых больных с острым или обострившимся хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом можно обнаружить нарушение конфигурации лица в виде припухлости в щёчной и подглазничной области. Припухлость возникает за счёт отёка, не имеет чётких границ, мягкие ткани безболезненные или слабоболезненные при пальпации. В некоторых случаях болевые ощущения могут определяться при пальпации и перкуссии передней стенки верхней челюсти и скуловой кости. Регионарные лимфатические узлы увеличенные и болезненные.

При риноскопии у пациентов с острым синуситом можно обнаружить гиперемия и отёк слизистой оболочки носа, увеличение раковин. При наклоне головы вперёд, особенно после анемизации слизистой оболочки сосудосуживающими препаратами, определяется появление слизи или гнойного отделяемого из синуса. При пункции верхнечелюстного синуса через нижний носовой ход можно получить значительное количество экссудата. При хроническом течении одонтогенного верхнечелюстного синусита отёк и гиперемия слизистой оболочки носа может отсутствовать.

При наличии определённых жалоб пациента, возникающих после удаления зуба, врач с помощью воздушных проб, осмотра лунки и её осторожного зондирования может выявить наличие ороантрального сообщения. При этом можно обнаружить выделение гнойного содержимого из лунки удалённого зуба, интенсивность которого максимальна при обострении воспалительного процесса.

Диагностика одонтогенного верхнечелюстного синусита основана на данных жалоб пациента, анамнеза, клинической картины заболевания и результатов дополнительных методов исследования.

Основным методом диагностики верхнечелюстного синусита считается рентгенография придаточных пазух носа. На прямой рентгенограмме черепа, выполненной в подбородочно-носовой проекции, верхнечелюстной синус из-за своей воздушности хорошо определяется на фоне окружающей костной ткани. Затемнение синуса свидетельствует о наличии воспалительных изменений слизистой оболочки. При перфорации на рентгенограмме в проекции синуса можно обнаружить тени инородных предметов: пломбирочного материала, корней зубов и т.п. Следует помнить, что в этой зоне могут располагаться аспергилломы, которые являются колонией плесневого грибка *Aspergillus*. Улучшить информативность обзорной рентгенографии можно с помощью наполнения верхнечелюстного синуса контрастным препаратом. Для получения комплексной информации обзорную рентгенографию следует комбинировать с ортопантомографией. Данный метод не позволяет диагностировать синусит, однако даёт информацию о состоянии костных стенок верхнечелюстного синуса, периодонта, рядом расположенных зубов. Ортопантомография позволяет обнаружить в проекции синуса инородные предметы, периапикальные очаги, контуры радикулярной кисты, оттеснившей дно верхнечелюстного синуса, оценить качество пломбирочки каналов зубов, выявить факт выведения пломбирочного материала за верхушки корней.

Для оценки состояния отдельных зубов, особенно после эндодонтического лечения, более рационально использовать внутриротовую рентгенографию альвеолярного отростка. Рентгенографическое исследование области лунки удаляемого или удалённого зуба может исключить наличие в ней или в нижнем отделе синуса остаточного корня.

Компьютерная томография верхнечелюстных синусов в аксиальной проекции с реконструкцией изображения во фронтальной плоскости даёт комплексную информацию обо всех особенностях патологического процесса в синусе и окружающих тканях.

При наличии ороантрального сообщения через свищевой ход с помощью фиброскопа можно провести гаймороскопию. Результат оценки состояния верхнечелюстного синуса позволяет уточнить показания для выбора методики и места хирургического лечения. При отсутствии изменений в синусе или при локальном расположении патологических элементов поражения необходимости в проведении операции радикальной гайморотомии нет и закрытие лунки удалённого зуба можно провести в поликлинических условиях. Кроме того, с помощью фиброскопа можно провести биопсию в нужном участке для патоморфологического исследования. Микробиологическое исследование содержимого, полученное при пункции синуса в области нижнего носового хода или через ороантральное, позволяет выявить видовой и количественный характер микрофлоры, её патогенность и чувствительность к антибактериальному препарату, что важно для планирования и рационального лечения.

Обнаружить нарушение герметичности синуса можно при зондировании лунки удалённого зуба. В случае перфорации инструмент погружается в верхнечелюстной синус.

Сообщение полости рта с полостью синуса можно обнаружить с помощью воздушных проб. Врач зажимает крылья носа пациента и предлагает ему выдуть воздух из лёгких через нос. При перфорации можно обнаружить свободное прохождение воздуха через лунку удалённого зуба с характерным

свистящим звуком. В некоторых случаях проба может быть ложноотрицательной в связи с тем, что ороантральное сообщение может закрываться по типу клапана со стороны синуса подвижным полипом или грануляционной тканью. Возможен ещё один вариант воздушной пробы. Для этого пациента просят надуть щёки. При наличии ороантрального сообщения пациент этого сделать не может, так как воздух свободно проходит в синус и выходит через нос.

Данные диагностические пробы будут отрицательными при сообщении лунки удалённого зуба с полостью радикулярной кисты, оттеснившей дно верхнечелюстного синуса. Это связано с тем, что кистозная полость отграничена от верхнечелюстного синуса оболочкой, а в некоторых случаях костной перегородкой и слизистой оболочкой синуса, которые препятствуют прохождению воздуха. Для диагностики нарушения воздушности синуса, которое возникает при продуктивном воспалении слизистой оболочки синуса, следует закрыть ноздрю с противоположной стороны и предложить пациенту подуть воздух через нос. Процедуру следует повторить с обеих сторон. С поражённой стороны звук будет более глухой. Симптом становится особенно отчётливым по мере прогрессирования хронического воспаления в верхнечелюстном синусе и нарушения его просвета.

Лечение. Хирургическая тактика при возникновении перфорации синуса, в том числе осложнённой проталкиванием корня зуба в верхнечелюстной синус, может быть различной. Ороантральное сообщение, образовавшееся на фоне отсутствия клиники одонтогенного верхнечелюстного синусита, следует устранить непосредственно после удаления зуба. Оно может быть устранено с помощью закрытия лунки удалённого зуба хорошо мобилизованным слизисто-надкостничным лоскутом со стороны щеки.

Менее результативным методом считается закрытие перфорации с помощью йодоформной турунды. Заживление лунки удалённого зуба происходит вследствие организации сгустка крови. Поэтому лунку зуба не

тампонируют, а только прикрывают устье турундой. Фиксировать йодоформную турунду можно с помощью швов к окружающей десне или лигатурой к соседним зубам. Недостатком метода является отсутствие полной герметичности лунки и пропитывание йодоформной повязки пищевым детритом. Улучшить прогноз при использовании данного метода можно после изготовления и применения защитной пластинки.

В случае проталкивания корня зуба в верхнечелюстной синус врач должен придерживаться тактики, как при возникновении перфорации. Раннее удаление этого зуба и пластика перфорационного отверстия предупреждают инфицирование верхнечелюстного синуса и развитие перфоративного синусита. После пластики перфорации в области лунки удалённого зуба щёчным лоскутом пациенту назначают противовоспалительную терапию и продолжают лечение в амбулаторных условиях.

При обращении за помощью пациента с уже сформированным свищевым ходом тактика врача зависит от времени, которое прошло после удаления зуба, и клинического состояния верхнечелюстного синуса. Если удаление зуба было проведено несколько дней назад, то при отсутствии хронического верхнечелюстного синусита в течение двух, иногда трёх недель существует вероятность самопроизвольного закрытия перфорации. Вероятность такого исхода значительно повышается при промывании синуса антисептическим препаратом с учётом динамики заживления лунки и эффективной антибактериальной терапии. Самопроизвольное закрытие ороантрального сообщения даже при активной терапии происходит далеко не всегда. Поэтому при интактном верхнечелюстном синусе лучше провести закрытие лунки удалённого зуба местными тканями, что при правильном выполнении методики может гарантировать положительный исход.

АНАЛИЗ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ №1

Винокурова Е.Ю., Шкупило Е.В.

Кафедра хирургической стоматологии

Научный руководитель: к.м.н. Катман Мария Александровна

Актуальность. В современном мире особое значение приобретают вопросы оказания хирургической стоматологической помощи населению, учитывая распространенность основных видов заболеваний. Немаловажную роль при этом играет доступность, качество и своевременное оказание хирургической стоматологической помощи.

Цель работы.

Оценить частоту обращаемости, проведенных операций и видов хирургической стоматологической помощи.

Материалы и методы.

Проведен анализ 39-й сводной формы врачей хирургического отделения стоматологической клиники ФГБОУ ВО ЧГМА за 2016-2018 года.

Результаты исследования.

Всего за 3 года было принято 20 843 человека. При чем частота обращений с каждым годом увеличивалась, как по ОМС (в среднем на 5%), так и по количеству оказываемых платных услуг.

Однако тенденция к оказываемым платным услугам заметно возросла в 2017 году в 3,5 раза, что может быть связано с более благополучным социально-экономическим статусом пациентов, востребованностью операций в связи с более сплоченным взаимодействием с другими сотрудниками стоматологической клиники ФГБОУ ВО ЧГМА. Так, количество таких операций, как ретенция, дистопия, альвеолотомия возрастали с каждым годом; можно предположить о более тесном сотрудничестве с ортодонтами. Наблюдается тенденция к росту зубосохраняющих, пластических операций, имплантаций, что может свидетельствовать о более внимательном отношении людей к состоянию зубо-челюстной системы, повышенным эстетическим требованиям. Наряду с этим повышается ПХО\вправление вывиха. Если в 2016 году не было обращений по поводу ушибов и переломов, то в 2017-2018

годах, такого явления не наблюдается. Из этого следует, что количество обращений увеличивалось и за счет травматизации населения.

Лидирующей причиной для обращения за хирургической стоматологической помощью явилось удаление зубов. Всего за 3 года было удалено – 16177 зубов; при чем наибольшее их количество приходится на 2018 год. Среди причин удаления можно выстроить следующую закономерность: на первое место выходит такое осложнение кариеса, как периодонтит (81%), на втором месте – заболевания пародонта (11%), на третьем – периостит и удаление зубов по поводу других заболеваний зубочелюстной системы (по 4% соответственно).

Немаловажной причиной для обращения служит вскрытие инфильтратов по поводу периоститов (70%), абсцессов (22%), фурункулов (5%), флегмон, остеомиелитов, других (приблизительно по 1% каждая), лимфаденитов (менее 1%).

Выводы.

За 3 года увеличилась частота обращаемости населения за хирургической стоматологической помощью по всем видам оказываемой помощи: удаление зубов, вскрытие инфильтратов, альвеолотомия, зубосохраняющие и пластические операции, ПХО/вправление вывиха, имплантация, операции по поводу ретенции и дистопии, ушибов и переломов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНА В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Гомбоцыренова А.Б., Плащеватая Н.О.

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность. Восстановление и сохранение структуры и функций костной ткани ЧЛЮ – наиболее главная задача хирургического лечения. На сегодняшний день в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой

хирургии достаточно широко используют различные остеотропные материалы. По мнению многих авторов, материалы на основе гидроксиапатита, коллагена, а также их сочетания, наиболее предсказуемы, достаточно эффективны и доступны для применения их в качестве стимуляции остеогенеза.

Известно, что ближайшие и, тем более, отдаленные результаты операций, проводимых с замещением костных дефектов после цистэктомии, удаления зубов, образований челюстей, во многом зависят от свойств тех веществ, которые входят в состав имплантируемых в полость материалов с целью стимуляции остеогенеза и дальнейшей минерализации вновь образующейся костной ткани. Однако, в современной литературе недостаточно работ, посвященных сравнительному клинико-экспериментальному изучению влияния различных по составу и происхождению остеопластических препаратов на динамику остеогенеза во время удаления ретенированных зубов мудрости.

В тоже время, в российской и зарубежной научной литературе недостаточно данных о комплексном использовании остеотропных материалов на основе коллагена I типа, нет единого универсального подхода при хирургическом лечении пациентов с дефектами верхней и нижней челюсти различной этиологии.

Цель работы: изучение эффективности хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области за счет использования остеотропного материала на основе коллагена I типа «Коллост» на основе научных статей.

Задачи исследования:

1. Изучить эффективность использования материала «Коллост» при хирургическом лечении одонтогенных кист челюстей.
2. Изучить эффективность использования материала «Коллост» при замещении костных дефектов после удаления ретенированных дистопированных зубов мудрости.

Материалы и методы.

На базе кафедры хирургической стоматологии ЧГМА было проведено исследование с целью усовершенствования методик операций и создания универсального алгоритма лечения пациентов с кистами верхней и нижней челюстей, с ретинированными дистопированными нижними третьими молярами на основе применения материала «Коллост», представляющего собой коллаген I типа.

Результаты исследования.

В группе пациентов с заболеваниями в области нижней челюсти, процесс регенерации протекал медленнее, чем на верхней челюсти, был примерно равен 4-6 месяцев после операции.

По результатам лучевых методов исследования уже через 3 месяца после проведенной операции выявлялись выраженные рентгенологические признаки костной регенерации. Степень и выраженность неоостеогенеза на данном сроке наблюдения были более выражены у пациентов с меньшими дефектами и использованием материала КОЛЛОСТ.

Полное восстановление объема костной ткани по данным лучевым методам исследования отмечались в основной группе через 4-6 месяцев после проведенной операции.

У всех пациентов ранний послеоперационный период протекал без особенностей и развития каких-либо осложнений.

Научная новизна.

В ходе проведенного исследования установлено, что действие в костной ткани материала «Коллост» способствует активизации миграции остеобластов по коллагеновой матрице, что приводит к быстрому увеличению толщины остеоидного слоя.

Изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения одонтогенных кист челюстей различной локализации, распространенности и ретинированных, дистопированных нижних третьих моляров с использованием остеопластических препаратов.

В сравнительном аспекте изучены и обоснованы преимущества метода пластики костных дефектов после цистэктомии материалом на основе коллагена I типа «Коллост» по сравнению с использованием остеопластических материалов.

Выводы.

Материал коллаген I типа «Коллост» обладает прекрасной биосовместимостью, способствует дифференцировке остеобластов, ускоряет остеогенез, а также способствует стабилизации кровяного сгустка и сохранению объема и топографии пространства при устранении дефектов костной ткани на основании проведенных исследований научных статей.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ АЛЬВЕОЛИТЕ

Граборова Т.И., Галсанова А.Б.

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность. Альвеолит – это часто встречающееся воспалительное осложнение после операции удаления зуба, сопровождающееся симптомами, ведущими из которых является боль в области лунки с иррадиацией и частичный или полный распад кровяного сгустка (Робустова Т.Г., Безруков В.М., 2004; Козлов В.А., 2005).

Несмотря на то, что на современном этапе предложено большое количество средств и методов лечения, проблема профилактики и в особенности лечения альвеолитов остается до сих пор актуальной. Кроме того, многочисленное применение всё новых химических соединений в качестве лечебных повязок и обезболивающих препаратов приводит к увеличению числа аллергических реакций и разнообразных побочных явлений.

Цель: по литературным данным провести научный обзор различных методов лечения альвеолита, а также поиск эффективных лекарственных средств для профилактики и лечения альвеолита.

Методы исследования. Для анализа данной темы были использованы материалы учебной литературы, научные труды специалистов данного профиля по теме лечения и профилактики осложнений, возникающих после операции удаления зуба, в том числе альвеолит.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. В настоящее время известно довольно много различных способов лечения альвеолита, однако и по сей день отсутствует строго определенное представление о методах лечения данной нозологической единицы. При развившемся альвеолите проводимые мероприятия должны быть направлены на образование свежего прочного кровяного сгустка, который не поддавался бы распаду. С этой целью с помощью шприца с затупленной и несколько изогнутой иглой следует под анестезией осторожно промыть лунку перекисью водорода. Затем под инфильтрационной или регионарной анестезией раствором новокаина острой ложечкой осторожно производят ее легкий кюретаж. После того как лунка заполняется кровью, накладывают давящий- тампон. После образования кровяного сгустка обычно боли утихают и заживление в большинстве случаев протекает нормально (при общем седативном воздействии и применении сульфаниламидных препаратов). Однако не всегда такой метод лечения альвеолитов эффективен.

Так как при острой форме альвеолита в основе болевого синдрома лежит посттравматический неврит луночкового нерва и выполнение кюретажа лунки зуба лишь способствует увеличению его травматизации в результате послеоперационного отека. Исходя из клинического протокола по диагностике и лечению воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, утвержденного на заседании Секции СтАР от 21 апреля 2014 года, ревизию лунки зуба рекомендуется проводить только в острой стадии при серозной форме альвеолита. Для обработки лунки зуба при гнойно-некротической форме острого альвеолита предлагают применять теплые растворы

антисептиков (0,06% или 0,05% раствор водного хлоргексидина, слабо-розовый водный раствор перманганата калия, 0,65% раствор натрия хлорида, 0,02% водный раствор фурацилина, 1% раствор диоксида, 0,2% раствор этакридина лактата) под давлением из шприца, вводя тупой конец иглы в лунку. Затем использование теплых растворов протеолитических ферментов: трипсина, химотрипсина, химопсина (для приготовления раствора использовать 0,9% NaCl (изотонический раствор натрия хлорида) или 0,25% раствор новокаина в соотношении: 10 мг фермента разводят в 5 мл растворителя). Кюретаж при данной форме альвеолита не проводится во избежание распространения инфекции в костную ткань стенок альвеолы!

В. А. Петров проводил терапию альвеолитов препаратом пчелиного яда, который оказывает быстрое обезболивающее и противовоспалительное действие. Пчелиный яд - продукт секреторной деятельности желез медоносной пчелы - относится к ганглиоблокирующим веществам. Венапиолин-1 - это маслянистый раствор пчелиного яда. В количестве 0,3 мл его вводят в подслизистую оболочку переходной складки в области удаленного зуба, на следующий день (в зависимости от чувствительности больного к препарату) вводят 0,5 мл, на третий день - 0,8 мл. Терапевтический эффект наблюдается после 2-3 инъекций; лунка удаленного зуба при этом не тампонируется.

При лечении данного патологического процесса И. Н. Вавилова и А. И. Протасевич применяли протеолитические ферменты, действие которых было направлено на денатурированные белки, подвергающиеся гидролизу. Методика терапии следующая: осторожно (чтобы не вызвать кровотечение) острой ложечкой удаляли разложившийся сгусток, лунку промывали перекисью водорода и вводили в нее на турунде протеолитический фермент (трипсин или химотрипсин, разведенный на буферном фосфатном растворе с рН 7,8, 10 мг фермента в 5-10 мл растворителя). Авторы указывали, что уже на вторые сутки лунка очищалась от некротических тканей, исчезали болезненность и отек окружающих тканей. Во время второго посещения больного лунку заполняли гемостатической пастой, в результате чего

образовывался плотный кровяной сгусток. Действие энзимотерапии способствовало очищению раны от гнойно-некротических тканей, но не сокращала сроков репаративных процессов в лунке удаленного зуба.

Одним из методов лечения альвеолита, разработанных на кафедре хирургической стоматологии Читинского медицинского института является паста Пинелиса. В ее состав входят следующие препараты: 5 мл 1% дикаина, 5000 ЕД гепарина, 25 мг преднизолоновой мази, 50 мг 5% линимента синтомицина и 12г окиси цинка.

Предлагался способ лечения альвеолита с помощью мази ируксол. В предварительно очищенную лунку с помощью специально изготовленного наконечника, навинчивающегося на тубик с мазью, заполняли лунку ируксомом до десневого края. При необходимости процедуру повторяли. Недостатками данного метода являются: необходимость изготовления специальных наконечников для введения мази в лунку зуба, а также необходимость повторных посещений.

Успешно использовались в комплексе с общими анальгезирующими и противовоспалительными мероприятиями еще и новокаиновые блокады в мягкие ткани, окружающие лунку удаленного зуба, или вводимые новокаин по типу проводникового обезболивания соответствующей области (10--15 мл 0,5 % раствора). Новокаиновые блокады оказывали в этих случаях противовоспалительное действие в результате прерыва патологических рефлексов. При упорных альвеолитах также с успехом применяли новокаинопенициллиновые блокады, а также тригеминосимпатические блокады по Жакову.

В последнее время было предложено много средств для устранения очень тягостного симптома альвеолита. В частности, предложено применять флюктуиризацию, обработку лунки салициловой кислотой, протеолитическими ферментами со стрептомицином, заполнять промытую лунковую рану локакортено-вивоформной мазью в смеси с

хлористоводородной солью ксилокаина, спиртовым настоем аира консервированным в хлорной воде амнионом.

Некоторые авторы предлагали использовать препараты на основе гидроксиапатита (остим-100, колопол) совместно с противовоспалительными средствами (диклофенак натрия в соотношении 10:1). Препарат помещали в лунку зуба после предварительной обработки антисептиком.

Предлагался метод лечения альвеолита с помощью заполнения лунки зуба материалами из биоккомпозитов, основным компонентом которого является гидроксиапатит (коллапан, коллотамп). Недостатком данного метода являлось наличие в этих препаратах антибиотиков (линкомицина или гентамицина), что предопределяет возможность развития аллергических реакций. При отсутствии аллергической реакции необходимы были дополнительные исследования на определение чувствительности к данному антибактериальному препарату, что было экономически затратным.

Т.А. Кячина и В.О. Дудоров рекомендуют использование комбинированного противомикробного препарата «Дентамет», в состав которого входят метронидазол и хлоргексидин. Препарат выпускается в виде геля и обладает антипротозойным, антибактериальным, бактерицидным и антисептическим действием. Накладывается на лунку удаленного зуба 2-3 раза в день в течение 7-10 дней.

А. Иорданишвилли получил хорошие результаты при использовании препаратов «Гелевин», «Хонсурид». Дренирующий сорбент «Гелевин» очищает раневую поверхность от инфекционных агентов и предотвращает дальнейшее заражение, так как обладает мощным дренирующим воздействием, оттягивает гнойно-некротическое содержимое из лунки зуба. Оказывает антимикробное, противовоспалительное, местноанестезирующее, протеолитическое, противоотечное и кровоостанавливающее действие. В данное время не выпускается, но имеет аналог из серии препаратов «Асептисорб». «Хонсурид» используют в хирургической стоматологии при медленно эпителизирующихся, вяло гранулирующихся и длительно

незаживающих ранах. Препарат получают из гиалиновых хрящей убойного скота, и он содержит хондроитинсерную кислоту. Раствор наносят на раневую поверхность. Перед употреблением содержимое флакона растворяют в 5 или 10 мл 0,5 % раствора новокаина или изотонического раствора натрия хлорида и наносят на марлевую салфетку, которую накладывают на рану с последующей фиксацией. Перевязки делают 1 раз в 2-3 дня. Курс лечения 10-30 дней. Единственным недостатком является особые условия хранения.

Г. Ж. Жаназаровым (2011) изучено влияние препарата «Йокс» на течение и исход гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Отмечалось, что при использовании данного лекарственного вещества послеоперационный отек уменьшался в более короткие сроки (на 2-4 сутки), ускорялся процесс очищения вредоносного содержимого (гной, слизь) из раны (на 3-5 сутки), сокращались сроки заживления раневой поверхности (на 5-7 сутки). Автор рекомендует использовать раствор «Йокс», как эффективное антисептическое средство, обладающее бактерицидным и фунгицидным действием. Из-за отсутствия аллергических реакций данный раствор может повсеместно применяться в хирургической стоматологической практике.

Для улучшения результата лечения альвеолита предлагают использовать стоматологическую губку «Стимул - ОСС». Она содержит в своем составе: хлоргексидин, коллаген и гидроксиапатит. Поэтому исходя из состава данный препарат устраняет не только воспалительные явления, но и сохраняет высоту альвеолярного отростка.

С. В. Сирак и соавторы, провели сравнительный анализ адсорбирующего гемостатического препарата «Тахокомб» («Nusomed», Австрия), содержащий антибактериальный компонент, концентрированный фибриноген и тромбин и препаратов «Альвеост» (ЗАО «Полистом»), препарат «Оксицелодекс» или «Солкосерил-гель» при лечении альвеолитов. Полученные данные позволили рекомендовать все препараты, используемые в ходе анализа, для лечения альвеолита и целенаправленно применять их в зависимости от выраженности болевого синдрома и реакции тканей лунки на воспаление. «Тахокомб» был

рекомендован, как препарат выбора при лечении альвеолита и профилактике атрофии костной ткани в условиях низкой гигиены полости рта. Также данное лекарственное средство является наиболее эффективным и обеспечивает надежную консолидацию кровяного сгустка и герметизацию лунки.

В 2015 году А.М. Ешиев, Т.К. Абдышев предложили при лечении альвеолита, при низких гигиенических индексах полости рта, совместно использовать препараты «Тахокомб» и «Декасан». Было доказано, что многокомпонентный препарат «Декасан» вместе с «Тахокомб», по сравнению с традиционным методом лечения - промывание лунки хлоргексидином и рыхлой тампонадой йодоформным тампоном, обладает более выраженным антисептическим, противовоспалительным и обезболивающим действием, а также обладает дезодорирующим эффектом. В этом же году, автор наряду с использованием кюретажа стенок лунки зуба и антисептической обработки препаратом «Декасан» заполнял костный дефект коллапановой гранулой, содержащей антибактериальный компонент линкомицина, после лунку закрывали выкроенным лоскутом из переходной складки. В послеоперационном периоде назначалось полоскание раствором декасана и облучение синим светом 2 раза в день, в течение 10 дней. Было отмечено, что использование коллапановых гранул в комплексе с синим светом активно стимулирует механизм восстановления костной ткани лунки зуба. Это было доказано на основании того, что костная ткань лунки удаленного зуба полностью восстанавливалась через 1 месяц.

Широкое применение при лечении альвеолита получил препарат «Alvogyl», обладающий антисептическим, обезболивающим и кровоостанавливающим действием. Препарат выпускается в виде пасты и жгутиков. Он оказывает действие в течение нескольких часов, после чего не требуется его извлечение, т.к. препарат полностью рассасывается.

А.К. Иорданишвили с соавторами изучили влияние пасты «Альвеожил» («Септодонт», Франция), губка гемостатическая коллагеновая с йодоформом «Альванес», «Бинт йодоформный марлевый для стоматологии», губка

гемостатическая коллагеновая с линкомицином “Альванес” (АО “ОЭЗ ВладМиВа”, Россия), гель стоматологический “Холисал” (“Ульфа А.О.”, Польша). Ими доказано, что все они эффективны при лёгкой и средней тяжести альвеолита и позволяли купировать болевой синдром в течение первых часов или суток и добиться заполнения лунок грануляционной тканью за 8-14 дней. При тяжёлых формах альвеолита наибольший лечебный эффект наблюдался при использовании йодоформсодержащих лекарственных средств: губки гемостатической коллагеновой с йодоформом “Альванес” или “Бинта йодоформного марлевого для стоматологии”. Однако приоритетным препаратом был назван “Альванес”, так как в его основе находится лиофилизированный коллаген, не требующий его извлечения из лунки. Следовательно, в случаях наступления выраженного лечебного эффекта повторное посещение больным врача-стоматолога не требовалось, в отличие от “Бинта йодоформного марлевого для стоматологии”.

Отмечено более выраженное анальгезирующее и противовоспалительное действие альвостаза отечественного производства, основу которого составляют гемостатическая губка и тампон-нити, пропитанные лечебным составом (эвгенол, тимол, йодоформ, лидокаин, прополис, кальция фосфат, бутилпарааминобензоат), что позволяет его рекомендовать для лечения альвеолита. Положительной особенностью альвостаза является то, что кроме кровоостанавливающего, выраженного обезболивающего и противовоспалительного свойства губка при введении в лунку пропитывается кровью, способствует организации сгустка и нормальному заживлению.

Заключение.

Лечение альвеолита и сегодня представляет большую сложность. С каждым годом на рынке появляются всё новые препараты, направленные на устранение воспалительных явлений и болевого синдрома в лунки зуба. Каждый из изученных препаратов имеет как свои преимущества, так и недостатки. Таким образом, и на современном этапе развития медицинской

науки поиск всё новых методов лечения и профилактики альвеолитов является актуальной и требует дальнейшего его изучения.

РОЛЬ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Дегтярёв И.В.

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность. Проблема воспалительных заболеваний тканей челюстно-лицевой области и шеи в настоящее время приковано большое внимание специалистов из-за ее актуальности. Во-первых, это объясняется прежде всего значительным количеством больных с воспалительными заболеваниями. Они составляют 10—20% хирургических больных, обращающихся в стоматологические поликлиники, и около 50% больных в челюстно-лицевых стационарах. Во-вторых, отмечается неуклонный рост прогрессирующих флегмон, распространяющихся на несколько клетчаточных пространств, часто осложняющихся такими грозными осложнениями, как контактный медиастинит, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки, сепсис. При тяжелейших осложнениях воспалительных заболеваний лица и шеи, несмотря на многокомпонентную терапию, большие усилия хирургов, врачей-реаниматологов, колоссальные расходы на лечение таких больных в отделениях реаниматологии и интенсивной терапии, не всегда удается сохранить их жизнь. Поскольку большинство воспалительных процессов тканей челюстно-лицевой области имеют одонтогенную природу и возникают нередко в результате осложнений эндодонтической терапии, рассматриваемая нами проблема не может считаться чисто хирургической.

Проблема острой одонтогенной инфекции ЧЛО является чрезвычайно актуальной, о чем свидетельствуют многочисленные публикации российских

и зарубежных ученых, доклады на различных конгрессах, конференциях и съездах, а главное – увеличение количества больных с ОГВЗ ЧЛО.

В оценке результатов реконструктивно-восстановительных операций важнейшая роль отводится анализу осложнений пластики и разработке действенных мер их профилактики. Это тем более значимо, поскольку если реконструкция обширных дефектов головы и шеи выполнена с соблюдением всех правил и разработанных методик, направленных на полное восстановление утраченных функций и внешних эстетических нормативов. По данным различных авторов, осложнения пластических операций при восстановлении обширных дефектов головы и шеи имеют место в среднем у 30-40% пациентов [3]. Некоторые авторы приводят более высокие цифры - 72-78% гнойно-некротических осложнений при операциях в челюстно-лицевой области [1, 2]. Разработка действенных мер профилактики осложнений, возникших после пластических операций, требует изучения всех факторов, способных повлиять на течение послеоперационного периода и реконвалесценцию пациентов. Факторы, на первый взгляд, не оказывающие особого влияния на заживление раны, могут оказаться прогностически значимыми и привести к стойким нарушениям важнейших функций организма.

Цель работы. Изучить основные аспекты одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, а также способы профилактики и лечения.

Задачи:

1. проанализировать научную литературу по исследуемой теме.
2. изучить теоретические аспекты одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
3. ознакомиться с особенностями этиологии и путями распространения инфекции
4. ознакомиться с методами диагностика и средствами лечения и профилактики.

Этиология. Этиологическим фактором воспалительных заболеваний в абсолютном большинстве случаев (96-98 %) является одонтогенная инфекция, т.е. распространение микробного агента из полости зуба при осложнениях кариеса, сначала в околоверхнущечной периодонт (периодонтит), а затем, через множественные мелкие отверстия в кортикальной пластинке лунки зуба в костномозговые пространства альвеолярного отростка.

Возбудителем острой одонтогенной инфекции в подавляющем случае является белый или золотистый стафилококк, чаще в виде моноинфекции или в сочетании с другой кокковой флорой, например, со стрептококком.

Классификация осложнений одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛО:

1. Внутричерепные осложнения:
 - медиастинит;
 - сепсис;
 - тромбоз вен лицевых вен.
2. Внутричерепные осложнения:
 - тромбоз пещеристого синуса;
 - первичная риногенная гидроцефалия — токсико-инфекционный отек оболочек головного мозга;
 - гнойный менингит;
 - менингоэнцефалит;
 - абсцесс мозга.

Медиастинит. Инфекция может проникнуть в средостение по межмышечные и межфасциальные клетчатки шеи при глубоких флегмонах одонтогенного происхождения. Одонтогенные медиастиниты развиваются в результате распространения гнойного экссудата по протяжению при флегмоне окологлоточного пространства и дна полости рта, по ходу сосудисто-нервного пучка шеи, а также по околопищеводной и претрахеальной клетчатке. Одонтогенные медиастиниты могут возникать молниеносно, протекать

одновременно с флегмонами дна полости рта и шеи, поэтому их диагностика не всегда проста.

Подозрение на медиастинит должно появиться в тех случаях, когда, не смотря на вскрытие и хорошее дренирование первичного гнойного очага, адекватную терапию, общее состояние больного резко ухудшается. Температура тела увеличивается до 39-40° С, Рс 110-140 в 1 минуту, становится аритмичным, слабого наполнения и напряжения, появляются резкая одышка, поверхностное дыхание, частота дыхания - 45-50 в мин. Появляются боли за грудиной или в глубине грудной клетки. При запрокидывании головы боль усиливается (симптом Герке). Характерно постоянное покашливание. Во время вдоха наблюдается втяжение тканей в области яремной впадины (симптом Равич-Щербо).

Положение больного вынужденное (сидя с опущенной головой или лежа с приведенными к животу ногами). В крови резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличивается СОЭ. Важным диагностическим методом является рентгенография. На рентгенограмме отмечается расширение тени средостения, выпот в плевральной полости.

Сепсис. Для генерализации инфекции необходимо наличие в очаге определенного количества микробных тел, так называемого критического уровня бактериальной обсемененности (10 микробов на 1 г ткани).

Начальная фаза сепсиса - возникает если после устранения гнойного очага (вскрытия флегмоны, затеков), проведении этиотропной терапии явления гнойно-резорбтивной лихорадки не исчезают, а из крови высевают патогенную микробную флору.

Септицемия - общее состояние больного остается тяжелым (температура тела выше 38 С, потрясающий озноб, сильная головная боль), пиемические очаги не выявляются, а из крови высеивается патогенная микрофлора.

Септикопиемия - лихорадка, интоксикация организма, но в различных органах и тканях появляются метастатические гнойники и абсцессы, в результате переноса бактерий гематогенным путем из первичного очага.

Температура выше 38 С, тахикардия более 100 в минуту, анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ > 60 мм/час, гипопроотеинемия, токсический гепатит и нефрит. Часто бывают метастатические очаги в легких.

3. Тяжелым осложнением сепсиса является септический токсико-инфекционный шок. Тромбофлебит лицевых вен

В патогенезе заболевания имеют значение наличие густой сети лимфатических и венозных сосудов лица, с многочисленными анастомозами, связь вен лица, полости носа и крыловидно-небной ямки с венами глазницы, пещеристого синуса, уменьшение реактивности организма, аллергия и аутоаллергия. Проведение исследования показали, что главным анастомозом, связывающим глубокие вены лица с венами глазницы и венами твердой мозговой оболочки, является нижняя глазничная вена.

В анастомозах вен лица с пазухами твердой мозговой оболочки клапаны почти отсутствуют и направление тока крови в венах при воспалительных процессах может меняться.

Заболевание характеризуется появлением по ходу угловой или лицевой вены болезненных тяжелей инфильтрированной ткани, гиперемией кожи. Подкожные вены расширены, отмечается выраженная интоксикация, высокая температура тела, озноб, общая слабость, лейкоцитоз, сдвиг СОЭ.

Тромбоз пещеристого синуса. Симптомы: сильная головная боль, резкая болезненность в области глаз, общая слабость, озноб. Температура тела достигает 40 С. Местно: отек и гиперемия кожи век и лба, экзофтальм, хемоз, расширение зрачка, гиперемия глазного дна. α - $(15-20) \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 40-60 мм/час. В ряде случаев тромбоз протекает либо бессимптомно, либо на фоне клинических проявлений первичного воспалительного процесса.

Первичная риногенная гидроцефалия характеризуется интенсивной головной болью, локализующейся в области лба и висков. Болевые приступы

могут сопровождаться тошнотой и рвотой. Важным признаком заболевания являются застойные соски зрительных нервов, снижение остроты зрения, поражение отводящего, глазодвигательного и тройничного нервов.

Гнойный менингит. Для гнойного менингита характерны острое начало заболевания, повышение температуры тела до 39-40°C, сильная головная боль, тошнота, рвота. Сознание угнетено, отмечается soporозное состояние, выражен менингеальный синдром (ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского). В крови наблюдается лейкоцитоз до 15-20 *10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ увеличена. Особое значение для диагностики имеет исследование

Абсцесс мозга. Начальная фаза абсцесса (энцефалитическая) протекает с симптомами менингоэнцефалита. Следующая фаза (латентная) характеризуется общим недомоганием, головной болью. Абсцесс мозга диагностируется чаще в явной, или манифестной, фазе. Для этого периода заболевания характерны общие симптомы: субфебрильная температура тела, умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Общемозговые симптомы — интенсивная разлитая или локализованная головная боль, тошнота, рвота, брадикардия. Очаговые симптомы зависят от локализации, размера абсцесса, степени выраженности перифокальных воспалительных изменений.

Внезапное ухудшение общего состояния больного, усиление головных болей, появление менингеального синдрома при резком увеличении числа нейтрофилов и повышении содержания белка в церебральной жидкости указывают на прорыв абсцесса в мозговые желудочки или под оболочки головного мозга. Терминальная фаза абсцесса может также проявляться симптомами сдавления ствола мозга и параличом дыхательного центра.

Основные источники пути распространения инфекции

1. вдоль мышечных волокон между первой и второй фасциями шеи соответственно подкожной мышцы;
2. по сосудисто-нервному пучку;
3. по клетчатке боковой поверхности пищевода;

4. из отделов шеи, где около-челюстные флегмоны.

Диагностика. Диагноз ставятся на основании клиники, в оценке которой учитывают динамику нарастающей симптоматики, наличия гнойно-очаговых процессов челюстно-лицевой области, распространение гнойного экссудата из которой могло бы привести к развитию менингеальных осложнений или абсцесса мозга.

Производят: 1) эхоэнцефалографию, 2) электроэнцефалографию, 3) компьютерную томографию, 4) МРТ.

Принципы лечения. При медиастините необходимо оперативные вмешательства с целью дренирования гнойного очага. Также при медиастините, как и при других видах осложнений необходимо проводить:

- интенсивную антибактериальную терапию в ударных и сверхударных дозах антибиотиков;
- иммунотерапию (γ-глобулин);
- дезинтоксикационную терапию; • симптоматическую терапию.

Должна осуществляться коррекция всех видов обмена и деятельности всех систем организма.

Прогноз. Прогноз относительно благоприятен при гнойно-резорбтивной форме течения сепсиса.

Прогноз сомнителен септикопиемии. В случае гнойно-резорбтивной лихорадке неблагоприятные для диагностики единичны, при всех других формах клинического течения смертность достигает 50 – 80% наблюдений.

ПЕРФОРАЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Иванов Е.В. Безродных И.В.

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность. Перфорация дна верхнечелюстного синуса является одним из частых интраоперационных осложнений. Данное осложнение

является ятрогенным, развивающееся при проведении стоматологических манипуляций на верхней челюсти. По статистике, 0,3-4,7% перфораций связаны с экстракцией зубов. Более половины случаев осложнения регистрируется у лиц 19-40 лет, чаще у представителей мужского пола. Примерно 13% ороантральных сообщений сопровождаются проникновением инородных тел (пломбирочного материала, зуба) в полость гайморовой пазухи, в 60-95% наблюдений возникает перфоративный одонтогенный верхнечелюстной синусит (ПОВС), о последнем и пойдет речь.

Цель работы изучить причины, методы диагностики, подходы к лечению и профилактике перфорации дна верхнечелюстного синуса

Задачи:

4. Изучить методы диагностики перфорации дна верхнечелюстного синуса.

2. Изучить материалы по методам диагностики, лечению и профилактике перфорации дна верхнечелюстного синуса.

Классификация перфораций по А.К. Левенец (1966).

1. Перфорация одонтогенного происхождения в результате удаления зубов:

а) перфорации дна, осложненные или неосложненные синуситом;

б) перфорации с проталкиванием корня или зуба в пазуху, осложненные или неосложненные синуситом;

в) перфорации по поводу одонтогенных кист, осложненные или неосложненные синуситом;

г) перфорации при остеомиелите, осложненные или неосложненные синуситом.

Причины, способствующие перфорации: анатомические предпосылки, патологические процессы в области верхушки корня зуба, неправильное, грубое удаление зубов.

Г.В. Кручинский (1991) выделяет следующие виды перфораций: случайная и предполагаемая; распознанная и нераспознанная; неосложненная

и осложненная; перфорация с законченной и незаконченной операцией удаления зуба.

Случайная перфорация - неожиданное для врача и для больного вскрытие дна верхнечелюстной пазухи в момент удаления зуба.

Под предполагаемой перфорацией необходимо понимать вскрытие дна верхнечелюстной пазухи, которое врач предвидел и, естественно, психологически готов к определенным действиям.

Под распознанной понимают перфорацию дна верхнечелюстной пазухи, которая выявлена сразу после удаления зуба.

Встречаются случаи, когда перфорация дна верхнечелюстной пазухи, возникшая в результате удаления зуба, остается нераспознанной, т.е. не замеченной как врачом, так и больным. Обнаруживается она обычно позже в связи с периодическим попаданием воздуха или жидкости из полости рта в нос, с появлением признаков хронического воспаления верхнечелюстной пазухи, скудного отделяемого из носа, отделяемого из лунки зуба.

Неосложненная перфорация - в анамнезе клинически и рентгенологически нет признаков синусита. Наоборот, осложненной является перфорация дна пазухи, сопровождающаяся явными клиническими признаками синусита: выделением из лунки экссудата или гноя, затемнением соответствующей половины верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме, данными риноскопии, анамнеза и других средств диагностики.

Перфорация с законченной операцией удаления зуба. При этом подразумевается повреждение слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи в момент удаления зуба, который извлечен без остатка. При перфорации с незаконченной операцией удаления зуба речь идет о ситуации, когда при удалении зуба повреждена слизистая оболочка дна пазухи, но сама операция не завершена, остался корень или часть зуба, попавшие в пазуху.

Клинические признаки перфорации верхнечелюстной пазухи

Субъективные признаки: жалобы на необычные ощущения: попадание воздуха в полость носа; изменение тембра голоса, признаки ринолалии.

Объективные признаки: выделение крови из носа после удаления зуба; выделение из лунки удаленного зуба крови с пузырьками воздуха; выделение большого количества гноя из лунки; при зондировании пуговчатый зонд проникает гораздо выше, чем длина лунки зуба. Зонд свободно перемещается в стороны; при промывании через лунку жидкость попадает в нос.

Ротовая проба: при зажатии пальцами ноздрей и попытке надуть щеки воздух со свистом выходит в рот через лунку, выделяется кровь с пузырьками газа.

Носовая проба: при попытке надуть щеки воздух выходит через нос и щеки надуть не удастся. Необходимо иметь в виду, что прохождение воздуха в пазуху и нос или рот может быть затруднено вследствие полипоматоза, грануляций, наличия большой кисты, опухоли или другой патологии верхнечелюстной пазухи.

Лечебная тактика при наличии перфорации верхнечелюстной пазухи направлена на сохранение сгустка. Для этого необходимо:

а) ушить края лунки зуба или закрыть сформировавшееся сообщение с верхнечелюстной пазухой лоскутом, выкроенным со щеки. Производить платическое закрытие соустья возможно в течение первых 48 часов после перфорации или в период от 2 до 8 недель;

б) прикрытие лунки зуба тампоном; при этом нельзя тампонировать лунку зуба на всю глубину;

в) использование пластинок, прикрывающих отверстие от попадания содержимого полости рта.

Возможно самопроизвольное заживление лунки зуба и закрытие перфорационного отверстия. При наличии воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе или при проталкивании корня зуба в пазуху наряду с пластикой соустья проводят антротомию и ревизию пазухи.

На приеме, при перфорации дна верхнечелюстного синуса и образовании ороантрального соустья не следует проводить все доступные пробы, мы считаем, что это может привести к инфицированию пазухи, мы

думаем, что нужно взять стерильный зонд и проверить, есть ли сообщение, либо же сводить пациента на рентген исследование, в случае с проталкиванием корня просто отвести пациента на рентген, корень должен отобразиться на рентгене. Это может считаться и профилактикой к развитию синусита.

Также, можно промыть пазуху раствором фурацилина (1-5000) и введение в пазуху 1,000,000 ЕД пенициллина в 10 мл 0.5% раствора новокаина). После чего провести пластику местными тканями: мобилизация, перемещение и подшивание к краям раны альвеолярного, вестибулярного, щечного или комбинированного лоскута.

По нашему мнению, наиболее эффективным методом диагностики были и являются рентгенография и ОПТГ. А также, эндоскопическое обследование при наличии ороантрального соединения.

В случае с проталкиванием корня, или же если пациент пришел на прием с инородным телом в гайморовой пазухе:

1. Проводится гайморотомия, извлекается корень, и в случае, если воспаления нет, то проводится промывание пазухи антибиотиком и пластическое закрытие перфорационного отверстия лоскутом с вестибулярной поверхности десны, который должен быть выкроен в начале операции.

2. В случае острого воспаления проводится промывания верхнечелюстной пазухи (ежедневно, в течение 6-10 дней) раствором фурацилина (1-5000) и введение в пазуху 1,000,000 ЕД пенициллина в 10 мл 0.5% раствора новокаина);

3. Физиотерапия (УВЧ, соллюкс, диатермия, дарсонвализация);

4. Введение в полость носа 3-5% раствора эфедрина гидрохлорида, нафтизина или санорина.

Профилактикой после перфорации дна верхнечелюстной пазухи, и проведения пластики для закрытия ороантрального сообщения будет являться отказ от таких привычек, как: курение, дыхание через рот в условиях улицы, отказы от жевания со стороны перфорации.

В заключении можно сказать, что развитие перфорационного синусита можно предотвратить на стадии перфорации дна гайморовой пазухи, нужно лишь соблюдать профилактические мероприятия. Также, для предотвращения проведения хирургических мероприятий по поводу удаления зуба следует проводить санацию полости рта, желательно, каждые полгода.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СТАЦИОНАРА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Монголов Л. Ж. Танганова Э. С.

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность проблемы. Повышение качества оказания медицинской помощи представляет собой одним из важнейших особенностей формирования здравоохранения в стране. Знание системы заболеваний, с которыми пациенты обращаются за помощью в условиях стационара, помогает более оптимально создавать оказание медицинской помощи населению в отделении челюстно-лицевой хирургии.

Цель работы.

Проанализировать структуру заболеваний челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии ГУЗ “Краевая клиническая больница” г. Читы и определить наиболее актуальную патологию по эпидемиологической и социально-экономической важности.

Материалы и методы.

Проведен анализ 798 карт больных, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ГУЗ “Краевая клиническая больница” г. Читы в период с 01.10.20 по 30.11.20 года. В зависимости от диагноза, пола, возраста и сроков лечения пациенты **распределены по группам.**

Результаты. Анализ статистических данных показал, что наиболее часто в отделение челюстно-лицевой хирургии ГУЗ “Краевая клиническая больница” г. Читы были госпитализированы лица с одонтогенными воспалительными процессами – 263 (32,9 %) больных. В эту группу вошли пациенты с хроническим перикоронитом и/или обострением хронического перикоронита- 135 (51,33%), с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области – 46(17,49%). На втором месте среди госпитализированных находились пациенты с диагнозом «Возрастные изменения кожи» - 202 (25,31%). Среди них 100% составляли женщины, средний возраст пациенток – 46,8 лет. На третьем и четвертом месте лица с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями головы и шеи – 123 (15,4%), а также с повреждениями мягких тканей и костей лицевого скелета – 121 (15,16%). Среди онкологических заболеваний преобладали кисты челюстей – 70 (57,8%), а среди травм – отмечено наибольшее количество пациентов с переломами нижней челюсти – 94 (77,68%). Самую малочисленную группу составили больные с зубочелюстными аномалиями – 29 (3,63%). В отдельную группу были выделены пациенты, которым требовались восстановительные операции челюстно-лицевой области - 48 (6,01%) человек.

По продолжительности лечения выделены следующие группы: 1-2 дня пребывали в стационаре – 40 (5,01%) человек, среди них доминируют пациенты с диагнозом периодонтит и с опухолевыми процессами. 3-5 дней – 192 (24,06%) человек. В данной группе преобладали пациенты с возрастными изменениями кожи. Самую многочисленную группу составили пациенты, лечившиеся в стационаре от 6 до 9 дней – 330 (41,35%) человек. У множества из них был диагноз перикоронит и с повреждения челюстно-лицевой области. Необходимо отметить, что очень длительно находились на лечении в стационаре пациенты с абсцессами, флегмонами и травмами челюстно-лицевой области - 10 и более дней. В эту группу вошли 236 (29,57%) пациента.

Заключение. В итоге, изучение данных, приобретенных при исследовании структуры заболеваний направленных в больницу в отделение

челюстно-лицевой хирургии ГУЗ “Краевая клиническая поликлиника” г. Читы, дало возможность выявить значительное преобладание (33,02%) пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Поиск новых методик их лечения позволит улучшить оказание помощи пациентам с указанной патологией.

СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Мункуева Д.Б.

Кафедра хирургической стоматологии

Научный руководитель: профессор, д.м.н., Пинелис Ю.И.

Актуальность. В настоящее время в связи с постарением населения планеты проблема медицинской адаптации и реабилитации людей старших возрастных групп весьма актуальна. Состояние полости рта безусловно отражает возрастные изменения и здоровье человека. Многочисленные наблюдения и исследования стоматологов свидетельствуют о наличии определенной взаимосвязи между патологией внутренних органов и систем организма с поражением органов полости рта.

Цель работы изучить особенности стоматологического статуса долгожителей.

Материалы и методы. Высокая распространенность стоматологических заболеваний среди пожилого населения обусловлена прежде всего тем, что в челюстно-лицевой системе с возрастом происходят как морфологические, так и физиологические изменения. Многие эти изменения сами по себе все же являются не первичными возрастными изменениями, а вторичными — вследствие функциональных нарушений, болезней и привычек. К наиболее важным изменениям челюстно-лицевой области, связанным с возрастом, относятся: заболевания твердых тканей зубов и пародонта; изменения слизистой оболочки (неоплазии и преканцерозы);

потеря зубов; оральные проявления системных заболеваний и побочных воздействий медикаментов; боли в челюстно-лицевой области.

На зубах таких пациентов часто встречаются клиновидные дефекты или дефекты твердых тканей атипичной формы. Жевательные и режущие поверхности сохранившихся зубов умеренно стертые. Нередко наблюдается повышенная стираемость зубов, сопровождающаяся снижением высоты прикуса (с чем связано своеобразное «старческое» выражение лица). а также изменениями в височно-нижнечелюстных суставах и образованием складок в углах рта. С увеличением возраста альвеолярная кость подвергается резорбтивным процессам, образование коллагеновых волокон становятся более неравномерным. Затем атрофии подвергается и кортикальная кость. Количество остеобластов уменьшается, а их способность к образованию костной ткани ослабевает.

Прогрессирование деструкции пародонта с возрастом характеризуется повышенной потерей зубов, значительной глубиной пародонтальных карманов и снижением уровня десневого края. Изменения в области десен преклонном возрасте характеризуются выраженной воспалительной реакцией. Однако клиническая картина пародонтита у пожилых пациентов мало отличается от таковой у лиц среднего возраста. Клиника заболеваний пародонта у пожилых пациентов может зависеть от ряда факторов, действие которых усиливается на фоне соматической патологии и процессов старения организма. При воспалении и деструкции опорного аппарата зуба решающую роль играет иммунная защита. Обусловленные старением изменения иммунной системы считаются предрасполагающим фактором для прогрессирования заболеваний пародонта. Нельзя не учитывать, что частота чистки зубов с возрастом значительно снижается, гигиена полости рта существенно ухудшается.

Проведено изучение стоматологического статуса у 23 (8 мужчин и 15 женщин) долгожителей в возрасте от 90 до 99 лет, проживающих в Забайкальском крае в пгт. Агинское. При изучении стоматологического

статуса использованы общепринятые методы изучения частоты встречаемости и интенсивности течения основных стоматологических заболеваний.

Частоту встречаемости и нуждаемость пациентов в лечении и протезировании зубов оценивала в процентах. Для оценки индивидуальной гигиены полости рта использовала индекс Ю.А. Федорова — В.В. Володкиной, для объективной оценки состояния тканей пародонта применяли комплексный периодонтальный индекс П.А. Леуса. Уровень стоматологической помощи оценивали по индексу УСП в процентах.

Результаты исследования.

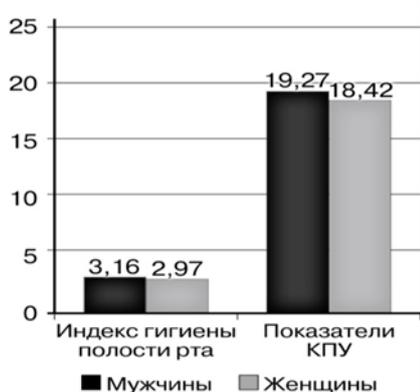


Рис. 1. Значения показателя КПУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов) у долгожителей, имеющих естественные зубы, и индивидуального индекса гигиены полости рта по Ю.А. Федорову-В.В. Володкиной, усл. ед.

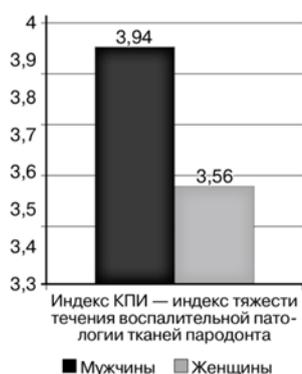


Рис. 2. Средние значения индекса КПИ у долгожителей, усл. ед.

Анализ стоматологического здоровья показал, что из обследованных мужчин имели зубы 4 (0,32%) человек, среди женщин — 9 (1,35%) человек. Все изменения тканей зубов после завершения их формирования могут считаться возрастными изменениями. У долгожителей имеются свои возрастные особенности этиопатогенеза, клинической картины и течения заболеваний полости рта. С возрастом изменяется форма, цвет и структура твердых тканей зубов. Форма зубов изменяется вследствие истирания. Потеря бороздок делает эмалевую поверхность долгожителей людей более гладкой. Вследствие этого наблюдается совершенно иное светопреломление и связанное с этим восприятие цвета зубов, зубы кажутся более желтыми и непрозрачными. На цвет влияет увеличение толщины дентина, а также экзогенные факторы: пигментация анатомических структур пищевыми остатками, неудовлетворительная гигиена полости рта.

Индивидуальная гигиена полости рта у долгожителей, которые имели естественные зубы, независимо от пола, была неудовлетворительной (рис. 1). При этом все эти пациенты имели пародонтальные и периапикальные очаги хронической одонтогенной инфекции и нуждались в терапевтических и хирургических санационных мероприятиях. Учитывая, что 0,32% мужчин и 0,9% женщин из обследованных долгожителей страдали полной утратой естественных зубов, распространенность кариеса среди составила у мужчин 0,32%, среди женщин — 1,35%, при показателе КПУ, соответственно, $19,3 \pm 1,6$ (кариозных зуба (К) — 3,42; пломбированных зуба (П) — 2,94; удаленных зуба (У) — 12,91), и $18,4 \pm 1,2$ (кариозных зубов — 2,46; пломбированных зубов — 3,11; удаленных зубов — 12,85) пораженных зуба. Некариозные поражения в виде повышенной стираемости твердых тканей зубов и клиновидных дефектов зубов были выявлены у всех долгожителей в 100% случаев независимо от пола ($p \geq 0,05$).

У мужчин чаще, чем у женщин, диагностировалась дистрофическая форма поражения тканей пародонта (пародонтоз), соответственно, в 1,84% и 3,45% случаев ($p \leq 0,01$). Независимо от пола у долгожителей часто

встречались воспалительная патология пародонта в виде хронического генерализованного пародонтита (ХГП), который протекал в среднетяжелой степени тяжести. Так, ХГП у мужчин выявлялся в 0,56% случаев, у женщин — в 1,8% случаев. Уровень стоматологической помощи у долгожителей оценивали, как плохой (индекс УСП = 9,92%). У женщин также чаще, чем у мужчин, выявлялись заболевания слизистой оболочки полости рта в виде парестезий, протезных стоматитов, красного плоского лишая, соответственно, в 2,1% и 0,48% случаев. При этом не всегда проводится четкая грань между возрастными и патологическими изменениями, частота которых с возрастом увеличивается. Так, атрофия нитевидных сосочков языка, которую некоторые авторы считают одним из признаков «старческого» языка, встречается действительно чаще у данного контингента больных, хотя не является специфическим признаком патологии старческого возраста. Ороговение - обычное явление, свойственное отдельным участкам слизистой оболочки полости рта. В старости оно приобретает патологические признаки, характеризующие кератоз. У лиц преклонного возраста отмечается побледнение слизистой оболочки, нередко с цианотичным оттенком. Влажность языка постепенно общей тенденции пожилых людей к гипосаливации.

У всех долгожителей (в 100% случаев) диагностированы заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в виде височно-нижнечелюстного артроза, болевой дисфункции ВНЧС, привычного вывиха и подвывиха нижней челюсти, в то время как парафункции жевательных мышц (бруксизм, сжатие зубов, постукивание зубами, беспитцевое жевание) чаще встречались у мужчин, чем у женщин долгожителей. В протезировании нуждались все осмотренные долгожители, так как у лиц, имеющих зубные протезы последние не отвечали медицинским, функциональным или эстетическим требованиям

Заключение. Проведенное клиническое исследование позволило уточнить основные показатели стоматологического здоровья долгожителей, проживающих в Забайкальском крае пгт. Агинское. Учитывая полученные

данные, мне представляется, что оценка критериев здоровья людей старших возрастных групп должна быть интегральной и учитывать не только степень их физической подвижности, социальную активность, остроту зрения, слуха, но и стоматологическое здоровье, в том числе показатель сохранившихся зубов и их функциональной ценности. Значение этого показателя сложно переоценить, так как нарушение целостности жевательного аппарата и его функции приводит к снижению качества жизни долгожителей, отрицательно влияет на пережевывание пищи, а, следовательно, на работу органов пищеварения и обменные процессы в организме.

3.АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АДГЕЗИВНЫХ ТЕХНИК В РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ

Адигамова Г.Р., Бородина Е.Н., Шкупило Е.В.

Кафедра терапевтической стоматологии

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

Актуальность.

На современном этапе терапевтическая стоматология достигла больших успехов в лечении заболеваний твердых тканей зубов. Лечение кариеса по-прежнему остается актуальным вопросом, что подтверждается разнообразием материалов и методик, использующихся в повседневной практике врача-стоматолога для восстановления формы и функции зуба (1).

В настоящее время на стоматологическом рынке присутствует большое количество различных пломбировочных материалов. Наиболее востребованные материалы обеспечивают восстановление значительных дефектов твердых тканей зубов, возвращают им цвет и блеск. Между тем ни один композитный материал на сегодняшний день не может применяться без адгезивной системы, которая обеспечивает прочное сцепление пломбировочных материалов с тканями зуба, а также изоляцию пульпы от действий раздражителей всех типов. Адгезия к дентину является сложной задачей, благодаря наличию смазанного слоя толщиной около 5 мкм, который образуется после инструментальной обработки и состоит из частиц гидроксиапатитов, разрушенных отростков одонтобластов, денатурированных коллагеновых волокон, ротовой жидкости, микроорганизмов. Этот слой непрочно соединен с дентином, но в то же время

смазанный слой после препарирования закупоривает дентинные канальцы на 2-6 мкм и препятствует свободному току дентинной жидкости в них и контакту пломбировочного материала к тканям зуба, что делает невозможным образование прочных связей между ними.

Использование современных адгезивных систем полностью не решает указанных проблем.

Цель работы.

Изучить показания и методики работы с современными адгезивными системами по данным разных литературных источников

Задачи исследования:

-сравнить преимущества и недостатки адгезивных систем разных поколений при использовании в той или иной клинической ситуации

-изучить последовательность и технику применения разных типов адгезивных систем

-сравнить влияние компонентов адгезивных систем на пульподентинный комплекс.

Материалы и методы.

Основные материалы для изучения - мониторинг научных статей, посвящённых различным особенностям применения различных адгезивных систем.

Результаты исследования.

Адгезивная система — это набор жидкостей, включающий в разных комбинациях протравливающий компонент, праймер и бонд, способствующие микромеханической фиксации стоматологических материалов к твердым тканям зуба.

Адгезив (англ. — **adhesive**) означает «клеящее вещество». Его применяют в стоматологии для скрепления различных материалов с зубом путем поверхностного сцепления, которое происходит за счет образования молекулярных связей. Таким образом, все неровности зуба заполняются адгезивом, увеличивая площадь соприкосновения между поверхностью зуба и,

к примеру, пломбой. Адгезивные системы используются в терапевтической стоматологии для работы с композитами, компомерами и некоторыми стеклоиономерными цементами на полимерной основе; в ортопедической стоматологии — при адгезивной фиксации всех видов непрямых конструкций, починках сколов композитных и керамических облицовок; для фиксации брекетов (ортодонтический адгезив), виниров, различных украшений; в детской стоматологии — при запечатывании фиссур, для крепления ортодонтических конструкций

Состав адгезивной системы, как правило, представлен протравливающим компонентом (протравкой), праймером и бондом .

Протравливающий компонент — это неорганические (ортофосфорная) или органические (лимонная, малеиновая, полиакриловая) кислоты. Может использоваться как отдельный компонент самопротравливающей адгезивной системы или вместе с праймером и бондом. Удаляет «смазанный слой» и способствует улучшению адгезии к тканям зуба.

Праймер — химический комплекс, включающий гидрофильные мономеры, растворитель, наполнитель, инициатор и стабилизатор. Предназначен для пропитывания структур дентина (сети коллагеновых волокон, дентинных трубочек) с образованием гибридного слоя. Праймер обеспечивает сцепление гидрофобных стоматологических материалов с влажной поверхностью дентина.

Бонд-агент (адгезив) — химический комплекс, включающий гидрофобные высокомолекулярные метакрилаты, наполнитель, растворитель, инициатор, стабилизатор. С помощью адгезива обеспечивается связь гидрофобного композиционного материала с протравленной поверхностью эмали.

Классификация адгезивных систем:

- Первое поколение адгезивов появилось в конце 70-х годов прошлого века. Их характеризуют высокие показатели адгезии к эмали, но адгезия к дентину является крайне низкой – как правило, не больше 2МПа.

Адгезия достигалась за счет взаимодействия бонда и кальция, содержащегося в дентине. Адгезивные системы этого поколения были рекомендованы для использования только с полостями класса III и V. При использовании в области жевательных зубов часто наблюдалась значительная постоперационная чувствительность.

- В начале 80-х годов прошлого столетия появилось второе поколение адгезивов. Здесь была сделана попытка задействовать смазанный слой для получения более высоких показателей адгезии к дентину до 2-8МПа, что, конечно же, абсолютно недостаточно для надежной фиксации.. При использовании этих систем часто наблюдались микроподтекания, проблема постоперационной чувствительности также не была решена.

- В конце 80-х годов XX столетия появились двухкомпонентные адгезивные системы, состоящие из праймера и адгезива. Это, а также значительное улучшение механических показателей сцепления (8-15 МПа), позволяет выделить их в отдельное поколение адгезивных систем – третье по счету. Их появление позволило в некоторых клинических ситуациях минимизировать препаровку зуба. Кроме того, при их использовании наблюдалось значительное снижение постоперационной чувствительности. Адгезивы этого поколения впервые обеспечивали адгезию не только к зубу, но и к металлам, и керамике.

- Появление адгезивов четвертого поколения в начале 90-х годов преобразило стоматологию. Показатель адгезии к дентину достиг “современных” значений – 17-25 МПа, а постоперационная чувствительность при применении адгезивов этого поколения снизилась еще больше.

- В адгезивах пятого поколения удалось устранить проблему смешивания – была реализована концепция “одной бутылочки”, т.е. адгезив и праймер были помещены в одну емкость (стали однокомпонентными).

- Адгезивные системы 6 поколения являются одношаговыми самопротравливающими системами, которые находятся в 2 бутылочках и требуют смешивания непосредственно перед применением.

- Один представитель 7 поколения – это система iBond от Heraeus Kulzer. В этом поколении упрощены этапы клинического применения адгезивов шестого поколения путем объединения их в единый комплекс, т.е. в систему помещенного в один флакон.

На сегодняшний день адгезивные системы 1–3-го поколений практически не используются в стоматологической практике. Это обусловлено низкими показателями силы сцепления с тканями зуба, в первую очередь с дентином, а также нестабильностью этого соединения. Современные исследования показали, что для компенсации полимеризационной усадки композиционных материалов, составляющей 1,6–5 %, минимальная сила сцепления с твердыми тканями зуба должна составлять 18–20 Мпа.

в настоящее время «золотым стандартом» являются **адгезивные системы 4-го поколения**, эффективность и надежность их работы проверена временем и доказана во многих исследованиях.

Представитель: OptiBond FL

Состав:

- Кондиционер
- Праймер
- Эмалево-дентинный бонд-агент

Техника применения предусматривает три этапа:

1-й этап: протравливание твердых тканей зуба. Время экспозиции 15–20 секунд на эмали, 10–15 — дентин. Смывание геля водой в течение 5 секунд и слегка просушивается воздухом.

2-й этап: нанесение праймера. Время экспозиции: 15–30 секунд. После обработки вся поверхность дентина должна иметь глянцевый вид, для чего требуется от 1–5 аппликаций. Затем слабой струей воздуха необходимо высушить поверхность тканей зуба.

3-й этап: нанесение адгезива с помощью аппликатора или кисточки. Затем он полимеризуется светом активирующей лампы 20 сек. После проведения этого этапа полость готова к пломбированию композитом.

В среднем по времени адгезивная подготовка системами 4 поколения занимает 2,5 мин.

Преимущества:

- высокая сила адгезии к эмали и дентину (более 20 Мпа)
- хорошие отдаленные результаты клинических исследований
- многофункциональность

Адгезивную систему 4-го поколения можно применять в различных клинических ситуациях:

-при проведении прямой реставрации любых дефектов при помощи композитных материалов;

-для обработки твердых тканей зуба перед фиксацией коронок, мостовидных протезов, вкладок для профилактики возникновения явлений повышенной чувствительности зубов.

Недостатки:

- многоэтапность использования
- увеличенное время работы
- высокие требования к качеству исполнения этапов работы
- высокая стоимость.

Адгезивные системы 5-го поколения.

Представитель: Single Bond (3M)

Состав:

- Кондиционер
- Праймер
- Эмалево-дентинный бонд-агент (2 в 1)

В одном флаконе адгезива 5-го поколения содержится смесь низкомолекулярных гидрофильных смол и эластомеров, растворенных в воде,

спирте или ацетоне, а также нанопополнителей, придающих механическую прочность гибриднему слою.

Техника применения адгезивов 5-го поколения предусматривает:

1-й этап: протравливание твердых тканей зуба. Время экспозиции 15–20 секунд на эмали, 10–15 — дентин. Смывание геля водой в течение 5 секунд и слегка просушивается воздухом.

2-й этап: нанесение праймера. Время экспозиции: 15–30 секунд. После обработки вся поверхность дентина должна иметь глянцевый вид, для чего требуется от 1–5 аппликаций. Затем слабой струей воздуха необходимо высушить поверхность тканей зуба.

3-й этап: нанесение адгезива с помощью аппликатора или кисточки. Затем он полимеризуется светом активирующей лампы 20 сек. После поведения этого этапа полость готова к пломбированию композитом.

В среднем по времени адгезивная подготовка системами 4 поколения занимает 2,5 мин.

Преимущества:

- сокращение количества этапов работы, а вместе с тем времени
- доказанная совместимость со всеми светоотверждаемыми материалами
- довольно высокие показатели силы сцепления с эмалью и дентином
- обеспечивает надежную адгезию и краевое прилегание пломбы

Применение:

Адгезивные системы 5го поколения используются при реставрациях больших полостей на жевательных и передней группы зубов.

Недостатки:

По сравнению с адгезивными системами IV поколения, адгезивы V поколения проще в применении, работа с ними требует меньше времени, однако сила адгезии у них несколько ниже, а также более высокий риск возникновения постпломбировочной чувствительности (3).

Применение систем 4 и 5 поколений основано на растворении и полном удалении «смазанного» слоя. Поэтому применение этих систем

предусматривает технику тотального кондиционирования твердых тканей зуба.

Известно, что все адгезивные системы пятого поколения можно разделить на две основные группы — этанол-содержащие и ацетонсодержащие. Однако до сих пор при их выборе для проведения реставрационной терапии не учитывалось состояние твердых тканей зубов, в формировании которых значительную роль играет структурно-функциональная резистентность и ее изменения в разные возрастные периоды.

Влияние структурной функциональности резистентности зуба на показатель качества адгезии композитного полимеризуемого пломбирочного материала при использовании этанолсодержащего и ацетонсодержащего адгезивов при реставрации твердых тканей зубов в разные возрастные группы было выявлено в работе А.В. Азарова [1]. Показано, что при выполнении реставраций твердых тканей зубов у лиц молодого возраста (до 25 и 25-30 лет) были получены достоверно более высокие показатели при использовании ацетонсодержащей адгезивной системы. В возрасте от 41-50 и старше 50 лет - при использовании этанолсодержащей адгезивной системы. Хотя, качество реставраций зубов в рамках оценочных критериев было достоверно равным, как при использовании ацетонсодержащей, так и этанолсодержащей адгезивной систем.

Однако область исследования применения этанолсодержащих и ацетонсодержащих адгезивов, взаимосвязи между уровнем структурно-функциональной резистентности зуба и качеством адгезии при использовании этих групп адгезивных систем при восстановлении твердых тканей зубов требует к себе пристального внимания со стороны ученых и врачей в силу своей чрезвычайной актуальности.

Адгезивные системы 6 поколения являются одношаговыми самопротравливающими системами, которые находятся в удобном блистере L-Pop и требуют смешивания непосредственно перед применением.

Представитель: Adper Prompt L-Pop

Состав:

- Кондиционер
- Праймер
- Эмалево-дентинный бонд-агент (3 в 1)

Этапы работы с адгезивными системами 6 поколения:

- вне полости рта производится смешивание компонентов адгезивной системы (внутри одноразовой упаковки или в специальной ячейке);
- внесение адгезивной системы на эмаль и дентин кариозной полости при помощи аппликатора (экспозиция 15 секунд);
- распределение адгезивной системы при помощи слабой струи воздуха
- повторное нанесение
- распределение слабой струей воздуха
- фотополимеризация адгезивной системы 10 сек.
- внесение композиционного материала.

Преимущества:

- простая и быстрая методика работы
- почти полное отсутствие постоперативной чувствительности
- довольно высокие показатели силы сцепления с дентином
- многофункциональность сходная с системами 4-го поколения
- совместимы с разными пломбировочными материалами (фотокомпозиты, компомеры, гибридные СИЦ и др.)

Недостатки:

Однако широкому внедрению адгезивных систем VI поколения в практику препятствует ряд нерешенных пока проблем. Отмечается, что сила связывания с эмалью у этих адгезивов меньше, чем у адгезивных систем IV и V поколения. Поэтому при использовании адгезивов VI поколения рекомендуется проводить предварительное кислотное протравливание эмали. Кроме того, при применении этих адгезивов труднее контролировать степень

обработки поверхности дентина, что может привести к недостаточной трансформации «смазанного» слоя. Это требует точного соблюдения времени экспозиции адгезива и нанесения его несколькими порциями. Следует также обратить внимание на то, что большинство однокомпонентных адгезивов VI поколения в соответствии с рекомендациями фирм-производителей должны храниться в холодильнике при температуре от +2 до +8°C [6].

Адгезивные системы 7-го поколения—сходны с адгезивными системами 6-го поколения. Отличительной чертой является только отсутствие этапа смешивания компонентов. Адгезивные системы 7-го поколения представлены одним готовым раствором, содержащим протравку, праймер и бонд-агент.

Представитель: OptiBond All in One

В составе всех самопротравливающих адгезивов 7-го поколения входит вода и высокая концентрация кислотных гидрофильных мономеров (до 40 %), нанонаполнитель (5–15 %), несколько типов фотоинициаторов, что позволяет полимеризовать их любым источником света (галогеновыми, светодиодными, плазменными лампами).

Методика работы с адгезивными системами 7-го поколения предусматривает:

- предварительное встряхивание раствора, нанесение его на эмаль и дентин, начиная с эмали несколькими слоями,
- экспозиция 20–30 секунд,
- раздувание воздухом, полимеризацию 5–20 секунд.
- минимальное время проведения адгезивной подготовки при использовании этих систем составляет в среднем 35 секунд.

Преимущества:

- очень простая и быстрая методика работы
- почти полное отсутствие постоперативной чувствительности
- усовершенствованная система полимеризации.

Недостатки:

- недостаточная универсальность в применении, так как эти адгезивы используются только со светоотверждаемыми материалами,

- недостаточная эффективность протравливания интактной эмали и склерозированного дентина,

- нестабильность химического состава при длительном хранении

В сравнение с адгезивами предыдущих поколений улучшены свойства полимеризации материалов усовершенствована за счет новых инициаторов, которые позволяют полимеризовать материал под действием всех известных на сегодняшний день в стоматологии источников света (галогеновых, светодиодные, плазменные лампы и лазеры). В целом эти системы еще мало изучены как *in vitro*, так *in vivo*, а результаты оценок разных экспертных организаций достаточно противоречивы. (4)

Выводы.

Современный рынок стоматологических материалов предлагает большой выбор самых разнообразных адгезивных систем, разработанных на основе различных концепций. Это говорит о том, что идеальная адгезивная система, обеспечивающая оптимальную скорость работы, высокую прочность и долговечность адгезивного соединения к настоящему моменту не создана. Все существующие адгезивные системы имеют свои преимущества и недостатки, поэтому основной задачей стоматолога является подбор той системы, которая соответствует особенностям конкретной клинической ситуации. В сложных случаях, например, при изготовлении протяженных реставраций для жевательных зубов и адгезивной фиксации вкладок, предпочтение следует отдавать испытанным адгезивным системам, нанесение которых осуществляется в несколько этапов. Доказано, что они обеспечивают лучшее качество адгезии. В более простых случаях, с точки зрения объема реставрации, уровня механических нагрузок, площади ретенционной поверхности и эстетических требований, оптимальным является использование адгезивов «все в одном». Следует помнить, что для достижения высококачественного конечного результата гораздо большее значение имеет не

выбор адгезивной системы, а тщательное соблюдение всех рекомендаций и технологии ее применения.

Также необходимо найти компромисс между временем нанесения, трудоемкостью процесса и эффективностью адгезива. Так, системы четвертого и пятого поколений с тотальным протравливанием позволяют добиться превосходных результатов и гарантируют их стабильность, но у них достаточно высок риск развития послеоперационной чувствительности. Адгезивы 6 и 7 поколений этого недостатка лишены, но у них могут возникать проблемы с протравливанием, стабильностью гибридного слоя.

При изготовлении виниров и реставрации дефектов IV класса необходимо отдавать предпочтение проверенным адгезивам 4 и 5 поколений.

На основе общего опроса используются в основном адгезивные системы V поколения, несмотря на появление более простых в применении самопротравливающих адгезивов, остаются наиболее популярными у российских стоматологов.

При выборе бондинговой системы в клинической практике необходимо учитывать множество факторов, в том числе групповую принадлежность зубов, возраст пациента и степень витальности зубов. Однако, в литературе мы не нашли исследований, какую именно адгезивную систему можно считать оптимальной, учитывающих эти факторы. Необходимо дальнейшее исследование для выявления показателей долговременного соединения с твердыми тканями зуба этанолсодержащего и ацетонсодержащего адгезивов тотального протравливания

НАПРАВЛЕННАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ ТКАНЕЙ В ПАРОДОНТОЛОГИИ

Валеев В. Х.

Кафедра терапевтической стоматологии

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

Актуальность. Одним из основных последствий заболеваний пародонта является системная морфофункциональная дезорганизация зубочелюстной системы на всех уровнях. Важным звеном этого процесса является образование пародонтальных дефектов, проявляющихся в разрушении зубодесневого соединения, периодонтальной связки, цемента корня зуба и альвеолярной кости. К основным клиническим проявлениям деструкции пародонта можно отнести образование кармана, патологическую подвижность и смещение зуба, вторичную патологию прикуса и как интегративный результат — прогрессирующую дисфункцию конкретного зуба и зубочелюстной системы в целом.

Цель работы.

Изучение современного уровня терапии поврежденного пародонта на основе направленной регенерации тканей (НРТ) и восстановления в их природной топографии, гистологии и функции.

Материалы и методы.

Направленная регенерация тканей (НРТ) предполагает полную репарацию пародонтального аппарата, то есть формирование нового цемента, периодонтальной связки и альвеолярной кости, потерянных в результате заболеваний пародонта.

Впервые барьерную мембрану при заживлении тканей пародонта применили S. Numan в 1982 г. в исследовании, проведенном на обезьянах, используя фильтр из смешанной целлюлозы (Millipore Filter) для разграничения эпителия, соединительной ткани от костного дефекта. Через 3 мес. гистологические результаты показали образование нового цемента, нового прикрепления, новой кости. Исследователи также подтвердили полученные результаты с последующим применением концепции НТР на людях. Блок-биопсия в области центрального нижнего резца показала наличие нового цемента с вросшими в него коллагеновыми волокнами, которые проросли на 5 мм выше апикальной границы лоскутной операции. Результаты этих экспериментов доказали, что расположение между

соединительнотканым лоскутом, поверхностью корня и окружающей ее альвеолярной костью миллипористого фильтра на основе целлюлозы (Millipore Filter, Millipore Ltd. Harrow, Middlesex/UK) приводит к регенерации зубодесневого прикрепления.

Таким образом, формирование новой костной ткани посредством метода НРТ успешно завершается *при следующих условиях:*

1. необходим источник остеогенных клеток, что обеспечивается наличием жизнеспособной кости в самом дефекте (ростковых зон);
2. необходимы достаточные возможности для реваскуляризации аугментата;
3. обеспечение стабильности аугментата в костном дефекте;
4. мембрана должна сохраняться и ограничивать пространство костного дефекта;
5. до периода формирования первичного остеона клетки эпителия и соединительной ткани должны быть изолированы от пространства, созданного мембраной.

Требования, предъявляемые к мембранам:

- интегрироваться с тканями (только мембраны с сохраненной нативной структурой) или обладать биоинертностью (для нерассасывающихся мембран);
- выполнять барьерную функцию в отношении фибробластов и эпителиоцитов;
- обладать высокой биосовместимостью;
- длительно сохранять форму и объем дефекта;
- иметь высокие эргономические характеристики.

Показания для проведения НРТ:

1. Фуркационные дефекты I–II класса.
2. Двух- и трехстеночные пародонтальные дефекты.
3. Устранение рецессий десны.
4. Сохранение/формирование альвеолярного гребня.

5. Аугментация костной ткани при имплантации.
6. Синус-лифтинг.
7. Лечение периимплантита.
8. Устранение дигисценций костной ткани.
9. Коррекция биотипа альвеолярного гребня.

Противопоказания к проведению НТР:

1. Невозможность провести анестезию (в некоторых случаях в качестве альтернативы НТР проводится под наркозом).
2. Аллергия на материалы мембраны – обычно все равно удается провести операцию после замены материала.
3. Заболевания костной системы.
4. Тяжелые инфекции ротовой полости и организма, обострение хронических заболеваний.
5. Заболевания сердечно-сосудистой системы.
6. Нарушения свертываемости крови.
7. Раковые опухоли в полости рта.

Классификация барьерных мембран:

1. *Резорбируемые* (конструкции со временем, рассасывающиеся самостоятельно):
 - А) Аллотрансплантаты (Dura mater, Pericardium, DFBA);
 - Б) Аутоотрансплантаты (Соединительнотканый лоскут, аутофибриновая мембрана, аутокость и надкостница);
 - В) Ксенотрансплантаты (Коллагеновые, деминерализованная кость);
 - Г) Синтетические (Поликтидный, полигалактидный полимеры, сульфат кальция);
2. *Нерезорбируемые* (нерассасываемые мембранные конструкции требующие удаления):
 - А) Синтетические (ePTFE тефлон (политетрафторэтилен), титан (фольга, сетка), силикон);

Этапы проведения НТР:

Для проведения лоскутной операции, совмещенной с техникой НТР пародонта, в большинстве случаев достаточно инфильтрационной анестезии. После проведения анестезии выполняется разрез в соответствующей технике «модифицированная лоскутная операция по Видманну в модификации Рамфьерда» или по схожей «лоскутная операция по Видманну в модификации Лукьяненко–Штурм». Производится максимально экономичный интрасулькулярный разрез с вестибулярной и оральной поверхностями пораженных зубов. Разрез продолжают хотя бы на один соседний зуб с каждой стороны от области вмешательства с целью обеспечения доступа. По возможности необходимо сохранять межзубные мягкие ткани, избегая их иссечения (Nygaard-Ostby P. et al., 1996). При утрате этого сегмента в дальнейшем формируется дигисценция или избыточное натяжение лоскута, то есть максимальное сохранение десневых сосочков, — ключевой фактор не только эстетической, но и функциональной составляющей НТР. С целью сохранения межзубных сосочков используются несколько модификаций первичного разреза. Наиболее используемые: модифицированная и упрощенная техника сохранения межзубных сосочков (Papilla preservation technique — PPT) и односторонний доступ по Тромбелли (Single-flap approach). При использовании PPT дизайн слизисто-надкостничного лоскута зависит от ширины межзубного пространства, расстояния между контактными пунктами и альвеолярным гребнем, а также от морфологии костного дефекта. Упрощенная PPT используется в том случае, если мезиодистальная ширина межзубного пространства больше 2 мм (Cortellini P.T. et al., 1999). Модифицированная PPT-техника рекомендуется для применения при узких межзубных пространствах (менее 2 мм.) (Cortellini P.T. et al., 1995). В межзубной области разрез должен быть проведен как можно шире в борозде.

Затем отслаивается полнослойный лоскут, открывается операционное поле и доступ в пародонтальный дефект. После препарирования слизисто-надкостничного лоскута его деэпителизируют., обрабатываются поверхности корней с помощью ротационных и ручных инструментов, с ирригацией

стерильным физиологическим раствором. Одонтопластика выполняется для улучшения доступа к дефекту, а также для того, чтобы уменьшить или убрать эмалевые выступы либо эмалевые жемчужины в области шейки зуба. Проводится биомодификация поверхности корня аппликацией доксицилина или/и ЭДТА. Затем оценивается конфигурация дефекта, выбирается барьерная мембрана, проводятся ее тримминг и адаптация над областью дефекта таким образом, чтобы дефект и 2–3 мм окружающей его костной ткани были полностью покрыты мембраной (Villar C.C., Cochran D.L., 2010).

Фиксация мембраны возможна несколькими способами. Если используют плотную эластичную мембрану (КОЛЛОСТ), то перед фиксацией в ней создают отверстие и надевают на зуб по принципу коффердама. Так же широко используется фиксация титановыми микровинтами или пинами к кости, предварительно формируя в ней отверстия. При фиксации мембраны с помощью швов в качестве точек фиксации можно использовать надкостницу (требуется расщепление лоскута), зуб или слизистую, однако требуется применение резорбируемых шовных материалов. В случае, когда для фиксации мембраны в качестве опоры используют зуб, подготовленную мембрану перед наложением прошивают таким образом, чтобы фиксирующая нить проходила по мембране вокруг края, прилежащего к шейке зуба. Кроме того, необходимо прошивание мембраны в середине между краевыми вколами. Резорбируемые мембраны можно либо зафиксировать резорбируемым шовным материалом, либо адаптировать согласно рекомендациям производителя. Послабляющие периостальные разрезы проводятся для ослабления натяжения в области коронарно смещаемого лоскута и для полного закрытия мембраны. Мукопериостальный лоскут ушивается узловыми и горизонтальными матрацными швами с помощью нерезорбируемых шовных материалов, которые сохраняются в полости рта в течение 7–10 дней для поддержания стабильности в области вмешательства. Ушивание раны должно быть проведено без натяжения лоскута

разгружающими, матрацными швами, при необходимости — послойно или рядами.

Выводы.

Регенеративная терапия с использованием направленной тканевой регенерации имеет многообещающее будущее в пародонтологии, но требует дальнейшего научного исследования. Результаты регенерации пародонта подтверждают эффективность реконструктивной терапии пародонтальных дефектов, позволяющей восстановить не только структуру мягких и твердых тканей, но и их полноценную функцию. Использование регенеративных вмешательств в области пародонта также способствует сохранению собственных зубов пациента, что является одной из наиболее важных целей в пародонтологии.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА

Вологдина А.Н., Нурболотова А.Н., Челпанова А.В.

Кафедра терапевтической стоматологии

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

Актуальность. Эффективность консервативного лечения периодонтитов в среднем равна 85% и этот показатель варьирует в зависимости от клинической формы заболевания, средств и методов лечения, резистентности организма больного и многих других факторов. Трудности лечения периодонтита обусловлены длительностью процессов регенерации очага деструкции периапикальной области, протекающих в основном от полугода и более после завершения эндодонтического лечения. Другой проблемой, затрудняющей или даже исключаящей возможность полного эндодонтического лечебного воздействия на периодонт, является сложность анатомического строения корневых каналов зубов.

Разнообразие методов лечения хронических апикальных периодонтитов определяет неоднозначность тактики врачей - стоматологов направленную на ликвидацию экссудативного, деструктивного воспаления периапикальных тканей корня зуба, дезинтоксикацию, стабилизацию иммунных механизмов и предупреждение рецидивов данного заболевания. В связи, с чем возникает необходимость проведения сравнительного анализа существующих методов лечения и проведения научного поиска, направленного на совершенствование известных и разработку новых комплексных методов терапии хронических апикальных периодонтитов.

Лечение больных хроническим периодонтитом является одной из наиболее сложных и важных задач современной стоматологии.

Деструктивные формы периодонтита по сегодняшний день остаются основной причиной удаления зубов, кроме того, периодонтит способен привести к развитию таких серьезных осложнений как периостит, флегмона, остеомиелит.

При лечении хронического периодонтита наблюдается большой процент неудач, как в ближайшие, так и в отдаленные сроки. Завершенное эндодонтическое лечение нередко ошибочно принимают за успех. В то время как, даже при технически безупречном пломбировании корневого канала, патологический очаг в периапикальных тканях сохраняется длительное время, создавая опасность рецидивов и осложнений. Потребность в перелечивании каналов зубов превышает потребность в их первичном лечении.

Цель работы.

Изучить современные подходы к лечению деструктивных форм периодонтита.

Задачи:

- 1) Изучить источники литературы, исследовавших проблему современного подхода к лечению данной нозологии;
- 2) Провести сравнительный анализ методов лечения деструктивных форм хронического периодонтита.

Материалы и методы.

Анализ научной литературы и интернет источников.

Периодонтит (K04.4 – K04.9 по МКБ-10) – это воспаление периодонта. Периодонт – сложное анатомическое образование соединительнотканного происхождения, расположенное между компактной пластинкой зубной ячейки и цементом корня зуба.

Принципы лечения больных с периодонтитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- повышение качества жизни пациентов.

В случае безуспешного консервативного лечения или его невозможности рассматривается вопрос о консервативно-хирургических или хирургических методах лечения: резекция верхушки зуба, гемисекция зуба, коронарно-радикулярная сепарация, удаление зуба. На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- анатомическое строение зуба (значительно изогнутые или атипичные по строению корни представляют значительную проблему);
- патологическое состояние зуба (выраженная облитерация каналов, внутренняя или наружная резорбция корневых каналов, горизонтальные и вертикальные переломы корней);
- последствия проведенного ранее вмешательства на данном зубе;
- изоляция, доступ и возможность выполнения лечения (возможность качественно изолировать рабочее поле, степень открывания рта пациентом, сопутствующая патология);
- функциональная ценность зуба;
- возможность последующего восстановления анатомической формы коронковой части зуба.

Консервативное лечение направлено на элиминацию микробной флоры, стимуляцию регенераторных процессов в периапикальной области и полноценную obturation для предотвращения реинфекции системы корневых каналов и тканей периодонта. Также оно является наименее травматичным методом для пациента.

В эндодонтии стремительно набирает популярность концепция одновизитного подхода к лечению деструктивных форм периодонтита.

Эндодонтическое лечение за одно посещение хорошо изучено и имеет солидную базу научных исследований и обширную статистику долгосрочных клинических результатов. Оно обеспечивает следующие преимущества:

1. Уменьшается вероятность инфицирования корневых каналов между посещениями.
2. Меньше обострений и осложнений, поскольку: канал открывается один раз, зуб временно закрывается один раз, меньше этапов и инструментов.
3. Меньше стресса для пациента: однократная анестезия, пародонт зуба травмируется один раз зажимом раббердама
4. Ощутимая экономия времени пациента, врача, персонала.
5. Экономическая выгода.

Противопоказания к проведению эндолечения за один визит:

1. Нехватка времени
2. Наличие несформированной верхушки или осложнений лечения (кальцификация, дентикли, перфорация, сломанные инструменты, ступеньки)
3. Тяжелое состояние пациентов (гнойно-воспалительные заболевания) и возраст пациентов (дети и пожилые люди).

Главную роль в развитии верхушечного периодонтита отводят инфекционному фактору. Однако, интенсивность и характер воспаления в периодонте зависят не только от микробов и их токсинов, но и от состояния местной и общей реактивности организма.

Основным объектом воздействия при лечении хронического периодонтита является инфицированный корневой канал с его

многочисленными разветвлениями, дентинными канальцами, а также ткань периодонта, находящаяся в состоянии острого или хронического воспаления. Многообразие анатомических вариаций формы и количества корневых каналов составляет большую проблему при очищении всей системы корневых каналов.

Результаты исследования.

Механически невозможно полностью очистить все внутренние поверхности корневого канала, так как остаются необработанными участки различной протяженности с остатками волокон и «грязного слоя». Качественно обрабатывается не более 70% стенок проходимых каналов, в основном в местах контакта с инструментом. Узкие, извилистые, неокруглые по форме макроканалы и основная часть микроканалов остаются практически необработанными. Поэтому особого внимания заслуживают антимикробные препараты для внутриканального применения.

Для антисептической обработки корневого канала широко используются: хлорсодержащие препараты, окислители, антисептики, йодосодержащие препараты, антибиотики различных групп, сульфониламиды, протеолитические ферменты, препараты нитрофуранового ряда. Однако, даже самая тщательная разовая медикаментозная обработка корневого канала не гарантирует от рецидива, так как в глубоких слоях дентинных канальцев и периапикальных тканях, после традиционных эндодонтических манипуляций, сохраняется микрофлора.

Доказано, что невозможно добиться полной дезинфекции корневого канала, даже после полной очистки, формирования и ирригации дезинфицирующими и антисептическими растворами. Но после качественной obturation канала происходит уменьшение количества оставшихся бактерий ниже порога, поддерживающего воспаление в периодонте. В obturированных каналах остатки бактерий лишаются жизненного пространства и питательных веществ и погибают. Кроме того, некоторые силеры и гуттаперчевые штифты

проявляют антибактериальную активность, что способствует подавлению внутриканальных микроорганизмов.

При любом диагнозе суть эндодонтического лечения зубов заключается в тщательном удалении живых и некротизированных тканей, микроорганизмов и их токсинов из канала с последующей трехмерной obturацией всей системы.

Самая важная и ответственная часть лечения каналов- препарирование, которое можно представить в виде протокола, где каждый этап имеет свое определенное место и назначение. Только строгое выполнение всей схемы позволит безопасно и быстро готовить каналы для obturации в одно посещение.

Протокол хемомеханической обработки корневых каналов:

1. Начальное инструментальное исследование с удалением пульпы и определением предварительной длины каналов. Для этого используют малые размеры файлов (№06,08,10), лубриканты (ЭДТА), апекслокатор.

2. Начальное расширение устьевой и средней трети методом crown-down с целью обеспечения прямолинейного и конусного доступа к апикальной трети, выпрямления первой кривизны, освобождения достаточного места для промывающих растворов.

3. Определение точной рабочей длины зуба с калибровкой апикальной части. Точная длина обеспечивает полноценное и безопасное для периодонта препарирование канала. При ошибочном определении рабочей длины возможны многочисленные осложнения: образование ступенек, апикальная транспортация, выход инструмента и пломбирочных материалов за верхушку, послеоперационные боли.

4. Полноценное и окончательное расширение канала методом crown-down . Преимущества этой методики: канал расширяется с устьев, и открывается более свободный и прямолинейный доступ для следующего инструмента; свободная верхняя часть позволяет инструментам работать эффективнее и безопаснее; во время расширения коронковых 2/3 механически

удаляется основная часть инфекции, уменьшается опасность выхода гнилостных масс за верхушку; уже в начальном этапе лечения открывается пространство для промывающих растворов.

5. Снятие смазанного слоя, завершающее промывание.

6. Уточнение рабочей длины зуба с помощью апекслокатора и высушивание канала.

Лечение хронического периодонтита большинство врачей-стоматологов проводят в несколько посещений, используя методику временного пломбирования корневых каналов. Согласно современным концепциям лечения апикального периодонтита полость зуба оставляют открытым только в случае выраженной гнойной экссудации. В остальных случаях корневые каналы следует заполнять препаратами, обладающими антимикробным, противовоспалительным действием, а также стимулирующим регенераторные процессы в тканях периодонта. Лекарственные препараты могут находиться в корневых каналах от нескольких суток до нескольких месяцев. В качестве препаратов для временного пломбирования могут использоваться вещества на основе сильнодействующих антисептиков (йодоформ, тимол, камфора, ментол, параформальдегид, парахлорфенол и др.), на основе антибиотиков, кортикостероидных препаратов, метронидазола и гидроксида кальция.

Исследовательское подразделение кариеологии университета Ниигата разработало концепцию, основанную на применении тройной пасты из антибиотиков ципрофлоксацина, метронидазола и миноциклина. Известно, что метронидазол обладает широким антибактериальным спектром действия против анаэробов. Однако некоторые бактерии устойчивы к нему, поэтому к смеси добавили ципрофлоксацин и миноциклин. Сочетание этих препаратов под воздействием ультразвуковых волн эффективно проникает через дентинные каналы просвета корневого канала.

Было выявлено, что недостатком тройной пасты с антибиотиками является изменение цвета зубов, индуцированного миноциклином.

Кортикостероидные препараты, добавляемые в состав смесей, снимают воспалительные явления и аллергические реакции и при этом не влияют на защитные силы периодонта, т.к. содержатся в смесях в небольших количествах. Антимикотические средства, такие как клотримазол, снижают грибковую обсемененность корневого канала.

Механизм действия гидроксида кальция при его введении в корневой канал заключается в следующем:

1. Высокощелочная среда (рН около 12,4) обеспечивает бактерицидное действие, прекращение резорбции кости, лизис некротизированных тканей.

2. Ионы кальция участвуют в костеобразовании и в реакции свертывания крови.

3. При соединении с влагой, содержащейся в канале, материал увеличивается в объеме в 2,5 раза, закупоривая макро- и микроканалы, и, таким образом, обеспечивая их изоляцию.

Многосторонний анализ научной литературы последних лет (2005-2015) показал, что гидроокись кальция имеет множество недостатков, которые ставят под сомнение ее рутинное и массовое применение в эндодонтии.

1. Гидроокись кальция не может полноценно уничтожить оставшиеся в канале грамположительные кокки и некоторые грибки, так как они устойчивы в высокому рН (9-12)

2. Высокий рН нейтрализуется буферными системами дентина, присутствием некротических масс в канале. В результате антимикробная эффективность гидроокиси кальция снижается.

3. После 14- дневного применения повязки гидроокиси кальция в 27% случаев наблюдается бактериальный рост.

4. Гидроокись кальция не может предотвратить повторное инфицирование канала в случае бактериальной утечки под временной пломбой.

5. Физические свойства гидроокиси кальция не позволяют заполнять ею корневой канал трехмерно, т.е. она активно действует в основном канале и парапульпарном дентине. Это как раз те места, которые и так подвергаются полноценной хемомеханической обработке.

6. Многие антимикробные препараты (гипохлорит натрия, 2% гель хлоргексидина, антибиотики) уничтожают оставшихся микробов в каналах эффективнее, чем гидроокись кальция, и могут заменить ее.

Выводы.

Во многих клинических ситуациях для лечения хронических форм периодонтита не требуется временная obturация корневых каналов. Для купирования воспалительного процесса в периодонте достаточно провести качественную хемо-механическую обработку корневых каналов и трехмерную obturацию системы каналов.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Жалсанова С.Д., Кашурникова А.С.

Кафедра терапевтической стоматологии

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

Актуальность. В современной стоматологии, как и в других отраслях науки, происходят глобальные изменения. Главные преимущества современных технологий препарирования твердых тканей зубов (ТТЗ) при лечении кариеса – это отсутствие сверлящей бормашины, а также возможность удаления пораженной ткани зуба, не затрагивая его здоровой части. Использование современных технологий позволяет добиваться выполнения всех перечисленных выше условий.

Цель работы.

Изучение современных технологий препарирования твердых тканей зубов.

Материалы и методы.

Для достижения поставленной цели нами в доступной литературе были изучены наиболее распространенные методики препарирования в современной стоматологии – препарирование лазером, воздушно-абразивный метод, ультразвуковой метод.

Результаты исследования.

Этап препарирования кариозной полости при лечении кариеса является наиболее трудоёмким, ответственным. **Препарирование** (от preparation-приготовление, подготовка) – это воздействие на ткани зуба с целью удаления патологически измененных тканей и создание формы полости, обеспечивающей надёжную фиксацию пломбы.

Лазер работает в импульсном режиме, посылая каждую секунду в среднем около 10-ти импульсов. Каждый импульс несет в себе строго определенное количество энергии. Лазерный луч, попадая на твердые ткани, испаряет тончайший слой ТТЗ около 0,003 мм. Микровзрыв, возникающий вследствие нагрева молекул воды, выбрасывает частички эмали и дентина, которые удаляются из полости водно-воздушным спреем. Процедура абсолютно безболезненна, поскольку нет сильного нагрева зуба и механических предметов (бора), раздражающих нервные окончания. Препарирование происходит достаточно быстро. У лазера нет такого эффекта, как остаточное вращение турбины после прекращения подачи воздуха. Легкий и полный контроль при работе с лазером обеспечивает высочайшую точность и безопасность.

Поскольку при кариесе зуба (среднем и глубоком) дентин может находиться в двух состояниях - размягченном (чаще) или уплотненном (так называемый прозрачный дентин), оказалось целесообразным препарировать его лазерным лучом различной длины волны: размягченный дентин препарировать лазерным лучом с длиной волны 1,06 - 1,3 мкм при частотах 2 - 20Гц и мощностью 1 – 3 Дж/имп, а уплотненный (прозрачный) дентин с длиной волны 2,94 мкм, частотой 3 - 15Гц и мощностью 1 - 5Дж/имп.

Воздушно-абразивный метод осуществляется за счет сфокусированных через специальный наконечник в струе сжатого воздуха мелких абразивных частиц оксида алюминия. Реактивная струя абразивных частиц подается на твердые ткани зуба с расстояния 1—2 мм. Абразивные частицы, контактируя с поверхностью зуба, стачивают его твердые ткани. Чем плотнее ткань зуба, тем эффективнее воздействие абразивных частиц. Препарирование проводят импульсно, по 5—10 с, что позволяет плавно перемещать сопло наконечника и контролировать непосредственный результат. Применяется только при небольших поражениях твердых тканей и для обработки фиссур. Для кинетического препарирования твердых тканей используются аппараты AirFlow Prep K1 (EMS), Aquacut Quattro (VELOPEX by Medivance Instruments Ltd.), наконечник RONDOflex (KaVo).

Препарирование ТТЗ ультразвуком отличается рядом преимуществ. Рабочее давление наконечника меньше, нагревание зуба незначительно по сравнению с препарированием борами. Отсутствие грубой вибрации и сравнительно небольшое выделение тепла обеспечивает малоболезненные ощущения. Исследования шлифов зубов с участками УЗ-препарирования под микроскопом показали, что стенки КП представлялись мелкозубчатыми, без трещин и разрушения эмалевых призм и дентинных канальцев. Исследования реакции пульпы показали отсутствие ее некроза и изменений структуры одонтобластов. В то же время отмечены обратимые гиперемия сосудов и отек пульпы. В настоящее время доказано, что при обработке кариозной полости ультразвуком удаляются только размягченные деминерализованные эмаль и дентин, и не затрагиваются здоровые ткани зуба, что соответствует принципу биологической целесообразности.

Э.Я. Варес и Г.Г. Митрофанов исследовали шлифы зубов с участками ультразвукового препарирования. Под микроскопом стенки полостей представлялись мелкозубчатыми, причем в эмали они имели более ровный вид, чем в дентине. Ни в одном случае не было обнаружено разрушение

эмалевых призм, не было также отмечено нарушение структуры дентинных канальцев, не наблюдалось также трещин в эмали и дентине.

Levkowitz исследовал реакцию пульпы и пришел к выводу, что при ультразвуковом препарировании она идентична реакции при обработке вращающимися инструментами. Ни в одном случае не было некроза пульпы.

Кроме вышеперечисленных методов препарирования, в настоящий момент развиваются средства и техники минимально инвазивного препарирования, которые подразумевают удаление только внешнего инфицированного слоя дентина, коллагеновая структура которого необратимо повреждена, оставляя здоровые ткани не тронутыми.

Практическим воплощением концепции минимально инвазивного препарирования дентина явилось создание нового типа инструментов – **полимерных боров "Smartburs"**(SS White, США).

Как заявляет производитель, эти боры имеют ряд особенностей:

- не повреждают здоровый дентин в процессе препарирования,
- предотвращают нежелательное вскрытие полости зуба,
- значительно уменьшают неприятные ощущения у пациента во время препарирования и постоперативную чувствительность.

Полимерные боры "SmartbursII" являются инструментами типа RA и предназначены для использования в стандартном угловом наконечнике. Выпускаются трёх размеров: №4, №6 и №8. Эти боры изготовлены из специального полимерного материала, твердость которого выше твердости инфицированного дентина, но ниже твердости аффертированного и здорового дентина, и составляет примерно 50 кг/мм². Грани инструмента способны эффективно удалять размягченные ткани, однако при соприкосновении с более твердыми слоями дентина грани деформируются. В результате образуется сглаженная поверхность, которая не способна удалять ни здоровые, ни кариозно-изменённые ткани. Таким образом, препарирование полости полимерным бором следует проводить с осторожностью, чтобы избежать преждевременной деформации инструмента (Ржанов Е.А., 2006.).

Клинические испытания полимерных боров, проводившиеся без использования местной анестезии, показали, что в подавляющем большинстве случаев пациенты не испытывали боли и дискомфорта от вибрации в отличие от традиционных методов препарирования (Allen K., 2005). Следует также отметить и то, что полимерные боры являются одноразовыми и не подлежат повторной стерилизации. Применение одноразовых инструментов улучшает инфекционный контроль, снижает риск перекрестного заражения пациента, что на сегодняшний день особенно актуально, учитывая рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, различными формами гепатита и др.

Также помимо «умных боров» Smartburs II, разработчики алмазных боров *«Черный алмаз СС Вайт»* создали уникальную черную матрицу, которая резко контрастирует с эмалью зуба, позволяя стоматологу хорошо видеть обрабатываемую поверхность. Послойное нанесение связующего крепления практически исключает отслоение алмазного зерна, а заготовка из концентрической нержавеющей стали предотвращает вибрацию при работе. Кроме того, исключительно плотное, густое покрытие алмазной крошкой позволяет «Черным алмазам» легко и без усилий шлифовать поверхность.

Алмазный бор ТДА (турбо-двойного действия) создан на основе разработок итальянского профессора Mario Martignoni, которые в буквальном смысле революционизировали рынок стоматологической продукции. Уникальный запатентованный дизайн этого бора (патент США №4661064) делает его непревзойденным в работе. Перекрестные спиральные бороздки в сочетании с перемежающейся поверхностью бора создают эффект турбо-распыления, что предотвращает чрезмерное нагревание инструмента. Особый дизайн бора ТДА со спиральными каналцами направляет «турбо»-поток охлаждающей воды из турбинного наконечника через спиральные каналцы, смывая стружку и предотвращая засорение бора. Эта характеристика бора помогает уменьшить нагрузку на наконечник и обеспечивает более быстрое и эффективное удаление тканей зуба. После того как проникающее острие головки бора вошло в зубную ткань, его широкая алмазная поверхность

ровняет и шлифует полость. Таким образом, при использовании алмазных боров ТДА отпадает необходимость в полировочных алмазах для финальной шлифовки обрабатываемой поверхности.

Выводы.

На сегодняшний день в терапевтической стоматологии существуют инновационные методы препарирования ТТЗ, позволяющие с минимально инвазивным вмешательством, обеспечить наилучший результат. Каждый метод имеет свои преимущества в отличие от традиционных, но не может их полностью заменить, так как при выборе тактики лечения необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента, практически исключая негативное влияние на здоровые ткани зуба.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ К КУРЕНИЮ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО И ПЯТОГО КУРСОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Намсараева С.Б., Сымбелова А.А.

Кафедра терапевтической стоматологии

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

Актуальность: Проблема курения является одной из самых распространенных и пагубных привычек современного общества. Несмотря на тяжелые заболевания и их осложнения, к которым приводит курение, человечество не может справиться с данной проблемой.

В Читинской государственной медицинской академии проводится как профилактика, так и активная борьба с вредными привычками, потому как врач должен являться примером правильного отношения к собственному здоровью. Начиная с 1 курса студентам проводятся лекции, беседы о вреде курения, студенты вовлекаются в различные культурные и спортивные мероприятия, что безусловно является серьезным стартом для выбора ЗОЖ.

Цель работы.

Проведение сравнительного анализа и выявление отношения к курению студентов 1 и 5 курсов стоматологического факультета.

Задачи:

1. Определить уровень употребления табака студентами.
2. Выявить отношение студентов к проблеме табакокурения.
3. Сравнить отношение студентов первого курса и пятого курса стоматологического факультета к курению.
4. Определить влияние медицинской академии, на отношение студентов к курению

Материалы и методы.

Основным методом исследования в данной работе выбрана анкетная форма опроса. Были интервьюированы 60 студентов, среди которых 30 студентов 1 курса и 30 студентов 5 курса стоматологического факультета.

Результаты исследования.

1. Согласно результатам анонимного анкетирования было установлено, что на первом курсе 36,7% студентов (11 человек) из 30 человек, участвовавших в исследовании, злоупотребляют курением. Об отрицательном отношении к курению высказались 63,3% студентов, что составило 19 человек.

2. Из 30 студентов выпускного курса, не курящими оказались 83,3% (25 человек). Стремятся свести к минимуму эту вредную привычку, но продолжают курить 16,7% (5 человек).

Имели данную привычку на младших курсах 23,3% (7 человек) выпускников из числа интервьюированных. За время обучения в академии смогли побороть вредную привычку 2 человека (28,6%) из 7 курильщиков. Причиной, по которой студенты смогли отказаться от никотиновой зависимости, явилось, по их словам, введение в жизнь спорта, волонтерского движения, появлением стремления молодежи к здоровому образу жизни.

3. Среди курящих, продолжительность их стажа курения составила 5 лет у 37,5% (6 человек), 3-4 года у 31,25% (5 человек), а 31,25% (5 человек) признались в употреблении никотина в течении 1-2 лет.

А также, 68,75% (11 человек) планируют бросить курить в ближайшее время. Ещё 18,75% студентов (3 человека) мотивированы на отказ от курения, а оставшиеся 12,5% (2 человека) не собираются прощаться с вредной привычкой.

Из опрошенных 96,7% (58 человек) понимают о вреде курения, а 3,3% (2 человека) не считают курение вредным для здоровья.

Научная новизна: впервые проведен сравнительный анализ отношения к курению у студентов первого курса и студентов-выпускников стоматологического факультета ЧГМА

Выводы:

1. Воспитательная работа, проводимая в стенах академии, положительная благоприятная здоровая обстановка в ВУЗе оказывают огромное положительное влияние на становление человека, будущего врача, в начале жизненного пути.

2. Необходимо курировать младшие курсы с самого начала обучения, привлекая в отряды волонтеров, спортивные и культурные секции, чтобы достигать полного отказа от вредных привычек и осознанного выбора здорового образа жизни для улучшения качества жизни.

**ТЕХНОЛОГИЯ МИКРОИНФИЛЬТРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ
НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА**

Протасова К.А., Корнакова В.Е.

Кафедра терапевтической стоматологии

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

к.м.н. Кукушкина Е.А.

Актуальность. Эффективное лечение кариеса зубов на самых ранних стадиях развития патологического процесса при очаговой деминерализации эмали зуба (кариеса в стадии пятна) является важной и актуальной проблемой современной практической стоматологии. Очаг кариозного поражения на стадии белого (меловидного) пятна имеет конусовидную форму с вершиной, обращенной в сторону эмалево-дентинной границы. Современная технология микроинfiltrации в лечении начального кариеса позволяет остановить прогрессирование и предотвратить появление кариозных полостей всего за один прием. Это быстрое и безболезненное лечение. Обработка одного зуба занимает всего 15-20 минут.

Цель работы.

Изучить технологии микроинfiltrации в лечении начального кариеса.

Результаты исследования

Концепция минимально-инвазивного лечения начальных кариозных поражений зубов — методика инfiltrации разработана Н. Meyer-Luckel и S. Paris и реализована на практике компанией «DMG» в продукте под названием «Icon».

Сущность метода заключается в том, что сначала с поверхности кариозного очага поражения удаляется плотный, плохо проницаемый псевдоинтактный слой эмали. Затем очаг высушивается (дегидратируется) и пропитывается (инfiltrируется) высокотекучим полимерным материалом, после отверждения которого поры в деминерализованной эмали оказываются заполненными полимерной смолой, а очаг — «законсервированным». Материал «Icon» предлагается в виде двух наборов:

- «Icon Kariesinfiltrant — approximal» — для лечения кариеса апроксимальных поверхностей зубов (рис. 1).



Рис. 1. Комплект материала «IconKariesinfiltrant — approximal» (DMG)

- «Icon Kariesinfiltrant — vestibular» — для лечения начальных кариозных поражений вестибулярных поверхностей зубов, например, после ортодонтического лечения с использованием брекетов.

Набор материала «Icon» включает в себя:

- Icon-Etch — протравливающий гель на основе соляной кислоты (HCl);
- Icon-Dry — высушивающий дегидратирующий состав на основе 99% этилового спирта;
- Icon-Infiltrant — инфильтрант — высокотекучий светоотверждаемый полимерный материал на основе метакрилата;
- специальные сепарационные межзубные клинья (Icon Kariesinfiltrant — approximal);
- аппроксимальные или вестибулярные насадки-аппликаторы.

Лечение кариеса Методом инфильтрации с использованием Материала «Icon» включает следующие этапы:

1. Очищение поверхности зуба от налета, оценка очага кариозного поражения, выбор тактики лечения. Перед началом лечения проводится профессиональная чистка зубов, оценка тяжести течения кариеса у пациента, составление индивидуализированной программы лечебно-профилактических мероприятий. Затем определяют наличие или отсутствие показаний к лечению

кариозных поражений методом инфильтрации. Применение метода инфильтрации показано при кариозных поражениях эмали зуба без нарушения ее структуры и без образования полости, т.е. патологические изменения должны ограничиваться лишь деминерализацией эмали и повышением ее пористости. Применение данной методики возможно также при поверхностных кариозных поражениях дентина на уровне эмалево-дентинной границы, поскольку установлено, что если полностью изолировать такой очаг кариозного поражения от внешней среды, т.е. прекратить поступление питательных веществ для бактерий, то процесс развития кариеса будет приостановлен. Мы рекомендуем проводить оценку состояния твердых тканей зубов путем витального окрашивания их раствором метиленового синего и с использованием аппарата KaVo Diagnodent . Следует подчеркнуть, что «Icon» не предназначен для восстановления утраченной эмали зуба. В случае наличия кариозной полости должно проводиться ее препарирование и пломбирование. Не имеет смысла использовать эту методику с целью профилактики развития кариеса, так как здоровая (не деминерализованная) эмаль не может абсорбировать инфильтрант. Кроме того, методика инфильтрации не эффективна при лечении эрозий, гипоплазии и других поражений твердых тканей зубов некариозного происхождения.

2. Изоляция зоны лечения. Лечение с использованием методики инфильтрации должно проводиться в условиях абсолютной сухости. Для этого зону лечения изолируют с помощью коффердама. В области жевательных зубов используют традиционный коффердам, в области фронтальных зубов в качестве альтернативы допускается использование жидкого коффердама (Liquid Dam).

3. Протравливание эмали. Протравливающий гель Icon-Etch наносят с небольшим излишком на область кариозного пятна, а также на прилегающие участки эмали, покрывая их примерно на 2 мм вокруг очага поражения. Время аппликации — 2 мин. Затем протравливающий состав тщательно смывают водой в течение 30 с. В процессе протравливания происходит удаление

псевдоинтактного слоя эмали с поверхности очага на глубину около 40 мкм. При этом обнажаются глубже лежащие пористые участки кариозного пятна: центральная, темная и прозрачная зоны.

4. Высушивание области инфильтрации. Протравленный участок тщательно просушивают сухим воздухом. После этого область инфильтрации смачивают препаратом Icon-Dry. Время аппликации — 30 с. Затем зуб еще раз тщательно высушивают сухим воздухом. Использование 99% этилового спирта в сочетании с высушиванием воздушно й струей вызывает дегидратацию очага поражения, создавая условия для проникновения в него гидрофобных полимерных соединений.

5. Нанесение первой порции инфильтранта. Icon-Infiltrant наносят с таким расчетом, чтобы вся протравленная поверхность была обильно покрыта материалом. Время экспозиции — 3 мин. Затем излишки инфильтранта аккуратно удаляют ватными валиками (с гладких поверхностей), флоссами (с аппроксимальных поверхностей) или сдувают воздухом. После этого материал полимеризуют светом стоматологической активирующей лампы. Облучение проводят со всех сторон, время фотополимеризации — не менее 40 с. На данном этапе происходит пропитывание очага кариозного поражения высокотекучим полимерным материалом. При этом поры в деминерализованной эмали оказываются заполненными светоотверждаемой полимерной смолой.

6. Нанесение второй порции инфильтранта. Вторую порцию Icon-Infiltrant наносят на поверхность очага на 1 мин, после чего аккуратно сдувают излишки инфильтранта, а затем проводят его фотополимеризацию в течение 40 с. Повторное нанесение материала проводится, чтобы компенсировать полимеризационную усадку первой порции инфильтранта.

7. Заключительная обработка зоны инфильтрации. После окончания процедуры инфильтрации снимают коффердам, межзубной промежуток очищают от излишков материала с помощью флоссов и полировочных

полосок. Полирование обработанной поверхности проводят с помощью полировочных дисков и/или штрипсов.

Показания к лечению кариеса Icon:

1. Микроинвазивное лечение кариеса эмали в стадии пятна на вестибулярных поверхностях зубов.

2. Микроинвазивное лечение кариеса эмали и кариеса дентина при поражении до половины его толщины (уровни E1-D1 по рентгенологической классификации, на аппроксимальных поверхностях зубов при сохранении псевдоинтактного слоя.

Рентгенологическая классификация проксимальных кариозных поражений по их глубине (Mejare I., 1999)

Уровень	Граница рентгенопрозрачности
E1	наружная половина эмали
E2	внутренняя половина эмали
D1	наружная треть дентина
D2	средняя треть дентина
D3	внутренняя треть дентина

Противопоказания к проведению инфильтрации эмали:

1. Лечение кариеса дентина при поражении более половины его толщины (уровни D2–D3 по рентгенологической классификации);

2. Полостной кариес эмали и дентина;

3. Изменение цвета эмали вследствие травмы;

4. Индивидуальная непереносимость компонентов материала.

Уход за зубами после проведения лечения:

- После лечения пациент может сразу же принимать пищу и напитки.

- В некоторых случаях рекомендуется первые 2 - 3 недели чистить зубы пастами с повышенным содержанием кальция и фтора.

- Обязательно использование межзубных флоссов или ирригаторов для очистки межзубных промежутков.

- Первый осмотр и контроль эффективности проводится через 3-6 месяцев после лечения.

Достоинства метода инфильтрации:

- По своим оптическим свойствам смола соответствует эмали и маскирует области кариозного поражения, лечение можно проводить как на контактных, так и на видимых поверхностях.

- Белые пятна приобретают блестящий вид.

- При зондировании поверхность пятна становится гладкой.

Белые и пигментированные пятна по-разному изменяют свой цвет после проведения инфильтрации. Чем «старше» пятно и интенсивнее его пигментация, тем хуже эстетический прогноз. Максимальный визуальный эффект отмечается при лечении белых кариозных.

- Инфильтрация является эффективной методикой приостановки распространения кариеса эмали, обеспечивая отличные и хорошие результаты в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения.

- Данная методика позволяет расширить границы микроинвазивного лечения кариеса, что обеспечивает максимальную сохранность собственных тканей.

- Лечение одного кариозного пятна занимает около 15 минут и не требует повторных процедур. Это позволяет свести к минимуму время пребывания пациента в кресле стоматолога, а, следовательно, и связанный с этим дискомфорт.

Недостатки метода:

- Материал неренгеноконтрастен, поэтому необходимо заполнять дополнительные источники, для дальнейшего лечения.

- Высокая стоимость данного лечения, что затрудняет использование данного метода в муниципальных лечебных учреждениях.

Выводы.

1. Метод инфильтрации заключается в удалении псевдоинтактного слоя, проникновение инфильтранта на всю глубину деминерализованной эмали, повышении микротвердости и устойчивости к деминерализации;
2. Останавливает развитие кариеса и обеспечивает хорошие оптические свойства в случае белого пятна, максимально сохраняет собственные твёрдые ткани зуба, уменьшает дискомфорт пациента на стоматологическом приеме;
3. Недостатки данного метода заключаются в нерентгеноконтрастности смолы, при пигментированном пятне не исключено продолжение кариозного процесса.

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Шулунова М.А, Федорова Д.Н.

Кафедра терапевтической стоматологии

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

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция (НКИ) заявила о себе относительно недавно, в связи с этим клинические проявления, которые отмечаются при данной инфекции продолжают изучаться тщательным образом.

Коронавирусная инфекция (COVID-19) — острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом коронавируса SARS CoV-2 с аэрозольно-капельным и контактно-бытовым механизмом передачи. Известно, что патогенетически COVID-19 характеризуется вирусемией, локальным и системным иммуновоспалительным процессом, гиперактивностью коагуляционного каскада, эндотелиопатией, гипоксией, что приводит к развитию микро- и макро-тромбозов. Выраженность клинических проявлений различна в зависимости от многих факторов: массивности заражения (инфицирующей дозы вируса), возраста больного, сопутствующих патологий, факторов риска.

Полость рта имеет тесную анатомо-физиологическую связь с органами и системами организма. И достаточно часто, первые проявления серьезных заболеваний проявляются в *cavum oris*.

Именно поэтому, интерес к проявлениям НКИ в полости рта, возможные осложнения заболевания и пути их профилактики, необходимые рекомендации заинтересовали нас, как молодых специалистов и будущих врачей-выпускников, равнодушных к своим пациентам.

Научная новизна. Общие проявления и различное течение НКИ достаточно подробно описывается в доступной литературе, внедрено множество протоколов для общего лечения, тогда как рекомендаций при проявлениях данного заболевания в челюстно-лицевой области, включая полость рта, не предложено и данный вопрос требуют пристального внимания специалистов.

Цель работы.

Определить распространенность изменений слизистой оболочки полости рта при новой коронавирусной инфекции.

Задачи:

1. Рассмотреть процентное соотношение обследуемых пациентов, их возраст, пол.
2. Провести стоматологическое обследование пациентов с анализом распространенности поражения слизистой оболочки полости рта.
3. Определить структуру изменений слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач мы провели осмотр 25 пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница», Республики Бурятия.

Из общего числа больных женщины составили 68% (17 человек), мужчины 32% (8 человек), а возраст варьировал от 20 до 50 – ти лет.

При внешнем обследовании пациентов отмечалась бледность кожных покровов, часто сочетающаяся с отечностью и одутловатостью

мягких тканей лица. Выраженных изменений со стороны регионарных лимфатических узлов выявлено не было.

На нарушение обоняния и вкусовой чувствительности предъявляли жалобы 16 человек из 25, что составило 64%. Существенной разницы потери обоняния и вкуса между мужчинами и женщинами в количественном значении мы не отметили.

Появление галитоза отметили 32% больных, что указывает на неудовлетворительный уровень гигиены полости рта во время болезни, на воспалительные изменения в органах пищеварения и, возможно, с жизнедеятельностью грамотрицательных микроорганизмов, которые преобладают при пневмониях.

Петехиальные изменения встречались у 24% пациентов. (6 чел.) причем, локализация энантем была обнаружена только на твердом нёбе. У одного пациента отмечались миллиметровые петехии без эритемы на фоне невоспаленной слизистой оболочки. Из данных анамнеза развития болезни установлено, что петехии у него появились

до разгара болезни COVID-19, что ставит под сомнение реакцию слизистой на лекарственные препараты, получаемые при лечении Covid-19, а указывает на влияние вирусной инфекции.

Проявления ХРАС были выявлены у 16% обследованных (4 чел.). В полости рта отмечались чаще единичные классические афты, с ободком гиперемии вокруг, сопровождающиеся болью во время приема пищи.

Выводы:

1. Процент женщин, среди числа обследованных был выше, чем мужчин, а возрастная категория варьировала от 20 до 50 лет.
2. Распространенность поражений СОПР при новой коронавирусной инфекции очень высока и составила 100% у обследованных пациентов.

3. Наиболее часто встречающимися изменениями в данной группе явились нарушения обоняния и вкусовой чувствительности, галитоз и кандидоз полости рта, что составляет 64%, 32% и 28% соответственно.

4. По нашему мнению, необходимо очень внимательно подойти к гигиене полости рта в период болезни, для исключения присоединения вторичной инфекции.

4.АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ОБ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Бороздина В.Ю., Кучерявенко Е.Ю.

Кафедра стоматологии детского возраста

Научный руководитель: Гаспарян Е.С., Дамдинжапова Д.С., к.м.н.

Петрова А.М.

Актуальность. Количество пациентов, нуждающихся в ортодонтическом лечении, увеличивается с каждым годом. Все они, наряду с морфологическими и функциональными изменениями, имеют психологические проблемы. Тем не менее обращение к ортодонту не может изменить ситуацию мгновенно, а зачастую, даже усугубляет и без того сложную психологическую проблему. Психологическая, физическая и материальная готовность пациентов к ортодонтическому лечению имеет большое значение для его успешности. Часто это зависит от информированности пациента о предстоящих манипуляциях, возможностях и сроках ортодонтического лечения. Ответственность за информационную подготовку пациента лежит на враче-ортодонте.

Цель работы.

Определить степень информированности будущих пациентов об особенностях ортодонтического лечения.

Материалы и методы.

Проведено анкетирование 30 пациентов при первичной консультации врача-ортодонта. Проведён опрос как родителей, так и пациентов. Возраст опрошенных колебался от 13 до 45 лет. Анкетирование проводилось до

консультации врача-ортодонта. Анкета включала вопросы о сроках, методах и средствах лечения, причинах обращения к ортодонту, режиме использования аппаратов, ретенционном периоде и прогнозе результатов.

Результаты исследования.

Пациенты и их родители, впервые обратившиеся к ортодонту, преследовали разные цели: большая часть пациентов (43,3%) обратилась за красивой улыбкой, тогда как родители ответили, что имеют представление о вариантах исправления прикуса (50%). Группы опрошенных расходятся во мнении о нуждаемости в ортодонтическом лечении: 26,7% пациентов и 46,6% родителей считают, что необходимо немедленное вмешательство врача-ортодонта. В то время как 46,6% пациентов и 26,7% родителей считают ортодонтическое лечение возможным, но не обязательным. Обе группы опрошенных достаточно информированы о методах устранения зубочелюстных аномалий. Большинство ответов как пациентов (56,6%), так и родителей (56,6%) показывает, что данная группа опрошенных знает об использовании несъемных конструкций. При прогнозе развития патологии без вмешательства врача ортодонта пациенты разделили своё мнение между ответами «Всё останется неизменным» - 26,7% и «Нарушение эстетики» - 36,7%. Родители согласны с ними по поводу эстетики (36,7%) и лишь 16,6% считают, что может возникнуть патология со стороны височно-нижнечелюстного сустава ребенка без вмешательства врача-ортодонта. Большинство пациентов (36,7%) и их родителей (36,7%) сходятся во мнении, что срок ортодонтического лечения составляет от 1 года до 1,5 лет. Больше половины пациентов (60%) и родителей (60%) считают, что результат лечения может сохраниться на всю жизнь без дополнительных усилий. Степень информированности пациентов и родителей о лечении несъемной ортодонтической техникой различная: наибольшее количество пациентов знают о металлических (40%) и керамических (36,7%) брекетах. Пациенты и их родители оценивали режим пользования брекет-системы равнозначно (63,3%) как несъемную конструкцию. Дискомфорт от применения брекет-

системы ожидают 26,8% опрошенных лишь на протяжении первых 2-4 недель после фиксации брекет-системы. Часть респондентов (23,3%) считают, что дискомфорт будет присутствовать лишь на протяжении нескольких дней после фиксации.

Выводы:

1. Успешное ортодонтическое лечение требует максимальной кооперации с пациентом, что возможно только при достаточной его информированности.

2. Врач-ортодонт должен учитывать степень информированности пациентов и их родителей при первичной консультации.

3. Популяризация ортодонтического лечения приводит к тому, что пациенты, особенно подросткового возраста, более осведомлены о нюансах лечения на брекет-системе по сравнению с родителями.

ТРУДОВЫЕ И ФИНАНСОВЫЕ ЗАТРАТЫ ПРИ СОВРЕМЕННОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ В ГОРОДЕ ЧИТЕ

Граборова Т.И., Яковлева В.А.

Кафедра стоматологии детского возраста

Научные руководители: Дамдинжапова Д.С., Гаспарян Е.С., к.м.н.

Петрова А.М.

Актуальность. Среди населения города Читы увеличивается интерес к возможностям устранения зубочелюстных аномалий (ЗЧА). Это отражает возросшую культуру населения, в том числе к эстетике улыбки, а также высокую распространённость ЗЧА у детей и взрослых. В современной ортодонтии расширяется применение несъёмных аппаратов с использованием брекет-системы в связи с востребованностью устранения зубочелюстных аномалий (ЗЧА). Такое лечение не оплачивается из средств обязательного медицинского страхования, только лечение на съёмной аппаратуре.

Недостаточность обоснования прейскуранта цен на платные услуги по разделу «ортодонтия», в частности на лечение с использованием брекет-системы, делает актуальным расчёт трудоёмкости и себестоимости современного ортодонтического лечения. Таких исследований в настоящее время недостаточно.

Цель работы.

Проанализировать трудовые и финансовые затраты при современном ортодонтическом лечении в городе Чита в зависимости от вида зубочелюстных аномалий.

Материалы и методы.

Для определения трудоёмкости и стоимости ортодонтического лечения проводился мониторинг 12 клиник и поликлиник в г.Чита (информацию предоставляли врачи-ортодонты). Статическая работа проводилась с применением пакета прикладной программы “STATISTICA 10.0” и программы статического анализа Microsoft Excel.

Результаты исследования.

Проведено изучение длительности и кратности посещений к врачу-ортодонту в государственных и частных клиниках при использовании техники 2×4, съёмной пластинки, распорки, аппарата Макро-Роса, Twin-block, маски Диляра, трейнера и брекет-системы. В структуре трудоёмкости ортодонтического лечения относительно близкие по трудозатратам доли занимают этапы фиксации брекет-системы, диагностики и согласования плана лечения с пациентом, динамического лечения и контроля, снятия брекет-системы и установки ретейнера. Установлено, что трудоёмкость современного ортодонтического лечения в период сменного прикуса варьирует от 5,5 ч до 10,7 ч. При лечении дистального прикуса аппаратом Twin-block в период постоянного прикуса – от 10,5 ч при легкой скученности и до 20,8 ч при тяжелых скелетных патологиях лечения на брекет-системе. По мнению всех врачей-ортодонтов, безлигатурные брекеты сокращают трудоёмкость лечения. Себестоимость ортодонтического лечения в период сменного прикуса

колеблется от 7 тыс. рублей (распорка с кольцом при преждевременной потере временного зуба) до 30 тысяч рублей при лечении мезиального прикуса с использованием маски Диляра в сочетании с расширяющим аппаратом. Стоимость ортодонтического лечения с помощью лигатурной брекет-системы составляет 60-120, безлигатурной брекет-системы 100-160 тыс. руб. Конечная стоимость ортодонтического лечения зависит от степени тяжести зубочелюстной аномалий. В трех государственных клиниках проводится ортодонтическое лечение на съемных пластинках в рамках ОМС: ДКМЦ г. Чита, клиника ЧГМА, поликлиника КДКБ. Структура себестоимости ортодонтического лечения в основном и почти поровну состоит из расходов на оплату труда и материальных затрат.

Выводы.

Трудозатраты ортодонтического лечения достигают 20,8 часов, максимальная величина себестоимости ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий с использованием брекет-системы составляет 160 тысяч рублей, которая является довольно высокой для среднего заработка гражданина, проживающего на территории Забайкальского края. Поэтому лечение на брекет-системе для большей части населения является недоступным.

АНАЛИЗ ДАННЫХ ОПРОСА ВРАЧЕЙ-ОРТОДОНТОВ О ПРИМЕНЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В ГОРОДЕ ЧИТЕ

Дашидондоков С.Б., Новикова К.А., Раднаева А.Р.

Кафедра стоматологии детского возраста

Научные руководители: Дамдинжапова Д.С., Гаспарян Е.С., к.м.н.

Петрова А.М.

Актуальность. С развитием технологий и разнообразием ортодонтических конструкций проведение тщательного планирования

лечения аномалий зубочелюстной системы является актуальной темой. Исследования Корхова, Медведевской, Пантелеева и других авторов показали, что чаще всего осложнения в ортодонтическом лечении связаны с несколькими факторами: с некачественно проведенной диагностикой, с планированием лечебных мероприятий без проведения дополнительных исследований, с неправильно подобранным методом лечения, с сокращением сроков ретенционного периода. Как следствие, пациенты обращаются для проведения повторного лечения в связи с эстетической и функциональной неудовлетворенностью.

Цель работы.

На основании анализа анкет врачей-ортодонтотв изучить основные факторы, влияющие на качество ортодонтического лечения.

Материалы и методы.

Проведено анкетирование 20 врачей-ортодонтотв г. Чита (частные и государственные клиники города) с разным стажем работы (от 1 года до 20 лет), из которых 8 человек, работающих в поликлинике (40%), 7 человек из частных клиник (35%) и 5 совмещающих работу в двух местах (25%). Стаж работы колеблется от 1 года до 25 лет (<10 лет – 9 человек (45%), 10-15 лет – 5 (25%), 15-20 лет – 1 (5%), >20 лет – 5 (25%)). Некоторые вопросы позволяли выбрать несколько вариантов ответов. Статическая работа проводилась с применением пакета прикладной программы “STATISTICA 10.0” и программы статического анализа Microsoft Excel.

Результаты исследования.

В результате анкетирования выяснилось, что чаще врачи предпочитают работать на несъемной технике (85%), чем на съемной. Количество диагностических посещений до начала исследования, в большинстве случаев, проводят сколько потребуется (55%), 40% предпочитают начинать лечение после одного посещения. При этом до начала лечения проводят фотографирование 55%, изготавливают контрольно-диагностические модели (КДМ) - 90%, проводят биометрический расчет – 60% опрошенных. В вопросе

о том, какими методами биометрического расчета пользуются врачи-ортодонты, 40% указали метод Пона, Тона, Коркхауза, расчет дефицита места. Рентгенологические методы исследования применяют до лечения 90% опрошенных, чаще методами выбора являются ортопантограмма (ОПТГ) (65%) и компьютерную топографию (КТ) (35%), одновременное проведение телерентгенографии (ТРГ) и КТ выбирают всего 40% врачей. Критерием завершения лечения в 85% случаев является эстетический и морфологический. На основании сочетания всех трех критериев с учетом функциональных завершают лечение лишь 50%, применяя при этом съемные (70%) и несъемные (85%) ретейнеры. При снятии брекет-систем проводят снятие окклюзиограмм 5 врачей (25%). Прием пациентов для повторного ортодонтического лечения осуществляли 19 из 20 опрошенных докторов, причинами повторного лечения являются: отрыв ретейнера (70%), дисфункция ВНЧС (75%), эстетическая неудовлетворенность (15%).

Выводы.

При диагностике и планировании ортодонтического лечения требуется выбор наиболее современных методов обследования пациента: ТРГ, применение эстетических индексов, заказ прописи брекет-систем и т.д. Традиционные методы диагностики недостаточно отражают клиническую картину пациента, т.к. по результатам опроса обращаемость за повторной ортодонтической помощью достаточно высока (95% врачей проводят повторное лечение).

ВЛИЯНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРОРЕЗЫВАТЕЛЕЙ НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Зайко И.Е., Кучерявенко Е.Ю., Корнева С.Р.

Кафедра стоматологии детского возраста

Научные руководители: к.м.н. Петрова А.М., к.м.н. Малезик М.С.,

Кордюк М.Ю., Пронин М.Ю.

Актуальность. Прорезывание временных зубов у младенцев физиологично. Однако этот процесс часто сопровождается неприятными симптомами, такими как беспокойство ребенка, нарушение сна, приводящими к изменению привычного образа жизни. Для облегчения состояния ребенка многие родители используют прорезыватели, зачастую не задумываясь о гигиеническом состоянии подобных приспособлений, что может привести к развитию заболеваний ротовой полости ребенка. В связи с этим актуально стоит проблема осведомленности родителей не только в вопросах использования, но и поддержания гигиенического состояния прорезывателей.

Цель работы.

Изучение влияния гигиенического состояния прорезывателей на развитие заболеваний полости рта у детей грудного возраста.

Задачи:

1. Изучение научных сведений об этиологических факторах возникновения кариеса и заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей грудного возраста.
2. Проведение анкетирования родителей для изучения уровня их осведомленности в вопросах гигиенической обработки прорезывателей.
3. Ретроспективный анализ полученных данных после анкетирования.
4. Проведение санитарно-просветительной работы с родителями детей.

Материалы и методы.

Изучение научных сведений об этиологических факторах возникновения кариеса и заболеваний СОПР у детей проводилось с помощью интернет-ресурсов. Анкетированию подверглись родители детей, находившихся на лечении в ДСО №1 клиники ФГБОУ ВО ЧГМА. Ретроспективному анализу подлежали 100 анкет, полученных в результате исследования. Санитарно-просветительная работа проводилась с использованием наглядных пособий.

Результаты исследования.

Большинство источников литературы подтверждают данные о том, что основными этиологическими факторами ЗПП у детей является микробный фактор, нарушение гигиены полости рта. Из анализа анкет определено, что все родители использовали или используют прорезыватели во время прорезывания молочных зубов у ребёнка и 100% опрошенных знают, как обрабатывать их, и считают, что делают это по стандарту. При этом использовали метод кипячения 60% родителей, 20% обрабатывали антисептическими растворами, ополаскивали в проточной воде – 5%, замачивание в мыльном растворе производили 15% анкетированных. Большая часть проанкетированных (89%) в качестве прорезывателя использовали силиконовые грызунки с наполнителем в виде геля или воды, 11% – погремушки и другие игрушки. На вопрос о сроках использования прорезывателей, 65% родителей выбрали вариант «3 месяца», 15% ответили «6 месяцев» и 20% – осуществляли замену прорезывателей по мере изнашивания. Больше половины родителей (65%) считают, что существует взаимосвязь между гигиеническим состоянием прорезывателей и заболеваниями ротовой полости ребенка, 35% – затрудняются ответить на данный вопрос. При ответе на вопрос: «Какие заболевания могут возникнуть при неправильной и/или недостаточной гигиенической обработке прорезывателей?» 15% выбрали вариант ответа «кариес» и 85% – «заболевания слизистой оболочки полости рта». В период использования прорезывателей у 37% детей, родители которых подверглись анкетированию, возникали заболевания слизистой оболочки полости рта, у 63% данные заболевания не возникали.

Выводы.

Исходя из полученных данных, изученных научных сведений, установлена взаимосвязь между гигиеническим состоянием прорезывателей и заболеваниями слизистой оболочки полости рта у детей грудного возраста. Неправильная и/или недостаточная гигиеническая обработка грызунков

является одним из этиологических факторов развития заболеваний СОПР у детей грудного возраста.

После анкетирования, с родителями проведена санитарно-просветительная работа: беседа, демонстрация и отработка мануальных навыков для полной и качественной обработки прорезывателей. Выданы санбюллетени с правилами использования данных приспособлений.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ КОМПЛАЕНТНОСТИ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кучерявенко Е.Ю., Бороздина В.Ю.

Кафедра стоматологии детского возраста

Научный руководитель: Гаспарян Е.С., Дамдинжапова Д.С., к.м.н.

Петрова А.М.

Актуальность. В соответствии с данными ВОЗ срок удовлетворительной комплаентности пациентов – всего лишь 12 месяцев, чего явно не хватает на весь срок ортодонтического лечения, которое длится у взрослых не менее 2-х лет, а при лечении детей может достигать семи лет. Низкий уровень тщательного следования рекомендациям врача пациентом ведет к неудовлетворительным результатам, что зачастую приводит к неудовлетворенности пациента своим лечением.

Цель работы.

Изучение факторов, оказывающих наибольшее влияние на комплаенс пациента в процессе ортодонтического лечения. Выявление методов для улучшения кооперации врач-пациент, а также для достижения лучших результатов лечения.

Материалы и методы.

Всего анализу подвергнуты 40 анкет, которые были заполнены пациенты в возрасте от 18 до 39 лет, проходившие ортодонтическое лечение. В анкетах были представлены вопросы, позволяющие оценить: 1. мотивацию пациента к

лечению; 2. информированность пациентов о сложностях ортодонтического лечения и его особенностях с точки зрения наличия побочных эффектов и возможности их коррекции; 3. доверие пациента лечащему врачу.

Результаты исследования.

На вопрос «Повод для получения консультации врача-ортодонта» были получены результаты, указывающие на эстетический аспект восприятия личного образа. Часть опрошенных (15%), увидев красивый результат лечения у родственника/друга/коллеги обратились за специализированной помощью к врачу-ортодонт. Больше половины опрошенных (70 %) считают, что хороший результат исправления прикуса невозможно получить без выполнения всех рекомендаций врача-ортодонта, что указывает на возможность врача привлекать пациента к выполнению определенного протокола лечения. Интересно, что пациенты в случае физического дискомфорта связанного с ношением брекетов, только в 32,5-35% случаев готовы обратиться в клинику, к своему лечащему врачу. Почти 22,5% пациентов склонны терпеть боль, что совершенно не улучшает их позитивный настрой относительно процесса лечения. Часть пациентов (17,5%) будет самостоятельно искать информацию о методах лечения или устранения боли. Вне сомнений, присутствует кризис доверия к лечащему врачу. Большая часть пациентов осознает сложность лечения и готова это принять еще на этапе планирования. Достаточно важно, что 7,5% пациентов готовы пожертвовать результатом ради скорейшего снятия аппаратуры. Можно предположить, что пациенты из данной группы не будут предпринимать значительных усилий для достижения оптимального результата, что скажется на снижении комплаенса и результатах. Часть проанкетированных (12,5%) продемонстрировали снижение доверия к врачу, что так же может повлиять на дальнейшее взаимодействие пациента с данным специалистом. Лишь 20% пациентов скажут врачу о невозможности выполнения рекомендаций, что демонстрирует истинное отношение пациента к рекомендациям, влияющим на привычный образ жизни. Часть респондентов (22,5%) предпочтут обратиться

за консультацией к другому специалисту, что говорит о снижении доверия к врачу.

Выводы.

Невыполнение рекомендаций и, как результат, сохранение аномалии прикуса, а также недовольство пациента и врача результатом лечения – это известная и пока еще недостаточно хорошо решаемая проблема в ортодонтическом лечении. Из нашего исследования следует, что имеет смысл обучать врачей навыкам определения ведущей стратегии мотивации пациента и ее коррекции для сохранения мотивированности на полноценное выполнение рекомендаций врача на всем протяжении длительного лечения, более эффективно информировать пациентов о том, как будет проходить лечение, повышать мотивацию самих врачей на овладение коммуникационно – психологической составляющей профессии, а также изучать и применять методы, повышающие доверие пациента к лечащему врачу.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ РОДИТЕЛЕЙ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА ЧИТЫ

Шестакова И.Е., Соснина А.А.

Кафедра стоматологии детского возраста

Научные руководители: к.м.н. Петрова А.М., к.м.н. Малежик М.С.,

Кордюк М.Ю., Пронин М.Ю.

Актуальность. Развитие системы охраны материнства и детства направлено на заботу о здоровье, благополучии и улучшении качества жизни детей. Стоматологическое здоровье ребенка во многом зависит от уровня гигиенических знаний родителей и умения их использовать, и изучение этих показателей является целью данного исследования.

Цель работы.

Изучение уровня знаний родителей детей дошкольного возраста, о правилах гигиенического ухода за полостью рта и их отношения к стоматологическому здоровью.

Материал и методы.

Пилотное поперечное исследование было проведено среди родителей 3-5 летних детей, пациентов ДСО №1 клиники ФГБОУ ВО ЧГМА, отобранных случайным образом и подписавших информированное согласие на участие в проекте. Ретроспективному анализу подлежали 50 анкет, полученных в результате исследования.

Результаты исследования.

Большинство респондентов - женщины (94%) возрастной группы 25-39 года. Более половины опрошенных (64,7%) оценили собственное стоматологическое здоровье как «удовлетворительное», 23,5% - «отличное», 12,8% - «плохое». Большинство родителей (94%) отметили, что дети должны чистить зубы 2 раза в день. Большая часть участников (82,3%) указали на необходимость наносить зубную пасту размером «с горошину», 11,7% отметили, что она должна покрывать «половину рабочей части» зубной щетки и 6% респондентов не знают, как необходимо наносить зубную пасту. Более половины опрошенных (88,2%) ответили, что контролируют чистку зубов у ребенка, тогда как 11,8% родителей не осуществляют необходимый контроль. Большая часть родителей (85,3%) указали, что наиболее подходящим положением для контролируемой чистки зубов у детей является положение «рядом с ребенком», осуществляют визуальный осмотр только после чистки 14,7%. Большинство респондентов (94%) осведомлены о наличии фтора в составе детской зубной пасты. Более половины участников (94%) не знают методы чистки зубов, тогда как остальные (6%) используют стандартный метод. Большинство опрошенных (94%) осведомлены о необходимости чистки зубов с момента их прорезывания. Половина участников (55%) указали, что обучать гигиене должны родители, при этом 45% уверены в участии стоматолога в обучении. Треть родителей (29,4%) считают, что

обучать ребенка гигиене полости рта необходимо с момента прорезывания первого зуба, 29,4% - с двухлетнего возраста, 17,6% - с 3 лет, 11,7% - с 10 лет. Менее трети родителей (11,7%) указали, что время чистки зубов должно составлять 1 минуту (11,7%), 3 минуты - 47%, до 5 минут - 42,3%. Большинство опрошенных (76,5%) отметили, что дизайн зубной щетки не важен для ребенка при выборе зубной щетки. По мнению 55% родителей жесткость щетины рабочей части зубной щетки должна быть «мягкой», 45% выбирают среднюю степень. В 88,2% случаев респонденты отметили использование их ребенком мануальной зубной щетки, при этом дети 5,9% родителей чистят зубы только электрической. Более половины опрошенных (64,7%) отметили употребление сладкой пищи в рационе питания ребенка несколько раз в день. Половина родителей (42,3%) уверены в том, что первый визит к стоматологу должен осуществляться в возрасте 6-7 месяцев, 29,4% в 1 год, 28,3% - в 3 года. Большинство ответивших (94%) осведомлены о необходимости лечения молочных зубов.

Выводы.

Таким образом, низкая осведомленность и недостаточный уровень знаний родителей о профилактике стоматологических заболеваний указывают на необходимость внедрения уроков гигиены для родителей и детей дошкольного возраста в детских отделениях стоматологических клиник и дошкольных учреждениях г. Читы.