

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Красноярского края
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Стоматологическая ассоциация России
Ассоциация стоматологов Красноярского края

СИБИРСКО-АЗИАТСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБРАЗОВАНИЮ,
НАУКЕ И ПРАКТИКЕ В СТОМАТОЛОГИИ

Труды III Всероссийской научно-практической конференции с
Международным участием
(Красноярск, 29 мая – 31 мая 2019 г.)

Красноярск
2019

УДК 616.31(045)

ББК 56.6

С34

Главный редактор: д-р мед. наук, проф. В. В. Алямовский
Ответственные редакторы: канд. мед. наук, доц. С. А. Овчинникова;
канд. мед. наук, доц. Н. В. Тарасова
Редакционная коллегия: канд. мед. наук А. В. Нагорнов;
канд. мед. наук, доц. А. Н. Дуж

С 34 Сибирско-азиатский стоматологический форум. Инновационные подходы к образованию, науке и практике в стоматологии : тр. III Всерос. науч.-практ. конф. с Междунар. участием (Красноярск, 29 мая – 31 мая 2019 г.) / гл. ред. В. В. Алямовский ; отв. ред. С. А. Овчинникова, Н. В. Тарасова. – Красноярск : «Литера-принт», ИП Азарова Н.Н., 2019. – 312 с.

Сборник трудов «Сибирско-азиатский стоматологический форум. Инновационные подходы к образованию, науке и практике в стоматологии» продолжает серию материалов по проблемам организации и оказания стоматологической помощи населению, управления процессом подготовки специалистов в системе дополнительного и непрерывного медицинского образования. Представленные материалы посвящены актуальным вопросам, раскрывающим тему конференции «Сибирско-азиатский стоматологический форум. Инновационные подходы к образованию, науке и практике в стоматологии».

ISBN 978-5-94285-193-4

DOI: 10.20333/isbn.978-5-94285-193-4-2019-5

УДК 616.31(082)

ББК 56.6

© Министерство здравоохранения
Российской Федерации, 2019

© Министерство здравоохранения
Красноярского края, 2019

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого Минздрава
России, 2019

© Стоматологическая ассоциация
России, 2019

© Ассоциация стоматологов
Красноярского края, 2019

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСНОВНЫХ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА
КАНСКА И КАНСКОГО РАЙОНА**

*Авраменко Светлана Васильевна, Бунчук Ксения Николаевна,
Марьина Ирина Владимировна*

*Канская межрайонная стоматологическая поликлиника, Канск,
Российская Федерация*

Резюме. Решение проблемы стоматологического здоровья беременных является важным вопросом в здравоохранении. Опыт лечения и наблюдения беременных можно и нужно применять в системе ОМС при лечении основного населения.

Цель исследования: Выявить закономерность санации полости рта от частоты посещаемости врача стоматолога у лиц декретированной группы.

Материалы и методы: Обработка амбулаторных карт стоматологических пациентов и проведение санаций и профилактической работы у декретированной группы

Результаты исследования: Ежеквартальное посещение врача стоматолога приводит к качественной санации полости рта на примере декретированной группы.

Ключевые слова: кариес, здоровье населения, декретированная группа.

Актуальность. Высокая распространенность основных стоматологических заболеваний среди населения – одна из основных проблем практического здравоохранения. Такой интерес и постоянное внимание специалистов связано с широким распространением кариеса зубов и заболеваний пародонта среди большинства населения. Вместе с тем, мировая стоматологическая практика убедительно доказывает, что в настоящее время сохранить интактные зубы и ткани пародонта и улучшить

сложившуюся ситуацию возможно лишь через внедрение в повседневную практику методов профилактики стоматологических заболеваний. Основной целью профилактики является устранения причин возникновения и развития заболеваний, а также создание условий для повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Стоматологическая заболеваемость в нашей стране достаточно велика, и следует ожидать дальнейшего ее увеличения, если не будут изменены условия, влияющие на развитие заболеваний [1]. Недостаточное проведение мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний среди взрослого населения и учащихся приводит к низкой посещаемости врачей стоматологов, что негативно сказывается на состоянии общего здоровья и низком стоматологическом статусе. Организация профилактической работы стоматологов должна быть направлена на мотивацию посещения врача-стоматолога не менее 3-4 раз в год [2, 3].

«Канская МСП» оказывает лечебно-профилактическую помощь населению города Канска и Канского района в объеме, предусмотренном программой госгарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

Настоящее исследование проведено с целью оценки охвата взрослого населения лечением основных стоматологических заболеваний, а так же форм и методов профилактики данных заболеваний.

Материалы и методы исследования: Для сравнительного анализа нами были осмотрены две группы пациентов:

- беременные, состоящие на учете у врача-гинеколога;
- пациенты взрослого возраста, обратившиеся за стоматологической помощью.

В группу сравнения входили беременные женщины, состоящие с первого триместра на учете в женской консультации и обратившиеся за стоматологической помощью по направлению гинеколога, а также

беременные женщины, обратившиеся в стоматологическую поликлинику самостоятельно.

Вторую контрольную группу составили пациенты взрослого возраста, обратившиеся на прием к врачам-стоматологам нашей поликлиники самостоятельно или по неотложной боли за последние три года.

Результаты исследования: По нашим наблюдениям распространенность кариеса зубов и его осложнений среди взрослого населения города Канска и Канского района составила 98%, у беременных женщин – 80%. Ежегодно врачи-стоматологи нашей поликлиники заканчивают лечение 25 тысячи зубов, в том числе около 5 тысяч по осложненному кариесу, свыше тысячи человек проходят курс лечения заболеваний пародонта (табл. 1).

Таблица 1

Обращаемость по поводу кариеса и его осложнений
за 2015–2017 гг.

№	Заболевание	2015	2016	2017
1	Вылечено зубов по поводу кариеса (пломб)	24475	23129	24905
2	Вылечено зубов по поводу осложнений кариеса (пломб)	4867	4205	4900
3	Численность населения	107400	104200	100600

Из результатов, проведенного нами исследования следует, что женщины в период беременности ответственно подходят к вопросу своего здоровья и стоматологического статуса. Все пациентки на протяжении беременности посещали стоматолога в среднем 4–5 раз. Так, в группе сравнения 85% беременных женщин обратились на прием в стоматологическую поликлинику для проведения планового осмотра полости рта по направлению гинеколога, 15% беременных пациенток обратились самостоятельно. Индекс КПУ в данной группе составил 5,8–6,2. Из общего количества беременных, обратившихся за помощью, было санировано 97%, а

3% пациенток не получили полную стоматологическую помощь по различным причинам.

В контрольной группе наблюдения, из всех обратившихся пациентов, было санировано 65% человек. Индекс интенсивности кариеса КПУ составил 6, –7,4. Ретроспективный анализ амбулаторных карт позволил выявить факт, что посещение врача-стоматолога в данной группе составляло 1–1,5 раза в год.

Полученные данные наглядно демонстрируют, что обращаемость 4–5 раз в год, позволяет улучшить состояние здоровья полости рта пациентов и значительно повысить их стоматологический статус.

Выводы:

1. Стоматологическим учреждениям края, работающим в системе ОМС, необходимо улучшить работу по диспансеризации населения, особое внимание обратить на декретированные группы населения.

2. Целесообразно основные усилия стоматологической службы направить на систему профилактических мероприятий в молодом возрасте.

3. Для улучшения стоматологического здоровья населения необходима региональная программа профилактики, основанная на реальной эпидемической ситуации с проведением расчета потребности персонала и объема финансирования.

Список литературы

1. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. М.: МГМСУ, 2001. 189 с.

2. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. М.: Медицинская книга, 2009. 227 с.

3. Леонтьев В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективы ее развития // Институт Стоматологии. 2006. № 4(33). С. 10–12.

Сведения об авторах

Авраменко Светлана Васильевна, Канская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663600, г. Канск, ул. Ленина, д. 6; тел. +7(391)6123837; e-mail: Svetlana.2105@mail.ru

Бунчук Ксения Николаевна, Канская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663600, г. Канск, ул. Ленина, д. 6; тел. +7(391)6123837; e-mail: Kseniyabunchuk@mail.ru.

Марьина Ирина Владимировна, Канская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663600, г. Канск, ул. Ленина, д. 6; тел. +7(391)6123837.

УДК 611.314+612.311.1]:613.644]-616-092.9

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ЗУБНЫХ ЗАЧАТКОВ И МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИБРАЦИИ

*Апраксина Елена Юрьевна, Залавина Светлана Васильевна,
Железный Павел Александрович, Железная Анна Павловна, Никольская
Мария Владимировна*

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск,
Российская Федерация*

Резюме. Цель исследования. Изучить особенности гистогенеза зубов с учетом минерального обмена при вибровоздействии.

Материалы и методы. Вибровоздействие крыс Wistar проводилось с 9 по 18 сутки беременности. Исследовали морфологию зубных зачатков у плода. Аналитические исследования минерального состава печени выполнялись методом АЭС-ИПС в лаборатории АНО «ЦБМ» (Москва) по методу доктора А.В. Скального. В печени самок определяли концентрацию элементов: Ca, Cd, Cu, Fe, Mg, P, Pb, Se, Zn.

Результаты. Показаны особенности в структуре зубных зачатков и минерального обмена в системе мать-плод при вибровоздействии. Выявленные структурные изменения свидетельствуют о нарушении микроциркуляции, развитии гипоксии в тканях зубного зачатка и ускоренном дентиногенезе. Изменялись концентрации минеральных веществ в организме

– достоверно снижались концентрации эссенциальных элементов Ca, Fe, Mg и достоверно увеличивалось содержание Cu, Cd, Pb.

Выводы. Наблюдаемые изменения в морфологии зубных зачатков и в минеральном обмене, являются отражением измененного гомеостаза системы мать-плод, возникающего под влиянием вибрационного воздействия.

Ключевые слова: вибрация, система мать-плод, зубные зачатки, минеральный обмен.

Актуальность. Вибрация – один из наиболее распространенных неблагоприятных техногенных факторов, в условиях воздействия, которого трудится и живет множество людей. Значительное влияние на состояние органов полости рта оказывают многие социально-гигиенические факторы; характер их воздействия, их изменчивость зависит от индивида, экологической обстановки в регионе, социальных условий жизни людей, а также от их профессиональной деятельности. Неоспоримым фактом является то, что производственные факторы оказывают влияние, как на соматическое здоровье, так и на показатели стоматологического статуса [1]. Этими обстоятельствами объясняется важность изучения структурных перестроек в органах полости рта как начального отдела пищеварительного тракта в условиях действия различных антропогенных влияний и в том числе при действии общей промышленной вибрации.

Существенным является то, что признаки патологических изменений, вызванных вибровоздействием, формируются в органах полости рта еще до развития отклонений в других системах организма [2].

Цель исследования. Изучение морфологических изменений зубных зачатков и характера минерального обмена при воздействии промышленной вибрации.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования явились лабораторные крысы Wistar (самки) с исходной массой тела 180 – 200 гр. Вибровоздействие в ходе беременности осуществлялось на вибростенде,

моделирующим вибрацию категории 3 А (общая технологическая), время экспозиции 60 минут в период с 9 по 18 сутки беременности. На 20 сутки беременности животных выводили из опыта. Для исследования использовали две группы плодов: 1 группа – плоды от интактной беременности, 2 группа – плоды от беременности в условиях вибрации. Исследование зубных зачатков проводилось на светооптическом и электронно-микроскопическом уровнях по стандартной методике.

Так как, минеральный состав тела является отражением процессов гомеостаза клеток, тканей и организма в целом, мы провели определение минерального обмена у экспериментальных животных в условиях вибрационного воздействия. В качестве исследуемого биосубстрата использовалась печень экспериментальных животных (по 7-10 образцов от каждой группы). Выбор печени в качестве исследуемого биосубстрата обусловлен тем, что она является одним из основных органов-депо для многих биоэлементов, обеспечивает процессы детоксикации и поддержания гомеостаза в организме самки, то есть участвует в регуляции важнейших процессов, в том числе и в период беременности.

Аналитические исследования выполнялись методом атомной эмиссионной спектрометрией с индукционно связанной аргоновой плазмой (АЭС-ИПС) в лаборатории АНО «Центра биотической медицины» (г. Москва) под руководством д.м.н., профессора А. В. Скального. В печени экспериментальных животных определялись элементы: Ca, Cd, Cu, Fe, Mg, P, Pb, Se, Zn.

Результаты исследования. Гистологическое исследование на светооптическом уровне показало, что зубные зачатки 20-и дневных плодов крыс Wistar имеют хорошо выраженные структурные компоненты, соответствующие начальной стадии гистогенеза.

Морфометрия эпителиальных зубных зачатков плода, указывает на уменьшение относительной площади внутренних клеток эмалевого органа ($P > 0,05$). Выявляется достоверное уменьшение относительной площади

наружных клеток эмалевого органа на 43,4%, что сопровождается увеличением площадей промежуточных клеток эмалевого органа на 34% и пульпы эмалевого органа на 11%. Площадь клеток шейки эмалевого органа уменьшается в сравнении с контролем на 4,7%.

Морфометрия зубных зачатков мезенхимального происхождения выявляет уменьшение относительной площади зубного мешочка ($P>0,05$). Относительная площадь зубного сосочка остается на контрольном уровне, а площадь кровеносных капилляров зубного сосочка уменьшается на 51,4%, что сопровождается уменьшением площади просветов и стенок сосудов на 18,3% и 21,2%, соответственно. При световой микроскопии в этих структурах повсеместно выявляются запустевшие кровеносные капилляры (рис. 1, 2).

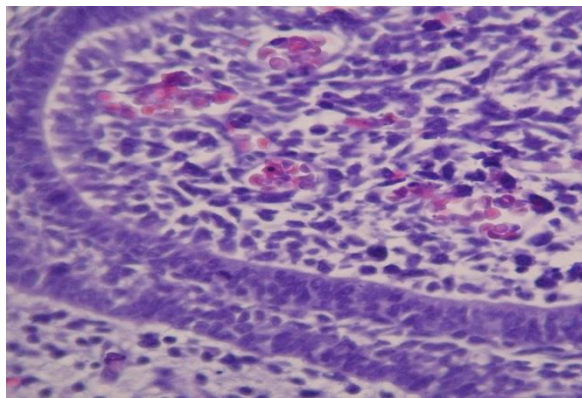


Рис. 1. Кровеносные сосуды зубного сосочка плода. Контроль. (окраска гематоксилин-эозин. Увеличение 400)

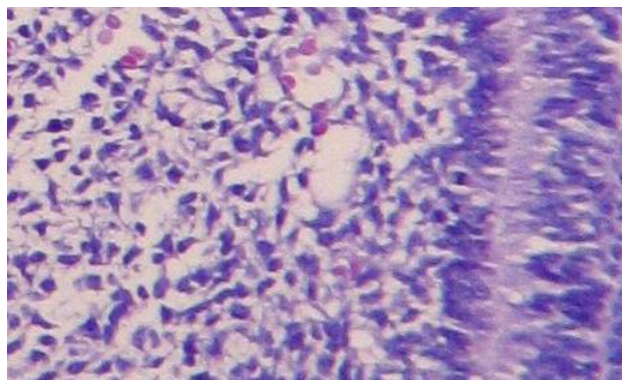


Рис. 2. Кровеносные сосуды зубного сосочка плода. Опыт. (окраска гематоксилин-эозин. Увеличение 400)

Измерение слоя дентина показало увеличение его толщины в сравнении с контролем на 45%, кроме того, толщина дентина на его протяжении носит неравномерный характер. Площадь мезенхимы околозубных структур увеличивается на 76,5% в сравнении с контролем.

При электронной микроскопии контрольных зубных зачатков к 20-м суткам внутриутробного развития плодов наблюдаются формирующиеся преодонтобласты на начальной стадии развития, имеющие округлую форму, отростки которых только начинают формироваться. Между клетками определяются большие пространства. В опытной группе плодов выявлены преодонтобласты отросчатой, вытянутой формы, расположенные компактными рядами (рис. 3, 4).

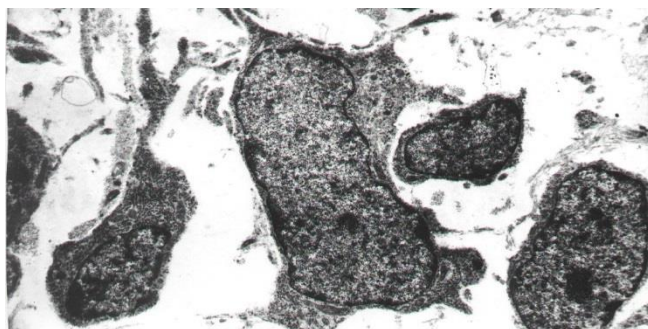


Рис. 3. Преодонтобласты зубного зачатка плода. Контроль. Электроннограмма. Увеличение 8800

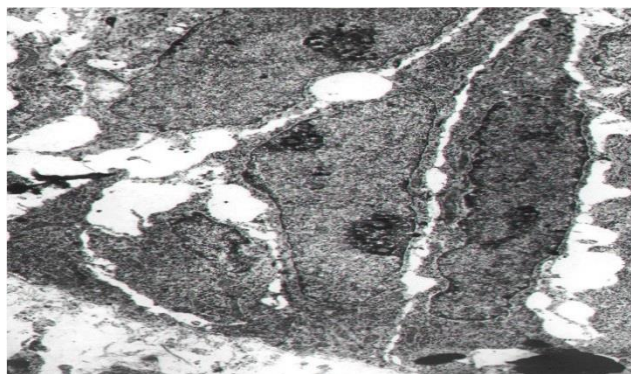


Рис. 4. Преодонтобласты зубного зачатка плода. Опыт. Электроннограмма. Увеличение 8800

Необходимо отметить, что вибровоздействие в период с 9 по 18 сутки беременности совпадало с периодом закладки, дифференцировки и начальной стадией гистогенеза зубных зачатков плода, то есть со всеми узловыми стадиями формирования зубного органа. Ведущие морфологические изменения в зубных зачатках мезенхимального происхождения свидетельствуют о нарушении микроциркуляторного русла, что неизбежно приводит к развитию гипоксии в тканях зубного зачатка. По-видимому, вследствие этих изменений произошёл ускоренный выход преодонтобластов из митотического цикла. О чём свидетельствует выявление в зубных зачатках в условиях вибрации более сформированных структурно и функционально зрелых преодонтобластов. Это повлекло за собой ранний дентиногенез, который проявляется в увеличении толщины дентина. Кроме того, нарушение микроциркуляции и связанная с ней тканевая гипоксия оказывают сдерживающее влияние на развитие большинства клеток эктодермального происхождения. Пульпа же эмалевого органа, как показывают наши результаты, увеличивается в объеме. В то время, как в условиях нормального амелогенеза площадь поверхности соприкосновения мезенхимы и наружного эпителия возрастает. Капилляры, растущие со стороны мезенхимы, приближаются к внутренним клеткам эмалевого органа, а разделяющая их пульпа эмалевого органа – уменьшается в объеме, что способствует усилению питания слоя дифференцирующихся энамелобластов со стороны зубного мешочка. Таким образом, морфологические изменения, выявленные нами в условиях действия вибрации, свидетельствуют об ухудшении трофики клеточных элементов зубного зачатка [3, 4].

При определении минерального состава печени, полученной от беременной самки опытной группы, было выявлено изменение количества и соотношения минеральных веществ. В частности определялось достоверное уменьшение в печени концентрации Са на 25%, Fe на 17%, Mg на 15%, что сопровождалось достоверным увеличением содержания Си на 8%, Cd в 10

раз, Pb в 2 раза. Значимых отличий в обмене P, Se и Zn не выявлено. Такое перераспределение минеральных веществ в организме самки, безусловно, окажет влияние на процессы минерализации костной ткани плода, и в частности скажется на минерализации зубных зачатков, так как кальций, фосфор и магний играют в организме важнейшую пластическую роль, образуя минеральную основу скелета, костной ткани и зубов.

Одной из причин дефицита магния может являться стрессовый фактор вибрационного воздействия. Отмечается, что стрессы различной природы и в том числе, сопутствующие вибрации приводят к возникновению отрицательного баланса магния [4].

Известно, что гипосидероз и возможное развитие гипохромной анемии вызывают страдание всего организма, приводя к ухудшению трофических процессов в тканях и клетках, что в частности приводит к нарушениям формирования костной ткани. Указывается, что железодефицитные состояния матери могут приводить к нарушенному остеогенезу черепа плода, проявляющиеся в уменьшении спонгиозной части кости и истончении её кортикального слоя. В результате формируются характерные изменения черепа и лица, возникшие вследствие внутриутробного дефицита железа.

Медь – один из важнейших, незаменимых микроэлементов, ключевую роль в обмене которого играют гепатоциты. Концентрация меди в организме относительно постоянна. Доказано, что гиперкупремия возможна при широком наборе состояний, специфическим фактором патогенеза которых является стресс.

На обмен свинца оказывает влияние многих факторов и, прежде всего, элементы близкие к нему по своим физико-химическим свойствам – это кальций, медь, магний, железо и кадмий. Сниженные концентрации кальция, магния и железа приводят к повышенному накоплению свинца в организме. Известно, что около 20% эндогенного свинца находится в составе скелета, причём его концентрация в зубах выше, чем в костной ткани и находится он

в них в прочно связанной форме. В ситуациях, ведущих к деминерализации костной ткани, происходит мобилизация свинца из его костных депо, что может приводить к его повышенному накоплению в печени и формированию свинцового токсикоза [4].

Необходимо отметить, что накопление кадмия вызывает ускорение развития остеопороза, приводя к дефициту кальция. Так как кадмий нарушает всасывание кальция в кишечнике и вызывает отклонения в функции эндокринных желёз [5].

Влияние кадмия на процессы минерализации зубов и как следствие формирование стоматологической патологии описано в исследованиях, проведённых на производствах, где рабочие контактируют с кадмием и его производными [6]. Отмечается высокий процент начальной формы кариеса (кариес в стадии пятна) с преобладанием локализации процесса на вестибулярной поверхности и пришеечной области зубов фронтальной группы и премоляров. Нередко активная форма деминерализации достигала степени некроза эмали. У большинства обследованных обнаружены болезни зубов некариозного происхождения: эрозии, некроз, гиперестезия твёрдых тканей зубов, клиновидные дефекты, отломы и трещины эмали. Все эти стоматологические изменения возникали на фоне избыточного накопления кадмия в твёрдых тканях зуба с одновременным снижением в них содержания кальция, фосфора и цинка.

Выводы. Есть все основания считать, что наблюдаемые изменения в морфологии зубных зачатков и в минеральном обмене, являются отражением измененного гомеостаза системы мать-плод, возникающего под влиянием вибрационного воздействия. Выявленные отклонения являются тем морфофункциональным субстратом, который приводит к нарушению дентино- и энамелогенеза у плода, и являются основой для формирования стоматологической патологии в постнатальный период жизни.

Список литературы

1. Базин А.К., Чебакова Т.И., Железный П.А., Бородина Т.В., Железная А.П., Русакова Е.Ю., Сергеева И.Л., Чебаков И.Н. Эпидемиологические аспекты кариозной болезни у школьников Новосибирска // Сибирское медицинское обозрение. 2011. № 5. С. 45–48.
2. Железный П.А., Ефимова Т.В. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей: учеб. пособие. Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2007. 109 с.
3. Железный П.А., Русакова Е.Ю., Щелкунов К.С., Апраксина Е.Ю., Дудленко А.А., Пушилин П.И., Акимова С.Е., Кортс А.Ф., Сартакова И.М., Сергеева И.Л. Состояние факторов местного иммунитета полости рта в процессе комплексного ортодонтического лечения // Тихоокеанский мед. журн. 2013. № 1. С.26–28.
4. Залавина С.В., Апраксина Е.Ю., Дровосеков М.Н., Склянов Ю.И., Железный П.А., Русакова Е.Ю. Развитие зубных зачатков, минеральный обмен и состояние опорно-двигательного аппарата при действии вибрации // Стоматология детского возраста и профилактика. 2008. № 1. С.50–54.
5. Залавина С.В., Апраксина Е.Ю., Склянов Ю.И., Железный П.А. Влияние вибрации на минеральный обмен и состояние слюнных желез в системе мать-плод-потомство // Морфологические ведомости. 2007. № 3–4. С.18–20.
6. Петрова Т.Г., Железный П.А., Самойлов К.О., Железная А.П., Акимова С.Е. Применение антибактериальных паст при эндодонтическом лечении деструктивных форм хронического периодонтита // Эндодонтия Today. 2012. № 1. С. 36–39.

Сведения об авторах

Апраксина Елена Юрьевна, Новосибирский государственный медицинский университет, Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52; e-mail: sdv.ngmu@mail.ru

Залавина Светлана Васильевна, Новосибирский государственный медицинский университет, Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52; e-mail: zalavinasv@mail.ru

Железный Павел Александрович, Новосибирский государственный медицинский университет, Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52. Тел.: 89133887709; e-mail: sdv.ngmi@mail.ru

Железная Анна Павловна Новосибирский государственный медицинский университет, Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52. Тел.: 89137354310; e-mail: sdv.ngmi@mail.ru

Никольская Мария Владимировна, Новосибирский государственный медицинский университет, Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52. тел.: 89513934233; e-mail: Nmv1994@yandex.ru

УДК 616.31:159.9

ПСИХОЛОГИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Бессонова Елена Алексеевна¹, Вишневская Лариса Петровна¹, Моисеенко Сергей Андреевич², Бабич Ирина Владимировна³

¹Богучанская районная больница, с. Богучаны, Российская Федерация

²Красноярская межрайонная больница № 2, Красноярск, Российская Федерация

³Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8, Красноярск, Российская Федерация

Резюме. В своей профессиональной деятельности, врачи стоматологи должны уделять внимание не только профессиональным компетенциям, но и психологическим аспектам взаимодействия с пациентами. Врачу необходимо владеть грамотной психологической техникой профессионального общения, что позволит облегчить взаимодействие с пациентами и улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: психология, стоматолог, пациент, взаимодействие.

Актуальность. В современном мире, в котором динамично развиваются все сферы жизни общества, неуклонно возрастает актуальность психологии. В нашей стране интерес к психологии огромен, причем

практически во всех отраслях: образовании, политике, спорте, бизнесе и, конечно же, медицине.

Исторически в сознании пациентов сложился стереотип, что поход к стоматологу – это болезненное, а иногда даже агрессивное вмешательство, что вызывает стресс и напряженность. Прогресс не стоит на месте, в стоматологии уже давно применяются далеко не варварские методы. Имеются широкие современные возможности преодоления боли – от анальгезии и местной анестезии до медикаментозного седирования. Поэтому перед врачом стоматологом стоит важная психологическая задача - снижение страха, состояния тревоги у больного, наличие которых может значительно затруднить не только процесс общения, но и саму работу с больным, т.к. страх может выражаться в различных формах реакции, например, таких как бегство от лечения или откладывание консультации, агрессия или физическое сопротивление.

Цель исследования. В данном исследовании ставится следующая цель – изучить возможности применения психологического знания в профессиональной деятельности врача с целью повышения ее эффективности.

Материалы и методы исследования: Нами была проведена практическая апробация некоторых психологических подходов к профессиональному общению с пациентами. В исследовании приняли участие пациенты Богучанской районной больницы, обратившиеся за стоматологической помощью.

Результаты исследования. Данная тематика изучалась многими авторами, и каждый из них подчеркивал важность психологического аспекта в лечении пациентов.

Задача медицинского работника состоит в том, чтобы понимать психологическую сущность состояния пациента, с тем, чтобы снять травмирующее воздействие, порождающее душевное «возмущение», ибо его присутствие будет препятствовать лечению любого недуга. Необходимо

переориентировать больного на мысли о выздоровлении, пробуждая в нем веру в защитные силы своего организма, независимо от этиологии заболевания [1].

В. М. Бехтерев особо подчеркивал роль слова в лечении, отмечая, что «...если больному после беседы с врачом не становится легче – это не врач» [2].

Практика работы в терапевтической стоматологии более 30 лет также дает право подтвердить данную гипотезу и сделать следующий вывод – врач должен владеть не только профессиональными компетенциями, но и грамотной психологической техникой профессионального общения с пациентами.

Рассмотрим характеристику предлагаемой техники, ее основные моменты.

1. Безопасность, доверие. На первоначальном этапе знакомства врачу необходимо создать у пациента ощущение безопасности и доверия, что достигается использованием вербальных и невербальных средств. Он должен быть в меру приветлив, участлив, доброжелателен в общении. Необходимо помнить о том, что он общается с больным на самом близком расстоянии, поэтому его внешний вид, мимика, выражение лица будет обязательно замечено пациентом.

Поскольку страх больного может быть обусловлен не только ожиданием болевых или неприятных ощущений в связи с предстоящим лечением, но и возможной вероятностью заражения каким-либо инфекционным заболеванием (СПИД, гепатит), врачу следует обязательно в присутствии больного тщательно вымыть руки, достать стерильный набор инструментов, надеть новые резиновые перчатки. За это время больной успеет удобно расположиться в кресле, привыкнуть к обстановке кабинета и к своему доктору.

2. Открытость к диалогу. На следующем этапе врач предоставляет пациенту возможность рассказать о том, что его беспокоит как в

соматическом, так и психологическом плане. Он должен внимательно выслушать пациента, не торопя его. Это помогает пациенту снизить эмоциональное напряжение и увеличить доверие к врачу.

Если в ходе беседы выявлено, что эмоции страха, беспокойства у пациента выражены в значительной степени, бывает полезно заранее договориться о системе «условных знаков», которые он может подать врачу в процессе работы, сигнализируя о своих ощущениях, что позволит врачу, прервавшись, справиться о возникших проблемах. Этот прием создает у пациента впечатление возможности осуществления обратной связи, и тем самым также успокаивает его.

3. Учет психологических, возрастных, индивидуальных и социальных особенностей пациента.

Строя свои отношения с пациентом, необходимо учитывать его индивидуальные особенности. Например, люди разных возрастных групп новую информацию воспринимают по-разному, и соответственно будет неэффективно использовать ко всем пациентам одинаковый подход.

При общении с пациентами в возрасте 20–25 лет донести новую информацию не представляет трудностей. Сам критерий новизны облегчает им восприятие, именно поэтому именно на нем нужно сделать акцент.

При общении с пациентами в возрасте 25–40 лет – необходимо делать акцент, опираясь на важность данной информации, необходимость для самого человека, логические обоснования. Новая информация должна встроиться в систему устоявшихся представлений человека.

Для пациентов в возрасте 40–65 лет – информации лучше придать облик чего-то знакомого, чтобы им легче было ее вписать в систему своих категорий.

Беседовать с пациентами старше 65 лет лучше неторопливо, отчетливо, фиксируя наиболее важные моменты перефразированием или простым повторением. Необходимо предоставлять время для формулирования и обдумывания ответов [3, 4, 5].

4. *Адекватная эмоциональность.* Врач должен быть в меру сострадательным, но и требовательным к пациенту. Требовательность, не основанная на уважении, вызывает агрессивность в отношениях между больным и врачом, но, с другой стороны доброжелательность без требовательности приводит к нарушению дисциплины, неорганизованности. Лечебно-эффективный потенциал требовательности возрастает, если она объективно целесообразна, продиктована потребностями процесса лечения, задачами выздоровления пациента.

Врачу не следует показывать в присутствии больного, что он чем-то расстроен, возмущен, т.к. это может отразиться на качестве оказываемой помощи доктором и его тонкой ручной умелости, что в большой степени ценится пациентами в работе стоматолога.

5. *Аргументация, обоснованность.* На данном этапе врач приступает к работе с больным: проводит осмотр и оценивает состояние ротовой полости, диагностирует заболевания десен и зубов. Когда пациент находится в кресле у врача в полной тишине, не понимает, что происходит на данный момент и ничего не может спросить, ввиду необходимости обеспечения доступа в ротовую полость для врача – это, конечно, нагнетает внутренний страх и нервозность. Очень важно на данном этапе общаться с пациентом и комментировать свои действия. При этом не стоит весь монолог строить на сложных медицинских терминах, необходимо, чтобы больной понимал, о чем идет речь. Это создаст комфортную и спокойную обстановку.

Если состояние ротовой полости неудовлетворительное, не стоит сразу же прибегать к упрекам и нотациям в адрес пациента, приводя его тем самым в замешательство, лучше в конце общения обязательно акцентировать внимание больного на вопросах гигиены и профилактики.

6. *Формирование мотивации излечения и превентивности.* Достаточно важным является создание у пациента мотивационной составляющей в процессе лечения. Важны сознательность и творческая активность пациента, но при этом все действия должны быть согласованы с врачом.

На окончательном этапе подводятся итоги, врач делает необходимые назначения, дает рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта, при необходимости намечает дату следующего визита. Если у пациента все еще сохраняются болевые ощущения после проведенных лечебных манипуляций, следует обязательно успокоить его и заверить в том, что они носят временный характер, посоветовав провести соответствующие посттерапевтические процедуры.

Перед прощанием можно сказать больному что-нибудь ободряющее, чтобы снять оставшееся психологическое напряжение и сделать следующий его визит к врачу более приятным.

Все параметры описанной техники взаимосвязаны и все они направлены на достижение одной цели – выстроить правильные отношения «врач»-«пациент». Не стоит забывать, что все контакты между стоматологами и больными помимо лечебной связи являются системой человеческих взаимоотношений. И от того, как будут выстроены эти взаимоотношения, какой характер они приобретут, будет зависеть в конечном итоге не только комфортность лечения, но и полная его успешность.

Выводы. В ходе проведенного нами исследования получено подтверждение важности психологического подхода к осуществлению профессиональной деятельности стоматолога. Каждый пациент отличается своими индивидуальными психологическими особенностями, которые необходимо учитывать при построении эффективных рабочих отношений «врач»-«пациент».

Грамотная психологическая техника в данном взаимодействии рассматривается нами как многоуровневый процесс установления контактов между врачом и пациентом, порождаемый необходимостью в данной совместной деятельности, который включает в себя максимальный обмен информацией, выработку определенной стратегии взаимодействия и межличностного общения.

В результате исследований выявлена взаимосвязь между степенью доверия пациента к врачу и частотой его обращений за медицинской помощью. Чем больше пациент доверяет врачу, тем больше он намерен заниматься своим здоровьем.

На наш взгляд, проведенные исследования важны как для медицинских работников, так и для пациентов. В данном взаимодействии со стороны врача важно формирование мотивации излечения, а со стороны пациента – активность в этом совместном процессе.

Контакт «врач»-«пациент» – это необходимость обусловленная реальностью. Такой контакт позволяет врачу в полной мере осуществить весь запланированный комплекс мероприятий, направленный на оздоровление, а пациенту – в лучшей мере понять обоснованность назначенного лечения и данных ему предписаний и строго следовать им.

Список литературы

1. Деларю В.В. Конкретные социологические исследования в медицине. Волгоград: ВГУМУ, 2005. 97 с.
2. Москаленко О.В. Развитие профессионального самосознания государственных служащих. М.: РАГС, 2004. 226 с.
3. Коротких Д.В. Нейролингвистическое программирование в стоматологии // Дентал Юг. 2008. № 1. С. 1–3.
4. Садовский В.В. Управление знаниями в стоматологии // Стоматология для всех. 2010. № 3. С. 42–43.
5. Рыжова Е.А., Петрова А.П. Формирование долгосрочных позитивных отношений врача стоматолога и пациента // Дентал Юг. 2010. № 5. С. 56.

Сведения об авторах

Бессонова Елена Алексеевна, Богучанская районная больница; адрес: Российская Федерация, 663430, Красноярский край, Богучанский район, с. Богучаны, пер. Больничный, д. 10; тел.: +7 (39162) 2-16-91; e-mail: el.bessonova@mail.ru.

Вишневская Лариса Петровна, Богучанская районная больница; адрес: Российская Федерация, 663430, Красноярский край, Богучанский район, с. Богучаны, пер. Больничный, д. 10; тел.: +7 (39162) 2-16-91.

Моисеенко Сергей Андреевич, Красноярская межрайонная больница №2, адрес: Российская Федерация, 660132, г. Красноярск, ул. Микуцкого, д. 2; тел.: +7 (391) 234-03-07.

Бабич Ирина Владимировна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8, адрес: Российская Федерация, 660130, ул. Мирошниченко, д. 1; тел.: +7 (391) 246-45-83; e-mail: gsp8babich@yandex.ru

УДК 616.31-084:616.314-089.23

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бриль Елена Александровна, Макарчук Максим Юрьевич, Журавлева Татьяна Борисовна, Макарчук Тихон Максимович, Шишков Никита Юрьевич, Пустошилова Александра Сергеевна

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация

Резюме. В Красноярском крае по результатам профилактических осмотров выявлена высокая распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков. Проведено ортодонтическое лечение 50 детей в возрасте 12–15 лет с зубочелюстными аномалиями, находившихся на лечении у ортодонта с использованием лигатурных брекетов и имеющих до начала аппаратного лечения компенсированную форму кариеса зубов. Авторами оценена эффективность применения реминерализующей терапии у подростков на этапах ортодонтического лечения.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, стоматологический статус, дети, реминерализующая терапия, ортодонтическое лечение, брекет система.

Актуальность. Несмотря на использование методов и средств профилактики кариеса зубов у ортодонтических пациентов, проблемы профилактики негативных изменений в органах и тканях полости рта остаются актуальными. Многочисленными исследованиями показано, что при ортодонтическом лечении зубочелюстных аномалий съемными и несъемными аппаратами нарушается гигиена полости рта, возрастает поражаемость зубов кариесом, возникают заболевания тканей пародонта [1, 2, 3, 4]. В связи с этим возникает необходимость в использовании современных средств первичной профилактики на этапах аппаратного лечения ортодонтических пациентов.

Цель исследования: обоснование эффективных методов профилактики кариеса зубов у детей с зубочелюстными аномалиями на основе использования средств первичной профилактики Clinpro XT Varnish (3M ESPE).

Материалы и методы исследования: Для определения эффективности профилактических мероприятий были сформированы две группы детей 12–15 лет, находившихся на лечении у ортодонта с использованием лигатурных брекетов и имеющие до начала лечения компенсированную форму кариеса зубов. Все дети до фиксации брекетов были обучены стандартному методу чистки зубов и применяли кальций-содержащие зубные пасты.

В первой группе детей (контрольной, 25 человек) проводили санацию полости рта, обучение стандартному методу чистки зубов с использованием зубной щетки с V-образной формой щетины для чистки брекетов и межзубной щетку с ёршиками. Вышеперечисленные предметы гигиены пациенты применяли ежедневно, с заменой на новые один раз в три месяца. Проводили профессиональную гигиену полости рта два раза в год, с последующим покрытием всех зубов фторлаком.

Детям второй группы (25 человек) также проводили санацию полости рта до фиксации брекетов и комплексное назначение предметов и средств

первичной профилактики. В процессе ортодонтического лечения дети этой группы ежедневно использовали: зубную щетку с V-образной формой щетины для чистки зубов и брекетов, межзубную щетку с ёршиками. Детям второй группы проводили покрытие эмали зубов вокруг брекетов материалом Clinpro XT Varnish (3M ESPE), содержащее соединения фтора, кальция и фосфатов. Покрытие проводили сразу после фиксации брекетов и через каждые 6 месяцев, по протоколу применения препарата. После проведения профессиональной гигиены полости рта, эмаль промывали водой, высушивали воздухом, протравливали 15 сек., промывали водой, высушивали в течение 5 сек., наносили 1 дозу (1 клик для покрытия вокруг 5 брекетов) материала на блокнот, замешивали материал в течение 15 сек. и на область вокруг брекетов наносили материал Clinpro XT Varnish (3M ESPE) с помощью аппликатора. Проводили полимеризацию материала светом в течение 20 сек. После полимеризации лампой подравнивали края и удаляли неровности вокруг крыльев брекетов с помощью бора, а затем фиксировали ортодонтическую дугу. Покрытие материалом Clinpro XT Varnish повторяли через каждые 6 месяцев.

С целью изучения динамики кариозного процесса у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями (ЗЧАД) было проведено наблюдение в течение 18 месяцев. Исследование позволило изучить динамику интенсивности кариеса зубов на этапах ортодонтического лечения, оценить уровень гигиены полости рта и состояние краевого пародонта.

Регистрация стоматологического статуса проводилась в специально разработанных картах. У всех обследованных детей четыре раза в году проводилось изучение стоматологического статуса по показателям интенсивности кариеса постоянных зубов. Для характеристики гигиены полости рта использовали индекс гигиены (ИГ) Ю.А. Федорова - В.В. Володкиной (1971). Клиническое состояние тканей пародонта учитывали по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу (РМА), в модификации Парма (1960). Для оценки состояния тканей пародонта у детей применяли комплексный периодонтальный индекс КПИ (Леус П.А., 1988). С учетом

нормальности распределения вариационных рядов, данные клинических исследований, подвергались статистической обработке по методу Вилкоксона-Манн-Уитни.

Результаты исследования: Анализ значений ИГ Федорова-Володкиной у детей с ЗЧАД показал, что через один месяц после фиксации брекет системы гигиеническое состояние полости рта оценивалось как плохое и не имело достоверных различий между группами сравнения (табл.1). У детей первой группы (контрольной) через 18 месяцев на фоне контролируемой гигиены полости рта, показатели ИГ достоверно снижались до $2,17 \pm 0,02$ ($p < 0,001$). У детей второй группы (использующих дополнительно покрытие препаратом Clinpro XT Varnish) значения ИГ уменьшались от $2,74 \pm 0,02$ до $1,42 \pm 0,05$ ($p < 0,001$). Данный показатель ИГ позволил оценить гигиеническое состояние полости рта как хорошее у детей второй группы.

Сравнительная оценка динамики индексов РМА и КПИ у детей первой группы (контрольной) показал ухудшение этих показателей. Значение индекса РМА у детей контрольной группы, на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта возросло в 2,8 раза, индекса КПИ в 3 раза. Показатели индексов РМА и КПИ позволили выявить среднюю степень воспаления в тканях пародонта у детей первой группы через 18 месяцев использования брекет систем.

Таблица 1

Характеристика клинических показателей полости рта у детей

Группы детей с ЗЧАД	Сроки осмотров	Изучаемые показатели (M±m)		
		ИГ (в баллах)	РМА (%)	КПИ
Группа №1 контрольная (n=25)	Первый осмотр (через 1 месяц)	$2,65 \pm 0,05$	$12,56 \pm 1,80$	$0,82 \pm 0,31$
	Заключительный осмотр (через 18 месяцев)	$2,17 \pm 0,02$ ***	$35,13 \pm 2,17$ ***	$2,47 \pm 0,43$ **
Группа №2 (n=25)	Первый осмотр (через 1 месяц)	$2,74 \pm 0,03$	$13,97 \pm 1,20$	$0,95 \pm 0,44$
	Заключительный осмотр (через 18 месяцев)	$1,42 \pm 0,05$ *** $p_{1,2} < 0,001$	$2,57 \pm 0,48$ *** $p_{1,2} < 0,001$	$0,27 \pm 0,13$ * $p_{1,2} < 0,001$

Примечание:

*n – количество детей, достоверность различий дана по группам относительно исходных показателей: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$.*

На фоне комплексного использования предметов и средств первичной профилактики (совместное применение специальных зубных щеток с ёршиками и покрытия препаратом Clinpro XT Varnish) у детей второй группы через 18 месяцев отмечена положительная динамика при оценке состояния тканей пародонта. Следует отметить, что значение индекса РМА у детей второй группы уменьшилось в 5,4 раза, значение индекса КПИ снизилось в 3,5 раза.

Результаты исследования показали, что у детей с ЗЧАД показатели стоматологического статуса в процессе аппаратного лечения ухудшались. У детей первой группы (контрольной) через 18 месяцев существенно изменился показатель интенсивности кариозного процесса. Так, прирост по индексу КПУ(з) (сумма кариозных – К, пломбированных – П, удаленных – У постоянных зубов) от начала аппаратного лечения у детей первой группы составил $2,72 \pm 0,18$, а по индексу КПУ(п) (сумма всех поверхностей с кариесом – К, пломбами – П и удаление – У постоянных зубов) $3,17 \pm 0,28$ (табл. 2).

Таблица 2

Динамика интенсивности кариеса зубов у детей с ЗЧАД

Группы детей с ЗЧАД	Сроки осмотров	Показатели интенсивности кариеса зубов ($M \pm m$)			
		КПУ(з)	КПУ(п)	Прирост по индексам	
				КПУ(з)	КПУ(п)
Группа №1 контрольная (n=25)	Первый осмотр	1,78±0,11	2,97±0,34	-	-
	Заключительный осмотр (через 18 месяцев)	4,50±0,24 **	6,14±0,22 **	2,72±0,18	3,17±0,28
Группа №2 (n=25)	Первый осмотр	2,54±0,26	3,82±0,24	-	-
	Заклучительный осмотр (через 18 месяцев)	3,62±0,20 *	5,24±0,10 **	1,08±0,22 $p_{1,2} < 0,001$	1,42±0,16 $p_{1,2} < 0,001$

Примечание:

*n – количество детей, достоверность различий дана по группам относительно исходных показателей: * - $p < 0,01$, ** - $p < 0,001$.*

У детей второй группы, после комплексного использования в течение 18 месяцев предметов и средств первичной профилактики, произошло существенное снижение прироста кариеса зубов в отличие от показателей контрольной группы ($p < 0,001$). Так, прирост по индексу КПУ(з) у детей,

использующих в процессе ортодонтического лечения покрытие препаратом Clinpro XT Varnish 2 раза в год, составил всего $1,08 \pm 0,22$, а по индексу КПУ(п) $1,42 \pm 0,16$ ($p < 0,001$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что специальные предметы гигиены полости рта следует использовать под контролем индексов гигиены и дополнительного применения реминерализующих препаратов – покрытие препаратом длительного действия Clinpro XT Varnish (3M ESPE) через каждые 6 месяцев, на протяжении всего периода использования лигатурных брекетов, с целью повышения эффективности профилактики кариеса зубов у данной группы пациентов.

Список литературы

1. Бриль Е.А. Смирнова Я.В. Частота встречаемости зубочелюстных аномалий и деформаций в периоды формирования прикуса // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. С. 42–46.

2. Грудянов А.И. Изменения состава микрофлоры зубодесневой борозды в процессе ортодонтического лечения // Стоматология. 2012. № 3. С. 61–64.

3. Модина Т.Н. Мамаева Е.В., Цинеккер Д.А. Особенности формирования хронического гипертрофического гингивита у подростков 13-15 лет // Стоматология детского возраста и профилактика. 2013. № 2. С. 28–34.

4. Перова Е.Г., Левенец А.А., Бриль Е.А. Особенности влияния различных факторов на эффективность аппаратного лечения зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков // Сибирское медицинское обозрение. 2012. № 3 (75). С. 75–79.

Сведения об авторах

Бриль Елена Александровна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2201395; e-mail: e.a.b.27@mail.ru.

Макарчук Максим Юрьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2201395; e-mail: mtyb68@bk.ru.

Журавлева Татьяна Борисовна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2201395; e-mail: zhurstom@mail.ru.

Макарчук Тихон Максимович, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2201395; e-mail: mtyb68@bk.ru.

Шишков Никита Юрьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2201395; e-mail: rgb-vid@inbox.ru.

Пустошилова Александра Сергеевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2201395; e-mail: bron1.pl25@gmail.com.

УДК 616.31-083-053.4

АНАЛИЗ ВОСПИТАНИЯ НАВЫКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГИГИЕНЫ У ДЕТЕЙ 2-Х И 3-Х ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ЛЕНИНСКОГО РАЙОНА Г. КРАСНОЯРСКА

Власов Дмитрий Викторович, Бобровская Елена Григорьевна, Якушева Татьяна Теодоровна, Бондаренко Лилия Валерьевна

*Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1, Красноярск,
Российская Федерация*

Резюме. На основании собственного опыта представлен анализ степени развития начальных навыков стоматологической гигиены у детей в возрасте 2-х и 3-х лет, а также степень вовлеченности членов семьи в процесс

развития начальных навыков стоматологической гигиены у ребенка в данном возрасте.

Ключевые слова: гигиенические навыки, гигиеническое воспитание, первичная профилактика, чистка зубов.

Актуальность. Основой стоматологии, как и всей медицины, является ее профилактическая направленность. По определению Н. А. Семашко (1926), «профилактика – это путь, которым мы идем, диспансеризация – метод осуществления профилактических задач». Считается, что основные заболевания полости рта (кариес зубов и воспалительные заболевания пародонта) управляемы и во многих случаях могут быть предупреждены. Однако эти заболевания относятся к числу наиболее распространенных болезней детского населения нашей страны [1, 2, 3].

Непременным условием эффективности любой программы профилактики должно быть участие в ней родителей, которые должны контролировать 2-х кратную ежедневную чистку зубов у детей, а также вырабатывать у них привычки здорового образа жизни. От понимания родителями степени своей ответственности зависит здоровье ребенка [4].

Согласно Приказу МЗ РФ №910-н от 13.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» осмотр детей врачом стоматологом детским должен осуществляться: на первом году жизни – 2 раза в год; затем не реже одного раза в год, в зависимости от степени риска и активности течения стоматологических заболеваний.

Воспитание у детей гигиенических навыков - задача очень нужная, но не простая. Согласно последним разработкам ведущих стоматологов мира, обучение рациональной гигиене полости рта и чистки зубов необходимо проводить, поэтапно начиная с трехлетнего возраста.

Цель исследования: оценить степень развития начальных навыков стоматологической гигиены у детей в возрасте 2-х и 3-х лет и степень

вовлеченности членов семьи в процесс развития начальных навыков у ребенка.

Материалы и методы исследования: Нами был проведен опрос родителей, чьи дети, проходили плановый профилактический осмотр детского стоматолога в 2 и 3 года в 2016 году. Всего был осмотрен 201 ребенок: в возрасте 2-х лет–151 чел.; 3-х лет–50 чел.

В ходе осмотра, помимо выявления у ребенка заболеваний слизистой оболочки полости рта, контроля прорезывания и роста зубов, выявления заболеваний твердых тканей зубов, фиксации зубной формулы, информирования родителей по правильному уходу за полостью рта ребенка, родителям задавались следующие вопросы:

- Сколько раз в день ваш ребенок чистит зубы?
- Ваш ребенок чистит зубы самостоятельно или вы помогаете ему в этом?
- Кто научил ребенка чистить зубы?

Результаты исследования: Итак, по результатам проведенного опроса, в группе детей 2-х лет 41 человек (27%) проводят двукратную чистку, 59 человек (39%) ежедневно чистят зубы один раз в день, 11 человек (7,2%) редко чистят зубы и 40 человек (26%) не чистят зубы вообще (рис. 1).

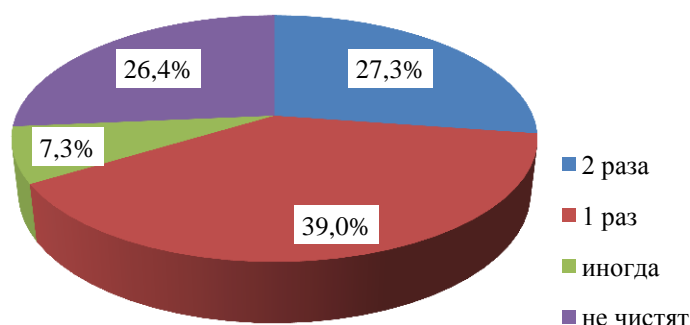


Рис. 1. Кратность чистки зубов ребенком в возрасте 2-х лет

Из 50 опрошенных родителей детей 3-х летнего возраста–18 человек (36%) проводят ежедневную 2-х кратную чистку зубов утром и вечером. 26

человек (52%) ответили, что их ребенок проводит чистку зубов 1 раз в день. И по 3 человека (6%) отметили, что их дети чистят зубы изредка и совсем не чистят (рис. 2).

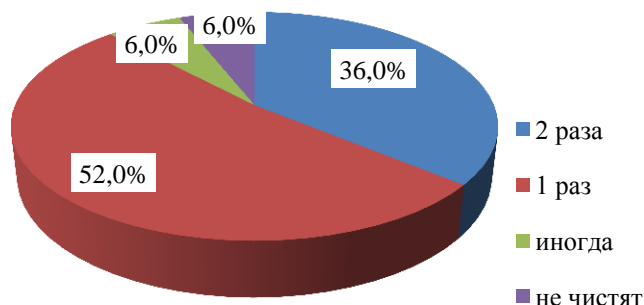


Рис. 2. Кратность чистки зубов ребенком в возрасте 3-х лет

На второй вопрос родители детей 2-х летнего возраста ответили, что 26 человек (23%) чистят зубы самостоятельно, 85 человек (77%) помогают своим детям чистить зубы.

В 3-х летнем возрасте 20 детей (42%) чистят зубы самостоятельно, совместно с родителями—27 человек (58%).

На третий вопрос в группах двух возрастных категорий 119 (75%) респондентов ответили, что обучение чистке зубов проводила мама ребенка, 3 человека (1,8%)—папа, оба родителя—19 человек (12%), самостоятельно обучились чистить зубы 15 человек (9,5%), другие члены семьи: бабушка, старший брат—2 человека (1,2%).

Выводы: Общеизвестно, что уход за полостью рта ребенка необходимо начинать с момента прорезывания первого зуба (протирание поверхности зубов). Основным же способом ухода за полостью рта с 1 до 3 лет является чистка зубов щеткой. Анализ проведенного исследования позволяет сделать вывод о том, что остается очень высокий процент семей, взрослые члены которых заблуждаются в основных аспектах гигиенического воспитания своих детей, и, порой сами не знают, как правильно и как часто чистить зубы ребенка, какие средства гигиены при этом использовать. Всего в 29% семей

(суммарно по двум возрастным группам) имеет место двукратная чистка зубов. В 42% семей родители пропагандируют однократную чистку (утренняя чистка) зубов. Это говорит о том, что данным наставникам самим не хватает грамотности в вопросах стоматологической гигиены. В 28% семей ребенок либо чистит зубы эпизодически, либо совсем данный навык не прививался. Видна тенденция роста числа семей, в которых навык хотя и однократной чистки зубов, в 39% прививался детям с 2-х лет и в 52% с 3-летнего возраста. Исследованием установлено снижение процента семей с 26% у детей 2-х лет до 3% у детей 3-лет, в которых привитие данного навыка отсутствовало.

Мы считаем, что родители являются для детей непререкаемым авторитетом, и именно от них зависит, какие привычки будут привиты ребенку, сколько раз в день ребенок будет чистить зубы, в какой последовательности и какими движениями при этом необходимо пользоваться. Согласно нашему опросу, процесс чистки зубов у ребенка к 3-м годам становится более самостоятельным: в 2 года самостоятельно чистят – 23% детей; в 3 года – 42% детей.

Чаще всего учат детей чистить зубы в семье один из родителей - мама, папа или тот член семьи, с кем ребенок больше проводит время. Никто из опрашиваемых не отметил, что технике чистки зубов ребенка обучал врач-стоматолог. Этот факт свидетельствует о том, что врач-стоматолог входит в познавательную жизнь ребенка несколько позже. В дошкольный период на формирование начальных навыков гигиены большое влияние оказывают близкие люди, по результатам нашего опроса, в подавляющем большинстве семей – это мать ребенка (75%). Роль медицинского персонала в данный возрастной период, по нашему мнению, должна заключаться в контроле и коррекции гигиены через определенные промежутки времени в зависимости от степени риска и активности течения стоматологических заболеваний, но не реже одного раза в год.

Список литературы

1. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний : учеб. пособие. М.: Поли Медиа Пресс, 2001. 250 с.
2. Лукиных Л.М. Лечение и профилактика кариеса зубов. Н. Новгород, Изд-во НГМА, 1999. 168 с.
3. Флейшер Г.М. Нежелательные эффекты, возникающие в полости рта при приеме лекарственных препаратов // Стоматология детского возраста и профилактика. 2004. № 3–4. С. 12–19.
4. Флейшер Г.М. К вопросу организации гигиенического обучения и стоматологического просвещения среди детского населения России // Дентал Юг. 2010. № 9 (81). С. 58–60.

Сведения об авторах

Власов Дмитрий Викторович, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Мичурина 2а; тел.+79135347531; e-mail: gsp-glavrach@mail.ru.

Бобровская Елена Григорьевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Мичурина 2а; тел.+79029828087.

Якушева Татьяна Теодоровна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Мичурина 2а; тел.+79504305924; e-mail:takuseva013@gmail.com.

Бондаренко Лилия Валерьевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Мичурина 2а; тел.+79233322569; e-mail:viktor-bondarenko-89@mail.ru.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «PULPOTEC»
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ
У ДЕТЕЙ ОТ 4 ДО 8 ЛЕТ ЛЕНИНСКОГО РАЙОНА Г. КРАСНОЯРСК**

*Власов Дмитрий Викторович, Григорян Ирина Анатольевна,
Якушева Татьяна Теодоровна, Бондаренко Лилия Валерьевна*

*Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1, Красноярск,
Российская Федерация*

Резюме. На основании литературных данных и собственного опыта представлен клинический опыт применения препарата «Pulpotec» для лечения пульпита методом витальной ампутации среди детей от 4 до 8 лет, обратившихся за стоматологической помощью в Красноярскую городскую стоматологическую поликлинику № 1.

Ключевые слова: витальная ампутация, пульпотомия, хронический фиброзный пульпит, «Pulpotec».

Актуальность. Проблема лечения пульпита в нашей стране не теряет своей актуальности и в настоящее время. По данным ряда авторов (Е. В. Боровский, М. Ю. Протасов, 2002, Е. В. Боровский, 2007), обращение в клинику терапевтической стоматологии по поводу патологии пульпы составляет 30–40% от общего числа пациентов [1].

В последнее время детские стоматологи в своей практике предпочитают лечение пульпитов у детей с использованием метода витальной пульпотомии.

При лечении очень важно обеспечить условия для формирования зубов, временных и постоянных, и физиологической резорбции временных зубов. Сохранение жизнеспособности пульпы временных зубов способствует их функции вплоть до физиологической смены, предупреждает развитие

осложнений в периодонте и кости челюсти, а в постоянных зубах обеспечивает полноценное завершение формирования зуба.

«Pulpotec» – препарат для лечения пульпита путем пульпотомии. Главная задача при лечении пульпита зубов – это защита пульпы корня. Сохраненная корневая пульпа пресекает проникновение в ткани молочных зубов болезнетворных микробов вплоть до появления постоянных. «Pulpotec» не пигментирует зубные ткани и не содержит вредных токсинов. Препарат не содержит эвгенола, поэтому возможна фиксация различных материалов, предназначенных для реставрации зубов [3].

В результате химического воздействия антисептиков, полиоксиметилена (который коагулирует альбумины, вызывая поверхностную девитализацию пульпы), йодоформа, фенола, формальдегида (обладающих бактерицидными и мумифицирующими свойствами), а также дексаметазона (противовоспалительное действие) происходит мумификация устьевой части пульпы. Апикальная часть пульпы остаётся жизнеспособной, что позволяет говорить о дальнейшей полноценной жизнедеятельности зуба.

Среди актуальных проблем, современной стоматологии воспаление пульпы зуба занимает важное место в практической деятельности стоматологов. Более 80% обратившихся пациентов, возрастом от 4 до 8 лет, за стоматологической помощью в отделение терапевтической стоматологии детского, был поставлен диагноз «хронический фиброзный пульпит».

Одной из важных задач при лечении пульпитов временных зубов является сохранение корневой пульпы до физиологической смены зубов. Витальная пульпа в корневых каналах обеспечивает физиологическое течение роста и развития временного зуба и окружающих его структур, является надежным барьером для проникновения микроорганизмов в периапикальные ткани, что препятствует развитию одонтогенной инфекции [2]. При наличии витальной пульпы в корневых каналах временных зубов физиологическая резорбция протекает в соответствующие сроки, что способствует формированию нормального прикуса.

Цель исследования: оценить степень эффективности применения препарата «Pulpotec» при лечении пульпита методом витальной ампутации.

Материалы и методы исследования: В процессе клинического исследования мы провели лечение хронического фиброзного пульпита временных зубов 100 детям в возрасте от 4 до 7 лет, методом витальной пульпотомии с использованием препарата «Pulpotec».

Оценка эффективности результатов проводилась через 12 месяцев после завершения лечения по следующим признакам: отсутствие жалоб больного, наличие хронического воспаления в перипикальных тканях вылеченных зубов. По истечению 12 месяцев о стабилизации и успешности лечения судили по проценту детей, у которых не возникло рецидивов и осложнений.

Результаты исследования: Эффективность лечения препаратом «Pulpotec» составила 87,7% детей. Процент удаленных зубов при лечении препаратом «Pulpotec» составил 12,3% соответственно (рис. 1). Зубы, удаленные по диагнозу «физиологическая смена прикуса» не учитывались.

На основании полученных результатов исследования можно сделать следующие выводы:

Методы витальной пульпотомии являются эффективными и быстрым, с минимальным количеством осложнений (в случае правильной постановки диагноза).

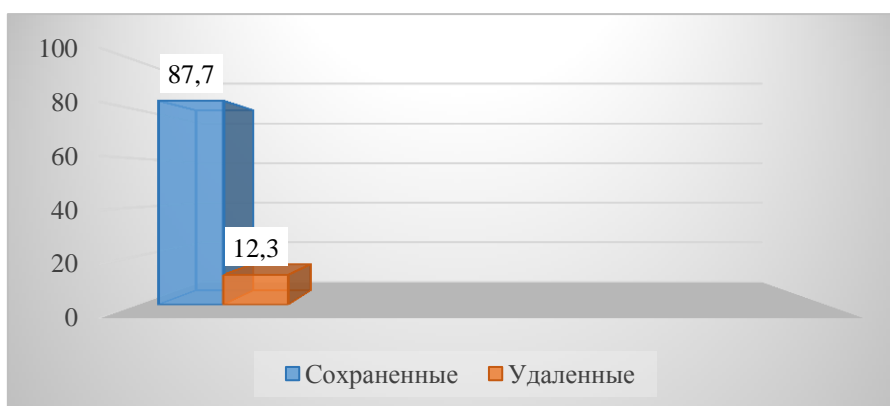


Рис. 1. Эффективность лечения препаратом «Pulpotec»

Минимальный срок сохранения зуба составил 7 месяцев (на момент лечения ребенку 7 лет, зуб 64).

Оптимальный срок лечения зубов по диагнозу «Хронический фиброзный пульпит» составил для зубов 54, 64, 74, 84–4,5–5 лет (73,3% из 100).

Оптимальный срок лечения зубов по диагнозу «Хронический фиброзный пульпит» составил для зубов 55, 65, 75, 85 – 5–7 лет (91,7% из 100).

Список литературы

1. Таиров В.В., Мелехов С.В., Евглевский А.А. Обоснование применения препарата «Pulpotec» для лечения осложнений кариеса методом витальной ампутации // Современные технологии в стоматологии: сб. науч. тр. Краснодар: Советская Кубань, 2006. С.156–159.

2. Ожгихина Н.В., Иощенко Е.С., Светлакова Е.Н. // Детская стоматология. 2009. № 10. С. 22–24.

3. «Pulpotec» (Pulpotec) – стоматологическое средство для лечения пульпита [Электронный ресурс] // UADENT. Стоматологические материалы. URL: <https://www.uadent.com/pulpotec-lecheniya-vitalnyx-molyarov-instrukciya> (дата обращения: 12.03.2019).

Сведения об авторах

Власов Дмитрий Викторович, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Мичурина 2а; тел.+79135347531, e-mail: gsp-glavrach@mail.ru.

Григорян Ирина Анатольевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №1; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Мичурина 2а; тел.+79509932389.

Якушева Татьяна Теодоровна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №1; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Мичурина 2а; тел.+79504305924; e-mail:takuseva013@gmail.com.

Бондаренко Лилия Валерьевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №1; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Мичурина 2а; тел. +79233322569; e-mail: viktor-bondarenko-89@mail.ru.

УДК 616.31-089.227.23

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Галонский Владислав Геннадьевич^{1,2}, Градобоев Анатолий Владимирович³

¹*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

²*Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, Красноярск, Российская Федерация*

³*Стоматологическая клиника «Гелиос», Шарыпово, Российская Федерация*

Резюме. В статье представлен краткий литературный обзор по изготовлению временных ортопедических конструкций. Выявлены основные направления разработки данной научной проблемы. Сделан акцент на обосновании эффективности применения провизорных зубных протезов в повседневной клинической практике, основанный на личном многолетнем клиническом опыте авторов. Представлены положительные стороны применения данного вида предварительного лечения в качестве неотъемлемой составляющей комплексной стоматологической реабилитации при восстановлении патологии твёрдых тканей зубов, зубных рядов и прикуса, с использованием традиционных несъёмных зубных протезов и конструкций с опорой на дентальные имплантаты. Детально описаны особенности применения и возможности достижения определённых целей лечения эстетического и функционального характера для каждой из представленных технологий зубного протезирования.

Ключевые слова: временные коронки, провизорные коронки, временное протезирование, протезирование зубов, ортопедическая стоматология.

Актуальность. Проблема изготовления временных ортопедических стоматологических конструкций и используемых для этих целей материалов в специальной научной литературе представлена немногочисленными однотипными публикациями. Наиболее широкий спектр исследований данного вопроса посвящён материаловедению – изучению различных свойств материалов для временных реставраций [1]. Ряд публикаций раскрывают аспекты клинической апробации новых материалов, представленных на стоматологическом рынке, с актуализацией полученных собственных практических наблюдений авторов [2], представляют авторский клинический опыт по изготовлению временных коронок, содержат пошаговое описание технологии изготовления временных коронок прямым и непрямым методами или приводят собственные модификации и усовершенствования известных способов [3]. Отдельные работы посвящены презентации клинических случаев эффективного применения временных ортопедических конструкций при различных нозологических формах поражения зубочелюстного аппарата, например, таких как патологическая стираемость зубов [4]. Есть положительный опыт использования провизорных конструкций в практике стоматологии детского возраста [5]. Не осталась без внимания проблематика осложнений при использовании временных зубных протезов. В целом, анализ литературных источников показал, что большое количество теоретических и практических вопросов временного зубного протезирования в современных условиях до конца остаются не разработанными. Также следует отметить, что проблема временного зубного протезирования не отражена должным образом в учебно-методической литературе.

В рамках данной публикации хотелось бы акцентировать внимание читателей на вопросе обоснования эффективности применения временных ортопедических стоматологических конструкций в повседневной клинической практике, основанной на личном многолетнем клиническом опыте авторов. В данной связи следует констатировать, что в настоящее время отношение к временному зубному протезированию неоднозначное, как среди врачей-стоматологов-ортопедов, так и среди их пациентов. Часто врачу приходится прибегать к максимальным усилиям психологического убеждения в необходимости изготовления временных коронок пациента, который стремится сэкономить финансовые средства, время или просто считает этот этап протезирования лишним. Вместе с тем нередки случаи, когда сам пациент обеспокоен неудобствами, которые могут возникнуть в ходе ортопедического лечения, и заинтересован в изготовлении временной реставрации. При этом врач-стоматолог-ортопед не видя в этом необходимости, отговаривает его, успокаивает и заверяет, что процесс протезирования займет всего несколько дней, неудобства будут недолгими, а также, что немаловажно, пациент не будет тратить средства на ортопедическое стоматологическое изделие, которое вскоре будет утилизировано.

Вызывает сожаление тот факт, что огромное число практикующих врачей-стоматологов-ортопедов относятся к временному протезированию, как к потраченному впустую времени. Возможно, это связано с тем, что сама терминология – «временное протезирование» в сознании многих специалистов ассоциируется «на быструю руку» изготовленными прямым методом пластмассовыми зубными коронками. В действительности целесообразность и необходимость временного зубного протезирования, как неотъемлемого составляющего комплекса ортопедического стоматологического лечения, предоставляет пациенту и врачу-стоматологу-ортопеду весомый ряд неоспоримых преимуществ не только временного характера, как эстетическая и функциональная полноценность зубного ряда

на старте начала ортопедического лечения, но и достижение качественных характеристик финишного конечного результата изготовления постоянной ортопедической стоматологической конструкции. Временное зубное протезирование позволяет:

1. Не чувствовать пациенту эстетический и функциональный дискомфорт, в связи с наличием дефекта зубного ряда и/или наличием отпрепарированных под ортопедическую стоматологическую конструкцию зубов.

2. Продолжать пациенту на этапах ортопедического стоматологического лечения полноценную социально активную жизнь и профессиональную деятельность.

3. Защищать витальные зубы после препарирования от воздействия агрессивных факторов среды полости рта.

4. Выполнить предварительный анализ формы и цвета будущей постоянной ортопедической конструкции и получить результаты её практического использования пациентом в динамике времени, с возможным внесением необходимых корректировок.

5. Временно заместить дефект зубного ряда после удаления зуба/ов на период формирования архитектоники беззубого участка альвеолярного отростка, а также на период остеоинтеграции дентального имплантата.

6. Активно формировать и поддерживать контур десневого края вокруг отпрепарированных под ортопедическую стоматологическую конструкцию зубов.

7. Активно формировать и поддерживать необходимый рельеф и объём мягких тканей в области установки дентального имплантата.

8. Управлять рельефом слизистой оболочки беззубого участка альвеолярного отростка, с целью получения эстетически более качественной промежуточной части постоянного мостовидного зубного протеза на финише ортопедического лечения.

9. Принимать врачу-стоматологу-ортопеду активное необходимое участие в формировании десневого контура после пародонтологических вмешательств или других хирургических манипуляций, с целью получения эстетически более качественной постоянной ортопедической стоматологической конструкции на финише комплексного лечения.

10. Защищать мягкие ткани от травмирующего действия пищевого комка в процессе физиологической функциональной жевательной нагрузки на этапах до установки в полости рта постоянной ортопедической стоматологической конструкции.

11. Сохранять, восстанавливать или реконструировать индивидуальную функционально-физиологическую высоту окклюзионных взаимоотношений верхнего и нижнего зубных рядов в статике.

12. Сохранять, восстанавливать или реконструировать индивидуальные функциональные окклюзионные взаимоотношения верхнего и нижнего зубных рядов в динамике разновекторных нижнечелюстных движений.

13. Потенциально снижать на старте ортопедического стоматологического лечения возможность возникновения конфликтных ситуаций на его финише, на основе диагностической прогнозируемой возможности манипулирования и корректирования ожидаемых качественных результатов лечения пациентом.

В широкой Российской стоматологической практике временному зубному протезированию уделяется минимальное время и в основном в клиниках премиум класса, тогда как ведущие зарубежные специалисты считают провизорное протезирование особо важным этапом современного подхода в ортопедическом стоматологическом лечении. Клинических ситуаций, в которых применение временных протезов целесообразно и обосновано по медицинским показаниям для достижения тех или иных заранее программируемых целей и задач, большое количество. Но как показывает практика, провизорные ортопедические стоматологические конструкции в основном используют для временного, на период

ортопедического стоматологического лечения, устранения дефекта зубного ряда или для изоляции и защиты от агрессивной среды полости рта отпрепарированных витальных зубов.

Расширив перечень клинических показаний к использованию временных ортопедических стоматологических конструкций в повседневной практике врачи-стоматологи-ортопеды получают дополнительный эффективный механизм заранее программируемого воздействия, как на отдельные элементы зубного ряда, так и на весь зубочелюстной аппарат в целом, обеспечивая более качественный конечный результат ортопедического стоматологического лечения. В процессе временного протезирования можно использовать как съёмные, так и несъёмные конструкции, подвергать их многократной коррекции и сочетанию между собой, в зависимости от конкретной клинической ситуации и поставленных целей их практического применения. Благодаря использованию легко корректируемых материалов временного назначения появляется возможность активно воздействовать на лечебный процесс, позволяющая анализировать, привносить изменения, исправлять допущенные ошибки и сводить к минимуму возможные погрешности конечной работы.

Временное протезирование является эффективным практическим инструментом для получения высококачественных оттисков. Каждый врач-стоматолог-ортопед помнит случаи из своей практики, когда после кажущегося качественно выполненного препарирования зубов невозможно получить удовлетворительный оттиск, который без сожаления можно отдать зубному технику. В данных ситуациях клиницисты планомерно, стараясь добиться немедленного результата, начинают «мучить пациента», делая анестезию, вводя ретракционные нити, останавливая капиллярное кровотечение маргинальной десны, коагулируя мягкие ткани, а повторно получаемые оттиски оказываются всё более неудовлетворительными. Наиболее часто данные проблемы возникают при повторном протезировании, особенно это касается зубов, ранее отпрепарированных

глубоко под десну или восстановленных дефектов твёрдых тканей зубов, топографо-анатомически расположенных ниже десневого края.

В клинических ситуациях данного типа целесообразно утилизировать первоначально полученный «некачественный оттиск», а следует его использовать для изготовления временных провизорных коронок непрямым методом в лабораторных условиях. На период изготовления временных реставраций непрямым методом в зуботехнической лаборатории отпрепарированные зубы возможно и необходимо закрыть временными коронками, изготовленными прямым способом из композиционных материалов типа Protemp, Structure, Luxatemp или их аналогов. Важными преимуществами данной группы материалов являются: 1) гипоаллергенность и отсутствие токсического влияния на ткани маргинального пародонта, в связи с отсутствием в составе материала акрилатов; 2) эргономичность применения материала и короткие сроки изготовления временных реставраций, в связи с особенностями технологии клинического применения материала (картриджная форма выпуска) и отсутствием необходимости привлечения трудозатрат зубного техника; 3) возможность в кратчайшие сроки выполнения перебазировок и других модификаций временных реставраций, в связи с особенностями технологии применения материала; 4) высокие эстетические характеристики временных реставраций, в связи с наличием относительно широкой палитры цветовой гаммы материала, соответствующей постоянным ортопедическим стоматологическим конструкциям; 5) отсутствие необходимости точного списания израсходованного материала, в связи с тем, что он не относится к прекурсорам, в отличие от акрилатов.

Важным техническим компонентом эффективного клинического применения данного вида временных ортопедических стоматологических конструкций является качественная корректировка и полировка краёв временных искусственных коронок, контактирующих с маргинальным десневым краем. Данной манипуляции необходимо уделять особое внимание,

с использованием специальных инструментов, ряд из которых входят в комплект к используемому материалу, с соблюдением последовательности их применения, в соответствии с рекомендациями производителя, позволяющими добиться наиболее качественной окончательной обработки прямых временных реставраций.

После изготовления временных реставраций в лабораторных условиях, выполняют замену коронок, изготовленных прямым методом. Фиксируют временную реставрацию на специальные временные адгезивные материалы на срок от 14 до 21 суток. Данный клинический подход позволяет после снятия временной реставрации, по истечении указанного срока, получить плотный сформированный десневой край бледно-розового цвета, не кровоточащий при прикосновении, великолепно визуализирующийся отпрепарированный придесневой уступ культи обточенного зуба, что позволяет провести его качественную оценку и при необходимости внести коррекционную правку. Весь комплекс ранее выполненных мероприятий в целом обеспечивает и создаёт наиболее оптимальные условия для получения высокоточного оттиска опорных тканей протезного ложа для изготовления постоянной ортопедической стоматологической конструкции.

Ряд специалистов могут не согласиться с вышеописанной последовательностью клинических и лабораторных этапов, ссылаясь на то, что промежуточные этапы существенно затягивают общее время ортопедического лечения и увеличивают его стоимость, в связи с дополнительными трудозатратами и расходом стоматологических материалов. Всегда найдутся клиницисты, которые будут утверждать, что и без применения временных коронок возможно получить удовлетворительный оттиск. Данные утверждения не вызывают сомнений. Благодаря характеристикам современных оттискных материалов и хорошим мануальным навыкам клинициста в некоторых случаях удаётся получить качественный оттиск. Но, к сожалению, предсказать поведение маргинальной десны после нанесения микротравм ретрактором, химическими препаратами,

слепочным материалом невозможно. В данной связи вероятность возникновения процессов рецессии десневого края через определённый промежуток времени остаётся достаточно высокой. Каждый из практикующих врачей-стоматологов-ортопедов сталкивался с ситуацией, когда уже на момент фиксации край коронки не соответствует рельефу и уровню маргинальной десны, а в отдалённой перспективе рецессия, как правило, неминуема. В данных клинических ситуациях, если зубное протезирование проводилось в эстетически значимой зоне, то конфликтной ситуации с пациентом и повторного протезирования не избежать. Ещё более проблемными случаями являются клинические ситуации, когда цветовая гамма корня далека от таковой интактного зуба, особенно у зубов ранее леченых резорцин-формалиновым методом или армированных внутрикорневыми металлическими конструкциям. В данных случаях даже минимальная рецессия вызывает стойкий визуальный эстетический дисколорит в пришеечной области. В этой связи длительное и дорогостоящее лечение, врачебная работа и труд зубных техников оказываются под угрозой неминуемой переделки постоянной ортопедической конструкции из-за проблемы элементарной спешки. Ведь очень сложно врачу-стоматологу-ортопеду, особенно в современных конкурентных условиях работы, устоять перед просьбой пациента выполнить протезирование в рекордно короткие, спринтерские сроки, что в ряде случаев дополнительно является маркетинговой имиджевой политикой клинки. После возникновения первых проблем пациент и не вспомнит о том, что именно он настаивал на быстром и максимально экономичном протезировании, а в первую очередь предъявит претензии к качественным характеристикам конечного результата ортопедического стоматологического лечения, которые его не устраивают.

Экономия на качественных характеристиках временных коронок обязательно скажется на конечном результате ортопедического стоматологического лечения. Ведь даже полное соблюдение этапности протезирования не достигнет должного результата, если временные коронки

не имеют хорошего краевого прилегания, поверхность коронок была плохо отполирована, не соответствовала размерам и форме культи отпрепарированного зуба. Все вышеперечисленные недостатки не позволяют стабилизировать миграционную активность мягких тканей, окружающих культю зуба, и, следовательно, увеличивают вероятность ошибок и неточностей при определении границ препарирования твёрдых тканей зубов. В дополнение к вышесказанному, качественно изготовленные временные коронки помогают выполнить припасовку постоянной ортопедической конструкции в комфортных условиях на любом этапе ортопедического лечения при свободном и открытом уступе. В данной связи вероятность погрешности конечного результата работы сводиться до минимума.

При восстановлении дефекта зубного ряда с помощью мостовидных конструкций, помимо формирования контура маргинального края десны вокруг культи опорного зуба, клинически возможно моделирование формы гребня альвеолярного отростка в области отсутствующих зубов. Создание формы промежуточной части мостовидном протезе с позиции взаимоотношения с беззубым участком альвеолярного отростка является спорным и неоднозначно трактуемым в специальной литературе моментом техники классического зубного протезирования, с позиции формирования определённой формы промывного пространства промежуточной части мостовидного зубного протеза, указанного в классических учебниках и руководствах по ортопедической стоматологии. В современной ортопедической стоматологической практике важной качественной функциональной характеристикой будущей мостовидной конструкции для пациента является выявление разумного и приемлемого баланса между рядом взаимообусловленных и взаимоопределяющих вопросов отношения промежуточной части ортопедической конструкции к беззубому участку альвеолярного отростка: 1) удовлетворение гигиеническим требованиям; 2) удовлетворение функциональным характеристикам и удобству при

пережёвывании пищи; 3) удовлетворение эстетическим требованиям, особенно в зоне зубного ряда, ограниченного рамками улыбки.

Зубной техник формирует промежуточную часть мостовидного протеза, ориентируясь на рельеф беззубого участка альвеолярного отростка по отлитой им гипсовой модели исходя из полученного из клиники оттиска. В данной связи он не может и не имеет права, вносить какие либо коррективы в данную конструкцию. В этой связи, следует констатировать, что сложившийся рельеф беззубого участка альвеолярного отростка в результате атрофических процессов после удаления зубов не всегда позволяет смоделировать промежуточную часть мостовидного протеза эстетически полноценной, комфортной и удобной для восприятия жевательной нагрузки и для проведения эффективных гигиенических мероприятий. Эстетически естественно выглядит форма промежуточной части мостовидного зубного протеза, когда создаётся визуальный эффект как бы «растущего из десны зуба». Временное протезирование позволяет смоделировать необходимый для получения такого оптического эффекта рельеф беззубого участка альвеолярного отростка. Постепенное послойное нанесение жидкотекучего композиционного материала на промежуточную часть временной мостовидной ортопедической стоматологической конструкции на этапах коррекционных мероприятий, позволяет эффективно сформировать контуры беззубого участка альвеолярного отростка, отвечающие данным требованиям, которые с высокой точностью отобразятся на окончательном оттиске и послужат основой для моделирования постоянной ортопедической стоматологической конструкции в зуботехнической лаборатории. Процедура формирования необходимого рельефа слизистой оболочки беззубого участка альвеолярного отростка потребует нескольких недель и постоянной, пошаговой, поэтапной коррекции десневой поверхности промежуточной части временного протеза. Постепенное воздействие на слизистую оболочку изменяющейся промежуточной части временного мостовидного зубного протеза позволяет

создать «десневое ложе», края которого по форме будут визуально схожи с десневым краем. Важным клиническим элементом является постоянное динамическое наблюдение за состоянием формируемого ложа, для того чтобы избежать появления признаков воспалительных явлений. При появлении негативных симптомов интенсивность давления на гребень альвеолярного отростка необходимо скорректировать и ослабить. В ситуации, когда полученный результат (глубина и форма ложа) неудовлетворительный, дополнительно необходимо применить хирургическое вмешательство для коррекции костной составляющей гребня альвеолярного отростка, используя временную ортопедическую конструкцию в качестве формирующего аппарата. При достижении желаемого рельефа гребня альвеолярного отростка зубному технику не составит труда повторить его форму в промежуточной части постоянного мостовидного зубного протеза. Постоянная ортопедическая конструкция в дальнейшем без особых проблем будет поддерживать полученный результат. Используя данный клинический подход, затратив дополнительное время и усилия можно получить наиболее гармоничный, устраивающий клиницистов и пациентов конечный полезный результат, в концепции работы с промежуточной частью мостовидной ортопедической стоматологической конструкции на финише зубного протезирования.

Эффективного конечного результата ортопедического лечения при наличии у пациента сопутствующих заболеваний пародонта невозможно достигнуть без предварительного участия врача-пародонтолога. Коррекционную терапевтическую и хирургическую подготовку пародонта перед зубным протезированием считают признаком хорошего тона клиники в современных условиях, направленными на достижение максимально возможных характеристик качественного конечного результата лечения. В данной связи следует констатировать, что ткани пародонта после оперативного вмешательства легко травмируемы, поэтому защитная и формирующая роль, которую выполняет временное протезирование, как

непосредственное ортопедическое лечение неопценимо. Полноценно восстановленные временными коронками утраченные межзубные контакты зубов в районе экваторов, уменьшают негативное действие пищевого комка на ткани пародонта и способствуют восстановлению зубодесневого прикрепления в послеоперационном периоде. Только окончательная стабилизация миграции уровня десневого прикрепления позволяет принять объективно обоснованное решение и приступить к последующим лечебным этапам по изготовлению постоянной ортопедической стоматологической конструкции.

В последнее время для достижения высококачественного результата зубного протезирования в эстетически значимой зоне все активнее применяют хирургическую коррекцию десневого края. Эта манипуляция особенно актуальна при «десневом» типе улыбки. Вместе с тем, следует констатировать, что при применении только хирургических манипуляций достигнуть идеального эстетического результата удаётся не всегда. Для окончательной коррекции и приданию желаемого вида десневого контура наиболее эффективно использование временных реставраций в качестве формирующих непосредственных ортопедических аппаратов, устанавливаемых в полости рта после выполнения оперативного лечения. Фиксированные на временный цемент, промежуточные реставрации формируют заданный и необходимый уровень и рельеф десневого контура. При отсутствии ошибки в определении «биологической ширины», формирование мягких тканей вокруг реставраций происходит без особых проблем. Стабилизировав десневой край, можно получать оттиск для изготовления финишной реставрации. Если сформированный десневой контур эстетически неполноценен и требует дополнительной коррекции, период формирования десневого контура необходимо использовать для окончательного согласования с пациентом формы и цвета реставрации, выявления и устранения ошибок и неточностей предварительного планирования лечения.

Зубное протезирование в эстетически значимой зоне обладает определённой спецификой. У пациента есть свои взгляды, мысли и пожелания по поводу того, как должны выглядеть его будущие зубные протезы. Несмотря на тщательное предварительное планирование, изготовление восковых моделей будущих реставраций, компьютерное моделирование, обсуждение с пациентом всего множества нюансов ожидаемых результатов лечения, только после фиксации временных протезов пациент может увидеть, как гармонично смотрится реставрация при улыбке, как соотносится с губами, и, вообще, устраивают ли его по большому количеству параметрических данных функционального и морфологического характера изготовленные ему зубные протезы. Даже если сразу на момент фиксации ортопедической конструкции пациент удовлетворён полученным результатом, нельзя исключать того, что через некоторое время он изменит своё мнение, особенно после общения с окружающими его людьми, которые зачастую выражают негативные высказывания относительно результата ортопедического лечения, преследуя определённые свои цели по дестабилизации психологического равновесия своего оппонента, что формирует психологический стресс у пациента. Его могут не устроить внешний вид ортопедической конструкции, отдельные элементы эстетического характера, состояние десневого края после наложения зубного протеза, неудобство при приёме пищи, изменение фонетики и т.д.

Клиническое применение временных реставраций является эффективным средством для достижения гарантированно приемлемого для всех сторон оказания платных медицинских услуг результата ортопедического стоматологического лечения, т.к. изменение цвета и формы на временных реставрациях, внесение коррекционных правок, формирующих требуемый окончательный вариант постоянного зубного протеза, практическая апробация в условиях общения в социуме и динамическое использование провизорной конструкции при функциональной нагрузке, не

является сложной и дорогостоящей процедурой. После совместного утверждения окончательной формы (если она отличается от ранее одобренного воскового шаблона) зубного протеза, естественно, что под роспись пациента в амбулаторной карте ортопедического стоматологического больного о согласовании данного вопроса, остаётся получить оттиск с временных протезов и передать его зубному технику, задача которого повторить утверждённую форму в керамике. Данный клинический подход предварительной практической апробации, согласования и утверждения проекта качественных характеристик будущей ортопедической стоматологической конструкции с пациентом на основе изготовленных временных реставраций, сводит к минимуму вероятность возникновения «неприятных сюрпризов» со стороны пациента в день сдачи ортопедической работы.

Клиническое ведение пациентов протезируемых с использованием метода дентальной имплантации требует применения временных зубных протезов практически на всех клинических этапах, начиная с момента удаления зубов, периода остеоинтеграции и вплоть до изготовления постоянной ортопедической стоматологической конструкции. Провизорные протезы, используемые при дентальной имплантации, могут быть съёмными и несъёмными. При наличии дефекта во фронтальном отделе зубного ряда основная задача временного протезирования эстетическая. При отсутствии зубов жевательной группы временные протезы не только способствуют восстановлению жевательной эффективности, но и препятствуют развитию изменений прикуса и формированию вторичных зубочелюстных деформаций.

Процесс остеоинтеграции имплантата на верхней челюсти достигает шести месяцев, а при наличии предварительных реконструктивных вмешательств по увеличению ширины и высоты альвеолярного гребня или синуслифтинга сроки до окончательной установки дентальных имплантатов увеличиваются в несколько раз. Исходя из этого, необходимо понимать, что

пациент будет пользоваться временными протезами довольно продолжительное время. Следовательно, требования к качеству временного протеза соответственно возрастают на ряд порядков. В данной связи термин «промежуточное протезирование» в большей степени отвечает клиническим задачам в таких ситуациях.

Если зубы, граничащие с дефектом не интактны, а отпрепарированы под искусственные коронки то, как правило, функцию замещения дефекта зубного ряда выполняет мостовидная конструкция с опорой на них. В клинических ситуациях, когда соседние зубы интактны или отсутствует возможность изготовления мостовидного протеза (концевой дефект или большая протяжённость дефекта зубного ряда), широко применяют временное съёмное протезирование. Съёмные протезы легко корректируются, обеспечивают удобный уход области имплантации, хотя отношение пациентов к данному виду ортопедических конструкций неоднозначное. Вместе с тем надо признать, что во многих случаях альтернатива временному съёмному протезированию отсутствует.

Конструкция промежуточной части временного мостовидного протеза при имплантации несколько отличается от временных мостовидных протезов классического протезирования. При классическом протезировании промежуточной частью мостовидного протеза проводят активное формирование слизистой гребня альвеолярного отростка. Для временных мостовидных протезов, применяемых при имплантации, контакт промежуточной части со слизистой альвеолярного отростка нежелателен. После имплантации временные протезы должны защищать лоскут от травмирования пищевым комком, но при этом не должны мешать эпителизации раны и проведению гигиенических мероприятий. После установки формирователя десны необходимо провести дополнительную корректировку временных протезов. При методиках одноэтапной имплантации установку формирователя производят одновременно с

установкой дентального имплантата, а при двухэтапной – после окончания периода остеоинтеграции имплантата.

Наверное, ни один вид временного протезирования не вызывает таких противоречий между специалистами, как непосредственное протезирование на имплантатах. Причём критике подвергают практически все этапы и аспекты временного протезирования на имплантатах. Временные конструкции на имплантатах могут состоять из двух отдельных частей (индивидуальный абатмент и коронка) или одной, где временная коронка спаяна с индивидуальным абатментом.

При одномоментной имплантации с немедленной нагрузкой не устанавливают формирователь, а используют временные индивидуальные абатменты и коронки. Таким образом, проблема восстановления дефекта зубного ряда решается практически в операционной. В данной связи требования к качеству временных коронок при имплантации на порядок выше, чем при протезировании на зубах. Надо признать, что даже временные протезы, отвечающие всем требованиям, не создают идеальных условий для эпителизации. Поэтому наиболее оптимальный результат от использования временных протезов можно получить после полной эпителизации вокруг титановых формирователей десны.

Требования к эстетике в современной имплантологии довольно высоки. Пациента уже не устраивает простое замещение дефекта зубного ряда, необходимо восстановление и мягкотканной составляющей эстетики улыбки. Хирургические способы мягкотканной пластики вокруг имплантатов дают превосходные результаты, но, к сожалению, в определённых ситуациях этого недостаточно. Для придания объёма альвеолярного отростка в области проведённой имплантации используют постоянно изменяемые временные абатменты. После полной эпителизации устанавливают временный абатмент, при этом контролируют реакцию мягких тканей. При длительной ишемии мягких тканей вокруг абатмента (побеления более 3–5 минут), необходимо провести коррекцию абатмента и ослабить давление на десну. Через две

недели после стабилизации результата проводят новый этап коррекции формы абатмента. Композитный материал наносят на определённые участки абатмента и тщательно полируют, таким образом, выполняют постепенное увеличение объёма абатмента в заданных направлениях. Подобную манипуляцию можно неоднократно повторить после очередной стабилизации результата. Поэтапное придание необходимой формы абатменту и дозированное воздействие на мягкие ткани, окружающие имплантат, позволяют изменить мягкотканый объём вокруг абатмента и получить желаемый результат.

Использование временных конструкций, помимо формирования альвеолярного гребня, позволяет смоделировать уровень десневого края вокруг абатмента. Определение десневого уровня эстетически значимо, особенно если учитывать то, что значительная часть используемых абатментов изготовлена из титана, имеющего серый металлический цвет. Даже незначительная рецессия десны при постоянном протезировании способна оголить металлический абатмент, вызвав негативные последствия со стороны пациента. Благодаря активному внедрению стандартных и индивидуальных абатментов из оксида циркония рецессии десны не стали носить столь угрожающий характер для вопросов эстетики. Необходимо признать факт, что имеются данные о негативном влиянии временных абатментов на окружающие мягкие ткани, в том числе и на уровень их прикрепления. Тем не менее, следует констатировать, что исключение этапа временного протезирования уменьшает эстетическую предсказуемость окончательной работы. Кроме воздействия на мягкие ткани, временный протез с опорой на имплантат позволяет выполнить эффективный анализ формы, цвета, функциональных характеристик, удобство проведения гигиенических мероприятий на этапе, предшествующем началу изготовления окончательной реставрации, согласовать все данные нюансы с пациентом и при необходимости внести коррективы.

При наличии значительного промежутка времени после удаления зубов без ортопедического лечения происходит формирование вторичных зубочелюстных деформаций в вертикальном и горизонтальном направлениях, атрофии альвеолярных отростков и тел челюстей в проекции отсутствующих зубов, патологии ВНЧС и жевательных мышц. В данных клинических ситуациях выполнить одномоментно качественное зубное протезирование, без риска возникновения осложнений, невозможно. Предварительное использование временных ортопедических конструкций позволяет эффективно в динамике времени сформировать качественную перестройку зубочелюстного аппарата и жевательных мышц, спрогнозировать эстетический и функциональный результат спланированного ортопедического лечения, получить динамический результат его эффективности и минимизировать количество возможных осложнений и конфликтных ситуаций.

Для восстановления функционально физиологического пространственного положения нижней челюсти, высоты нижней трети лица и утраченного соотношения верхнего и нижнего зубных рядов в статическом соотношении (положении центральной окклюзии) и динамической окклюзии при артикуляции, утрачиваемых при различных нозологических формах поражения зубочелюстного аппарата (например, патологическая стираемость зубов, нефиксированный прикус и др.) предварительное применение временных протезов является необходимым условием комплексного ортопедического лечения. Восстановление утраченной высоты прикуса выполняют поэтапно, методом замены старых временных протезов новыми, увеличивающими окклюзионную высоту, или поэтапной их коррекцией, преследующей аналогичную цель. При поэтапной методике окклюзионной коррекции происходит наиболее функционально благоприятное постепенное воздействие на ВНЧС и жевательные мышцы. Сформировав функционально-физиологическую высоту прикуса, имеется возможность в течение продолжительного времени в динамике наблюдать за пациентом, определять

возможные негативные аспекты изменённой высоты, проводить ряд корректирующих мероприятий возникших проблем. Данный подход позволяет к моменту начала окончательно зубного протезирования получить у пациента сбалансированно функционирующую зубочелюстную систему, апробированную временем, и зафиксировать определённый морфологический и функциональный результаты предварительного ортопедического лечения на постоянных ортопедических стоматологических конструкциях.

В клинических случаях, когда требуется замена протяжённых ортопедических конструкций, длительно функционирующих в организме с отсутствием окклюзионных нарушений, использование временного протезирования позволяет сохранить имеющееся соотношение челюстей и не допустить ошибок при изготовлении новых зубных протезов.

Таким образом, вышеприведённое обоснование клинической эффективности применения временных ортопедических стоматологических конструкций в повседневной работе врачей-стоматологов-ортопедов, позволяет клиницисту получить дополнительный эффективный практический инструмент для обеспечения психологического комфорта пациента на этапах ортопедического стоматологического лечения, повышения качественных характеристик конечного результата зубного протезирования и снижения конфликтных ситуаций по вопросу возникновения жалоб по окончании лечения. Широкое практическое внедрение вышеуказанного методологического подхода к использованию провизорных ортопедических конструкций в качестве неотъемлемой комплексной составляющей стоматологического лечения позволяет решить широкий спектр проблем, основополагающими из которых являются обеспечение заранее запрограммированного положительного результата со стороны стоматологических клиник и минимизирование рекламаций и судебных исков со стороны пациентов.

Список литературы

1. Гапочкина Л.Л., Гончаров Н.А., Чуев В.П., Лещева Е.А., Некрылов В.А. Физико-механические свойства материалов для изготовления временных конструкций. Сравнительная характеристика // Институт стоматологии. 2014. № 4 (65). С. 100–102.
2. Вейсгейм Л.Д., Щербаков Л.Н., Моторкина Т.В. Сравнительная клиническая характеристика композиционных материалов химического отверждения для изготовления провизорных конструкций // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 3–4. С. 551–554.
3. Комлев С.С., Куликова Е.С., Князева Р.А., Комлева Т.Н. Методы изготовления временных протезов при частичном отсутствии зубов // Современная медицина: актуальные вопросы. 2016. № 54–55. С. 92–98.
4. Серебров Д.В., Акимова М.Ю., Акимова И.В. Опыт применения временных коронок в ходе лечения патологической стираемости зубов // Клиническая стоматология. 2013. № 4 (68). С. 20–22.
5. Живанкова У.Ф., Бальцер Н.Н., Божефатова О.А. Мишутина О.Л. Новая методика применения композитных коронок в детской стоматологии. Клинический опыт применения // Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. Т. 14, № 1. С. 15–16.

Сведения об авторах

Галонский Владислав Геннадьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук, НИИ медицинских проблем Севера; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3Г; e-mail: gvg73@bk.ru.

Градобоев Анатолий Владимирович, Стоматологическая клиника «Гелиос»; адрес: Российская Федерация, 662313, г. Шарыпово, м/р 6, д. 25, пом. 2; e-mail: solutionmortalis@gmail.com.

**ПРОБЛЕМА КОНТРАКТУРЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ
ПОСТРЕЗЕКЦИОННОМ ЗАМЕЩАЮЩЕМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ
ПРОТЕЗИРОВАНИИ**

*Галонский Владислав Геннадьевич^{1,2}, Казанцева Тамара Владимировна^{1,3},
Градобоев Анатолий Владимирович⁴, Казанцев Максим Евгеньевич¹*

*¹Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

*²Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера,
Красноярск, Российская Федерация*

*³Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А. И.
Крыжановского, Красноярск, Российская Федерация*

⁴Стоматологическая клиника «Гелиос», Шарыпово, Российская Федерация

Резюме. В статье представлен анализ проблемы развития контрактуры челюстей в целом и при пострезекционных верхнечелюстных дефектах в частности. Указаны причины формирования и детально описаны механизмы развития данного патологического состояния. Приведены существующие методы и способы лечебных мероприятий по устранению контрактуры челюстей различного генеза. Описана авторская методика устранения контрактуры челюстей у больных с верхнечелюстными пострезекционными дефектами, применяемая в качестве специального подготовительного ортопедического мероприятия перед замещающим протезированием, заключающаяся в последовательном использовании ряда релаксационных окклюзионных шин-капп с постепенным увеличением величины дизокклюзии зубных рядов. Представлено описание принципов и механизмов лечебного воздействия вышеуказанной методики, приведены её преимущества, в сравнении с известными способами лечебных мероприятий.

Ключевые слова: контрактура челюстей, ограничение открывания рта, пострезекционные верхнечелюстные дефекты, замещающее протезирование дефектов челюстей, шины-каппы.

Актуальность. Одним из основополагающих факторов успеха ортопедического стоматологического лечения является получение качественного оттиска опорных тканей протезного ложа. Особенностью получения оттисков при пострезекционном замещающем верхнечелюстном протезировании является необходимость точного проснятия послеоперационного дефекта по окружности и на всю глубину изъяна верхней челюсти, для обеспечения технических условий для формирования качественной obturiruyushchey части ортопедической конструкции с минимализированием возможности её вертикального смещения во время функциональной жевательной нагрузки, нивелируя негативный рычагообразный эффект, за счёт точности соответствия obturatora пространственно-объёмному рельефу изъяна верхней челюсти. Существенным препятствием для получения качественных оттисков в данных клинических ситуациях, а в ряде случаев причиной полной невозможности выполнения данной манипуляции, может стать проблема контрактуры челюстей, часто сопровождающая данную патологию в послеоперационном периоде.

Контрактура челюстей – это не самостоятельное заболевание, а симптом, под которым понимают ограничение подвижности нижней челюсти в височно-нижнечелюстных суставах вплоть до полного сведения челюстей и неподвижности за счёт наличия внесуставной патологии. При этом различают три степени ограничения открывания рта, в зависимости от расстояния между режущими поверхностями верхних и нижних центральных резцов: I – амплитуда открывания рта слабо ограничена и возможна в пределах 30–40 мм, II – амплитуда открывания рта ограничена в пределах 10–15 мм, III – амплитуда открывания рта менее 10 мм.

Причинами контрактур челюстей могут быть: рубцовые изменения кожи, клетчатки, мышц, связок, костные спайки, воспалительные, опухолевые процессы и травмы околоуставных тканей. Систематизацию внесуставных нижнечелюстных контрактур можно представить следующим

образом. По характеру течения различают: 1) нестойкие контрактуры, 2) стойкие контрактуры. По этиологии выделяют: 1) воспалительная контрактура жевательных мышц (тризм), 2) рефлекторная контрактура (тризм), 3) рубцовая контрактура, 4) механическая контрактура, 5) неврогенная контрактура (центрального генеза и периферического генеза), 6) агравационная контрактура.

К воспалительным контрактурам относятся патологические состояния, при которых в воспалительный процесс вовлекаются жевательные мышцы. Например, у лиц с околочелюстными абсцессами и флегмонами, затруднённым прорезыванием третьих моляров.

К рефлекторным контрактурам относятся патологические состояния, при которых у пациентов отсутствуют воспалительные изменения жевательных мышц, какие-либо другие препятствия, ограничивающие открывание рта, обусловленные изменениями со стороны височно-нижнечелюстных суставов. Ограничение движения нижней челюсти обусловлено болевой реакцией за счёт натяжения тканей при открывании рта. Классическим примером данного состояния может служить флегмоны щёчной области. Подобные ситуации могут возникать и при других воспалительных процессах и травматических повреждениях тканей окружающих нижнюю челюсть, за исключением процессов с вовлечением жевательных мышц.

Рубцовая контрактура может быть обусловлена рубцовым замещением ткани мышц, поднимающих нижнюю челюсть, а также тканей щёчной, околоушно-жевательной, зачелюстной, крыловидно-нижнечелюстной, окологлоточной, подвисочной и височной областей.

Механическая контрактура может возникать у больных с переломами скуло-глазнично-верхнечелюстного комплекса, опухолевыми и опухолеподобными процессами, инородными телами (пулевые, осколочные снаряды и др.), локализующимися в тканях окружающих ветвь или ветви нижней челюсти.

Неврогенная контрактура делится на две группы: центрального и периферического генеза. К первой группе относятся процессы, локализующиеся в области двигательных ядер тройничного нерва и воздействующие на них. Такие процессы, как столбняк, менингит, эпилепсия, опухоли, травмы головного мозга и другие, вызывают возбуждение в ядре, а из него уже идёт импульс на сокращение мышц. Ко второй группе относятся все остальные процессы, располагающиеся вне головного мозга и делящиеся на внутрисуставные и внесуставные, развивающиеся в тканях, окружающих нижнюю челюсть.

Агравационная контрактура – это редко частичное или чаще полное ограничение открывания рта при отсутствии органических изменений со стороны зубочелюстного аппарата (механических препятствий) и нервной системы, наступающее вследствие неосознанной симуляции.

Для устранения контрактуры челюстей предложены различные методы и способы лечения, имеющие большую или меньшую степень клинической эффективности в зависимости от вида патологии. В частности, методы медикаментозной терапии, сочетающие обезболивающий и миорелаксирующий эффекты фармакологических препаратов, используемые более в практике неврологии [1], курсы физиотерапии и ЛФК [2], постизометрическая релаксация мускулатуры челюстно-лицевой области с использованием приёмов мануальной терапии, хирургические способы, в большей степени направленные на устранение механических препятствий нижнечелюстным движениям и рубцово изменённых тканей [3, 4]. Наиболее широкое применение в практике челюстно-лицевой ортопедии для решения данной проблемы нашли методы активной механотерапии с использованием специальных устройств – роторасширителей различных конструкций, основанных на принципе действия рычага, или мануального пальцевого давления, осуществляемые методическими повторными многократными сеансами. Данный принцип терапии в большей степени направлен на устранение физиологического компонента патогенеза поражения

жевательной мускулатуры, на медицинском сленге именуемом «разработкой мышц» [5, 6]. Тем не менее, практически все конструкции роторасширителей обладают одним широко распространённым недостатком – это грубое силовое воздействие на опорные зубы. Подобная хроническая механическая травма может привести к переломам опорных зубов, их вывихам или повреждению пародонта. Самостоятельное пальцевое давление пациентом для достижения стойкого роторасширяющего эффекта, приближающегося к физиологической норме, обладает клинически маловероятной эффективностью.

Таким образом, анализ научной литературы показал, что существующие различные методы и способы устранения контрактуры челюстей, теоретически направленные на решение данной проблемы, мало применимы в челюстно-лицевой ортопедии у больных с пострезекционными верхнечелюстными дефектами и не получили практического клинического подтверждения своей эффективности. В данной связи, в условиях стоматологической практики, данная категория больных на значительный период времени остаётся без оказания реабилитационных ортопедических стоматологических мероприятий по техническим причинам невозможности их выполнения. Это ведёт в свою очередь к формированию ряда специфических осложнений таких, как изменение пространственно-объёмных размеров послеоперационной полости («её сморщивание») и стойкое нарушение конфигурации лица за счёт западения мягких тканей на стороне изъяна, как результат рубцовой деформации. Исправить или эффективно скорректировать данные морфологические и эстетические недостатки в последующем с использованием протезно-ортопедических конструкций и в ряде случаев хирургических методов лечения практически невозможно.

Наш тридцатилетний клинический опыт совместной работы сотрудников Института стоматологии – НОЦ инновационной стоматологии КрасГМУ, НИИ медицинских проблем Севера и Красноярского

онкологического диспансера по ортопедической реабилитации данной категории больных, наблюдению ближайших и отдаленных результатов лечения позволяет заключить, что формирование контрактуры челюстей у больных с верхнечелюстными пострезекционными дефектами имеет особенности, определяемые взаимодействием ряда патогенетически взаимосвязанных и взаимообусловленных факторов – операционная травма, рубцовая деформация, повреждение лучистой энергией после лучевой терапии тканей мышц челюстно-лицевой области и элементов височно-нижнечелюстного сустава, отсутствие функциональной нагрузки зубочелюстного аппарата, болевой синдром и др. Как результат проявления последствий лучевой терапии являются прогрессирующий каскад микроциркуляторных нарушений за счёт облитерирующей ангиопатии, явлений фиброзного дегенерирования в тканях жевательных мышц, последующего гиалиноза, вплоть до развития очагового кальциноза (оссифицирующего миозита), а также поражения структурных элементов височно-нижнечелюстного сустава. Функциональный паралич жевательных мышц и, как следствие, значительная и стойкая их атрофия, усугубляются наличием элементов аграммационного симулирования на фоне выраженного болевого синдрома. То есть, иными словами, можно сказать, что контрактура челюстей у данной категории больных по своей сути и содержанию включает в себя отдельные компоненты нескольких из вышеперечисленных в систематике, взаимосвязанных между собой и отягощающих друг друга, формируя патогенетический замкнутый круг развития патологии.

Согласно нашему многолетнему клиническому опыту, наиболее эффективным методом устранения контрактур челюстей в данных клинических ситуациях является наша авторская методика, заключающаяся в последовательном использовании ряда сменяемых друг друга релаксационных окклюзионных шин-капп с постепенным увеличением высоты дизокклюзии с шагом до 5 мм, изготовленных из бесцветной акриловой пластмассы непрямым методом. Рекомендуемое время

использования шин-капп пациенту составляет 24 часа в сутки, за исключением периодов приёма пищи. Шаг увеличения дезокклюзии составляет от 14 до 28 суток в зависимости от индивидуального течения адаптационного периода в конкретной клинической ситуации. Средняя продолжительность курса, позволяющего планомерно и постепенно обеспечить полную релаксацию, растяжение и депрограммирование жевательных мышц до уровня физиологической нормы с устранением ограничения открывания рта и обеспечения технической возможности получения качественного оттиска, по нашим клиническим наблюдениям, в среднем составляет временной период до 3 мес.

В качестве иллюстрации метода приводим клиническое наблюдение. Больная С. 40 лет. DS: С-г верхней челюсти слева (С 41.0), состояние после комбинированного лечения, пострезекционный дефект альвеолярного отростка и тела левой верхнечелюстной кости в проекции отсутствующих 26, 27, 28 зубов (М 95.2), контрактура челюстей III степени (К 07.6, М 24.5), частичная вторичная верхнечелюстная адентия I класса по Кеннеди (К08.1). Устранение нижнечелюстной контрактуры выполнено с использованием трёх последовательно сменяемых друг друга релаксационных окклюзионных шин-капп с постепенным увеличением величины дизокклюзии в течение трёх месяцев (рис. 1–4). В результате лечения величину свободного открывания рта удалось увеличить с 8 мм (рис. 1) до 21 мм (рис. 4), с обеспечением технической возможности свободного получения качественного оттиска верхнечелюстного изъёма по которому изготовлена рабочая гипсовая модель (рис. 5) и в последующем верхнечелюстной протез obturator.



Рис. 1. Уровень ограничения открывания полости рта больной С. до начала ортопедического лечения



Рис. 2. Релаксационная окклюзионная шина-каппа в полости рта больной С. в положение закрытого рта



Рис. 3. Линейка динамически заменяемых релаксационных окклюзионных шин-капп больной С. для устранения контрактуры челюстей



Рис. 4. Уровень открывания полости рта больной С. после окончания ортопедического лечения



Рис. 5. Рабочая гипсовая модель пострезекционного верхнечелюстного дефекта больной С., полученная по верхнечелюстному оттиску по окончании устранения контрактуры челюстей

Заключение. Наш многолетний практический опыт решения проблемы контрактуры челюстей у больных с верхнечелюстными пострезекционными дефектами путём последовательного использования сменяемых друг друга релаксационных окклюзионных шин-капп с постепенным увеличением высоты дизокклюзии показал высокую клиническую эффективность. Функционально-физиологический метод лечебного воздействия на различные звенья патогенеза развития контрактуры челюстей у данной категории больных позволяет разобщить замкнутый патогенетический круг

её развития и добиться планомерной и постепенной релаксации, растяжения и депрограммирования жевательных мышц, а также адекватного функционирования элементов височно-нижнечелюстных суставов до приблизительного уровня физиологической нормы с устранением ограничения открывания рта. Вынужденная физическая нагрузка, оказывая действие на течение патологического процесса, усиливает крово- и лимфообращение в зоне повреждения, при соответствующей лечебной программе систематического применения релаксационных окклюзионных шин-капп, вызывающих принудительную нагрузку на повреждённую мышечную ткань и усиленное лимфо- и кровообращение, стимулирует рассасывание продуктов воспаления в очаге поражения, что способствует улучшению окислительно-восстановительных процессов и ускорению регенеративной способности повреждённой ткани с учётом функционального компонента. Предложенный метод устранения контрактуры челюстей у больных с верхнечелюстными пострезекционными дефектами прост в применении, не требует специального дорогостоящего оборудования и расходных материалов, а также специальной подготовки врачебных и зуботехнических кадров, обладая при этом элементом экономической целесообразности на фоне высокой клинической эффективности. В данной связи разработанный метод рекомендуется для широкого клинического применения.

Список литературы

1. Рабиева М.М., Рустамов С.Г., Гончарова О.Ю. Применение препарата катадолон при лечении невралгии лицевого нерва, осложненной контрактурой мимических мышц с патологическими синкенизиями // Научно-практический журнал ТИППМК. 2013. № 2. С. 113–114.
2. Филиппова Л.А., Филиппова А.А. Роль лечебной физкультуры при выраженной воспалительной контрактуре челюстей // Главный врач Юга России. 2017. № 55. С. 21–22.

3. Поляков А.П. Хирургические аспекты устранения внесуставных и внутрисуставных контрактур височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с опухолями головы и шеи // Злокачественные опухоли. 2016. № 4 (21). С. 315.

4. Шалумов, А.З., Талыпов А.Э. Лечение контрактуры височно-нижнечелюстного сустава, развившейся вследствие сочетанной черепно-лицевой травмы // Нейрохирургия. 2015. № 1. С. 87–89.

5. Климашин Ю.И., Горин А.А. Эффективный атравматичный способ механотерапии с эффектом роторасширения // Медицинский алфавит. 2012. Т. 4., № 19. С. 18–19.

6. Ковалёва А.С. Амоян Э.Ф., Хакуй С.А. Ортопедические методы лечения при контрактурах и микростомии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 11(4). С. 688–689.

Сведения об авторах

Галонский Владислав Геннадьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук, НИИ медицинских проблем Севера; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3Г; e-mail: gvg73@bk.ru.

Казанцева Тамара Владимировна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А. И. Крыжановского, адрес: Российская Федерация, 660133, г. Красноярск, ул. Смоленская, д. 16; e-mail: Luka_LRC@mail.ru.

Градобоев Анатолий Владимирович, Стоматологическая клиника «Гелиос»; адрес: Российская Федерация, г. Шарыпово, м/р 6, д. 25, пом. 2; e-mail: solutionmortalis@gmail.com662313.

Казанцев Максим Евгеньевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; e-mail: doktor_maks@inbox.ru.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТКИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С
ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

*Галонский Владислав Геннадьевич^{1,2}, Телятников Алексей Львович^{1,3},
Макарчук Максим Юрьевич^{1,4}*

¹*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

²*Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, Красноярск, Российская Федерация*

³*Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5, Красноярск, Российская Федерация*

⁴*Красноярская городская детская поликлиника № 3. Стоматологическое отделение, Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. В статье представлен клинический случай мультидисциплинарного подхода в реабилитации подростка, женского пола, 13 лет с остеобластокластомой нижней челюсти. Приведено подробное описание выполненных диагностических исследований, техники оперативного вмешательства и послеоперационного ведения больной, технологий последующего ортопедического и ортодонтического лечения. Этапность диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий визуализирована фотоматериалами и данными рентгенологического исследования. Представлены отдалённые результаты клинического наблюдения в сроки до четырёх лет.

Ключевые слова: остеобластокластома, дефект нижней челюсти, зубочелюстное протезирование, дети.

Актуальность. Опухоли челюстно-лицевой области у детей наблюдаются достаточно редко и развиваются обычно в возрасте 10–15 лет. Значительный клинический интерес представляет остеобластокластома (гигантоклеточная опухоль). Это доброкачественная мягкотканая опухоль, поражающая преимущественно тело нижней челюсти у лиц женского пола.

Выделяют ячеистую, кистозную и литическую формы остеобластокластомы, отличающиеся темпами роста и характером разрушения кости. Наиболее радикальным и эффективным хирургическим методом лечения данной патологии является резекция поражённых участков кости с одномоментным реконструктивным восстановлением целостности челюсти [1, 2].

Вопросы хирургической техники выполнения оперативных вмешательств и тактики ведения данной категории больных в достаточной мере отражены в отечественной и зарубежной литературе [3]. Аспекты особенностей последующего ортопедического лечения больных с нижнечелюстными реконструированными дефектами описаны отдельными авторами [4–6]. Проблеме комплексной реабилитации пациентов подросткового возраста с остеобластокластомой нижней челюсти посвящены единичные публикации. В контексте вышесказанного приводим наше клиническое наблюдение.

Пациентка Л., 13 лет обратилась в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие эстетического дефекта нижней зоны лица, вследствие наличия опухолевидного образования во фронтальном и боковых отделах нижней челюсти, более выраженного справа. Затруднённое пережёвывание пищи в связи с подвижностью нижних зубов и болевыми ощущениями. Онемение нижней губы, более выраженное справа.

Из анамнеза: Данные изменения впервые появились около 4 месяцев назад в виде уплотнения, с течением времени происходило увеличение опухолевидного образования, деформации нижней челюсти и увеличение подвижности нижних зубов. Болевые ощущения в нижних зубах и онемение нижней губы с течением времени усиливались. Через 2 месяца после появления вышеописанных симптомов обратилась в стоматологическое отделение центральной районной больницы, после чего была направлена на консультацию в специализированную клинику детской челюстно-лицевой хирургии в краевой центр.

Объективно при внешнем осмотре определяется нарушение конфигурации лица за счёт наличия деформации нижней челюсти по типу утолщения во фронтальном и боковых отделах, более выраженное справа. Подбородочная складка сглаженная. Кожные покровы над опухолевидным образованием в цвете не изменены, в складку собираются. При пальпации опухолевидное образование плотной консистенции, безболезненное. Положение подбородка прямое, высота нижней трети лица не изменена. Открывание рта в полном объёме, не затруднено, движения нижней челюсти плавные, смещения нижней челюсти при открывании рта отсутствуют. При пальпации правого и левого височно-нижнечелюстных суставов патологических изменений не определяется. Подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы справа и слева увеличены до 10 мм, безболезненны, подвижные, плотно-эластичные, не спаяны с окружающими тканями.

При осмотре преддверия и собственно ротовой полости переходная складка в области нижней челюсти сглажена. Визуализируется и пальпируется опухолевидное образование по типу утолщения (в виде вздутия кости) альвеолярной части и тела нижней челюсти с вестибулярной и язычной сторон в проекции расположения 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 зубов. При пальпации нижнечелюстная кость в этих участках с бугристой поверхностью, диффузно утолщена. Отграничить опухоль от здоровых участков клинически не представляется возможным. При пальпации опухоли местами – в проекции расположения 47, 46, 45, 44, 43, 42 зубов с вестибулярной и оральной сторон, определяется симптом «пергаментного хруста» или «хруста снега», более выраженный с вестибулярной стороны. Слизистая оболочка альвеолярной части и тела нижней челюсти, покрывающая опухоль, цианотичного цвет, венозная сеть сосудов подслизистого слоя расширена. Зубы, находящиеся в области границ опухоли, интактные, расположены с незначительными, малозаметными диастемой и тремами, подвижность зубов I–II степени. В результате

электроодонтометрии определяется резкое снижение электровозбудимости пульпы 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 зубов, перкуссия данных зубов слабоболезненная. Прикус фиксированный, ортогнатический.

Результаты рентгенологического исследования (спиральной компьютерной томографии с 3D реконструкцией изображения) представлены на рис. 1.

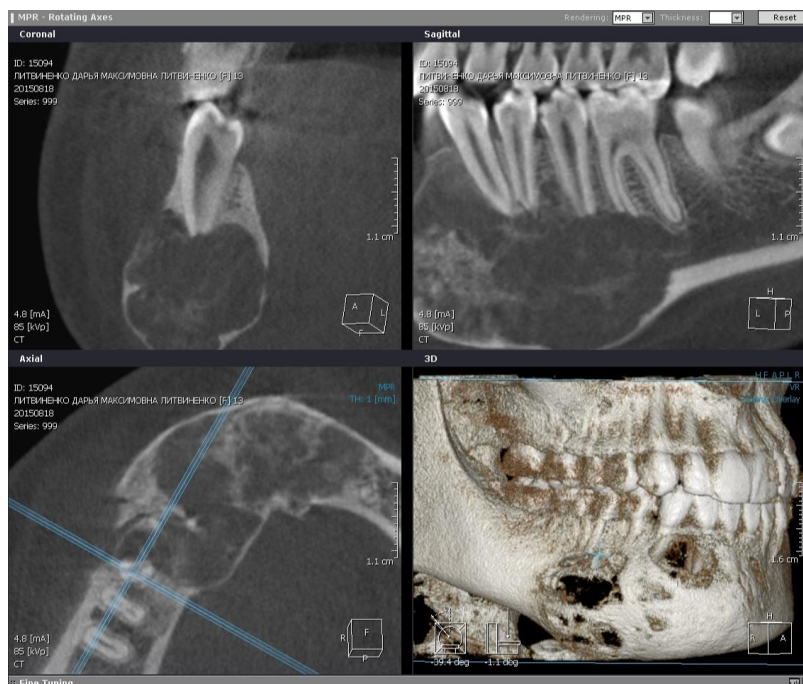


Рис. 1. Спиральная компьютерная томография пациентки Л., в возрасте 13 лет – плоскостные срезы нижней челюсти, в проекции расположения опухолевидного образования, и 3D реконструированное изображение

При анализе рентгенограмм определяется очаг деструкции костной ткани альвеолярной части и тела нижней челюсти овальной формы, по типу вздутия кости с крупноячеистым рисунком, вытянутый вдоль горизонтальной оси тела нижней челюсти, в проекции расположения 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 зубов. Чёткость границ очага деструкции от неповреждённой кости определяется не со всех сторон. Внутри очага отмечается наличие множества мелких полостей или ячеистых образований более крупных размеров, отделённых друг от друга костными перегородками

различной толщины. Кортикальный слой неравномерно истончен, волнистый, местами полностью резорбирован и разрушен. Корни 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубов веерообразно отклонены от центральной оси в обе стороны от центра вздутия. Периодонтальные щели у вышеуказанных зубов не прослеживаются. Нижнечелюстной канал не визуализируется.

DS: Остеобластокластома нижней челюсти в проекции расположения 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 зубов (D 16.5).

На первом этапе хирургического лечения, под комбинированной общей анестезией, внутриротовым доступом, проведена операция биопсия опухоли тела нижней челюсти справа в области 46, 45, 44, 43, 42 зубов. Результаты патогистологического исследования – центральная гигантоклеточная гранулёма нижней челюсти.

На втором этапе хирургического лечения выполнена операция резекции нижней челюсти с одномоментной пластикой аутокостью. Протокол операции: под комбинированной общей анестезией операционное поле дважды обработано раствором «Септоцида». Выполнен дугообразный разрез кожи длиной до 100 мм в за- и поднижнечелюстных областях. Рассечена кожа, подкожная жировая клетчатка. Тупым и острым путём обнажена часть нижней челюсти от левого ментального отверстия до правого угла нижней челюсти. Перевязаны лицевые артерия и вена справа. Проведена резекция челюсти от 46 до 33 зуба. Фрагмент челюсти вычленен. Удалены 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 зубы. Выполнена экскохлеация мягкотканых элементов опухоли. Гребень альвеолярного отростка ремоделирован, истонченные участки кости удалены. Ауто трансплантат помещён в жидкий азот, с экспозицией 15 минут. Слизистая полости рта ушита наглухо. Туалет раны 0,5% раствором Диоксидина. Костные дефекты ауто трансплантата заполнены ксеногенным костным графтом в виде крошки, объёмом 2,0 см³, после чего ауто трансплантат установлен в область пострезекционного нижнечелюстного дефекта и зафиксирован реконструктивной титановой пластиной. В рану введён перфорированный

ПВХ трубчатый дренаж, концы которого фиксированы к коже. Рана послойно ушита кетгутом, викрилом. Наложена асептическая давящая повязка. Назначена противомикробная и симптоматическая терапия. Швы на коже сняты на седьмые сутки, швы в полости рта – на десятые сутки. Заживление ран первичным натяжением. Больная выписана из стационара, с рекомендацией необходимости выполнения замещающего зубочелюстного протезирования.

Пациентка Л., в возрасте 14 лет была направлена в клинику ортопедической стоматологии и ортодонтии для последующей, после хирургического лечения, реабилитации. Жалобы при обращении: на эстетический дефект лица, вследствие западения мягких тканей нижней губы, невозможность пережёвывания пищи и дефект речи, вследствие частичного отсутствия зубов на нижней челюсти.

Из анамнеза: год назад была выполнена резекция нижней челюсти с одномоментной реконструкцией образовавшегося дефекта. Непосредственное зубочелюстное протезирование не проводилось.

Объективно при внешнем осмотре определяется западение мягких тканей нижней губы, выраженность подбородочной складки, положение подбородка прямое, высота нижней трети лица не изменена. Пропорциональное соотношение подбородка, губы и носа, минимальное обнажение вермилюна. Негармоничная дуга улыбки. Асимметричная улыбка с низкой комиссурой справа, неполное обнажение резцов. Открывание рта в полном объёме, не затруднено, движения нижней челюсти плавные, смещения нижней челюсти при открывании рта отсутствуют. При пальпации правого и левого височно-нижнечелюстных суставов патологических изменений не определяется.

При осмотре преддверия и собственно ротовой полости слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Индекс гигиены полости рта по Ю. А. Фёдорову – В. В. Володкиной неудовлетворительный. На нижней челюсти определяется дефект альвеолярной части и тела челюсти

без нарушения непрерывности нижнечелюстной кости в проекции отсутствующих 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубов. Слизистая оболочка, покрывающая изъяз, рубцово изменена. Податливость слизистой оболочки по Суппле соответствует четвёртому классу – истончённая, наличие болтающегося гребня. Удовлетворительный цвет и форма зубов. На верхней челюсти визуализируется избыточный наклон в оральную сторону 11 и 21 зубов, вестибулярное смещение 12 и 22 зубов, скученное положение зубов фронтального отдела челюсти, реверсивная кривая Шпее у верхнего зубного ряда. Прикус фиксированный. Взаимоотношение сохранившихся моляров нижней челюстей с молярами антагонистами верхней челюсти справа и слева соответствует первому классу по Энгля. Средняя линия между верхними центральными резцами совпадает со средней линией лица (рис. 2).



Рис. 2. Состояние полости рта пациентки Л., в возрасте 14 лет, до начала ортопедического и ортодонтического лечения в положение центральной окклюзии

Рентгенологически определяется дефект альвеолярной части и тела нижней челюсти в проекции отсутствующих 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубов, реконструированный титановым эндопротезом в комбинации с аутотрансплантатом. На медиальной границе соприкосновения тканей реципиентной зоны с краями аутотрансплантата визуализируются зоны резорбции последнего. Хронический гранулематозный периодонтит 37 зуба (рис 3).



Рис. 3. Рентгенограмма пациентки Л., в возрасте 14 лет, до начала ортопедического и ортодонтического лечения

Результаты измерений гипсовой модели верхней челюсти. Сумма мезиодистальных размеров четырёх верхних резцов – 33,5 мм. Ширина верхнего зубного ряда в трансверзальном направлении по Пону, Линдеру, Харту (1939) между премолярными точками – 41,5 мм (N=42 мм), между молярными точками – 51,0 мм (N=52,3 мм). Длина фронтального участка верхней челюсти в сагиттальном направлении по Коркхаузу (1957) – 18,0 мм (N=19,3 мм).

DS: Пострезекционный реконструированный дефект нижней челюсти с сохранением непрерывности нижнечелюстной кости в проекции отсутствующих 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубов (M 95.2). Частичная вторичная нижнечелюстная адентия (K 08.1). Аномалия зубного ряда верхней челюсти – скученное положение зубов во фронтальном отделе (K 07.3). Хронический апикальный гранулематозный периодонтит 37 зуба (K 04.5).

На первом этапе ортопедического лечения для восстановления жевательной функции и нормализации эстетического оптимума челюстно-лицевой области изготовлен съёмный зубочелюстной протез с никелид-титановым базисом, замещающий нижнечелюстной изъян. После получения верхнечелюстного и нижнечелюстного анатомических оттисков альгинатным

слепочным материалом и последующей отливки гипсовых моделей челюстей, на нижнюю челюсть изготовлена индивидуальная ложка из фотополимеризационной пластмассы, с декомпрессионными участками в проекции расположения на опорных тканях протезного ложа свободного болтающегося гребня. Функциональный нижнечелюстной оттиск получали с использованием слепочной массы для окантовки краёв индивидуальной ложки – «Bisico Function» и корригирующей силиконовой слепочной массы «Speedex». После отливки рабочей модели из высокопрочного гипса формировали восковой окклюзионный валик. Припасовку воскового окклюзионного валика в полости рта осуществляли с моделированием искомых лицевых признаков за счёт его вестибулярной выпуклости. Фиксировали центральную окклюзию, и гипсовые модели челюстей устанавливали в артикулятор. Нижнечелюстную модель предварительно дублировали и отливали её копию из огнеупорной массы. Моделировали восковую репродукцию каркаса зубочелюстного протеза и выполняли его отливку из литейного стоматологического сплава «Титанид». После механической обработки и химической полировки каркас припасовывали на гипсовой модели, далее в полости рта. Выполняли постановку зубов с учётом окклюзионных взаимоотношений на восковых базисах и поверку постановки в полости рта, с учётом нормализации лицевых признаков за счёт вестибулярной выпуклости воскового базиса. Фиксирующие элементы изготовлены из никелид-титановой проволоки методом высокотемпературного формирования. Замену базисного воска на пластмассу осуществляли традиционным способом, после шлифовки и полировки протез наложили на ткани протезного ложа. Адаптация к зубочелюстному протезу в течение семи суток, после чего пациентка стала отмечать нормализацию функций зубочелюстного аппарата и эстетики челюстно-лицевой области в целом. Ортодонтическое лечение аномалии зубного ряда верхней челюсти выполнено с применением несъёмной ортодонтической техники, с использованием керамических брекетов SIGNATURE и никелид-титановых

дуг, в течение 12 мес. В результате чего сагиттальные и трансверзальные размеры верхнего зубного ряда приблизились к нормативным показателям, с нормализацией положения зубов в зубном ряду (рис. 4).



Рис. 4. Состояние полости рта пациентки Л., в возрасте 15 лет, после окончания ортодонтического лечения в положение центральной окклюзии, полуаксиальная проекция, визуализирующая изменение окклюзионных взаимоотношений верхнего и нижнего зубных рядов

На втором этапе ортопедического лечения изготовлен новый нижний зубочелюстной протез технологически и конструктивно аналогичный первому, с постановкой искусственных зубов с учётом новых окклюзионных взаимоотношений с антагонистами ортодонтически ремоделированного верхнего зубного ряда.



Рис. 5. Состояние полости рта пациентки Л., в возрасте 16 лет, в положении центральной окклюзии, после окончания ортодонтического и ортопедического лечения в ретенционном периоде

После чего был выполнен дебондинг ортодонтической аппаратуры и установлен несъёмный ретейнер от 12 до 22 зуба и съёмный ретейнионный аппарат для ночного ношения на верхний зубной ряд (рис. 5).

Таким образом, отдалённые результаты клинического наблюдения за пациенткой Л. в сроки до четырёх лет позволяют констатировать достаточно высокую эффективность выбранной тактики хирургического лечения и последующих реабилитационных мероприятий.

Использование в качестве основного материала для устранения образовавшегося нижнечелюстного дефекта аутотрансплантата резецированной кости, подвергнутого специальной хирургической подготовке и экстракорпоральному замораживанию, в комбинации с эндопротезом, в данной клинической ситуации явилось наиболее оптимальным подходом в хирургическом лечении остеобластокластомы нижней челюсти. Данные обстоятельства позволяли решить две важные задачи, от которых в значительной мере зависел успех исхода оперативного лечения: 1) проблему точного соответствия аутотрансплантата реконструированному участку нижнечелюстного дефекта, 2) проблему стабильного соединения аутотрансплантата с сохранившимися фрагментами нижней челюсти, что немаловажно в детском возрасте, так как межчелюстная иммобилизация не всегда возможна. Эффективной реализации вышеуказанных задач способствовало следующее: 1) точное пространственное геометрическое соответствие аутотрансплантата по основным критериальным параметрам в сагиттальном и трансверзальном направлениях восполняемому сегменту резецированной кости, 2) то, что краевые концы аутотрансплантата и реципиентной зоны сохранившихся фрагментов нижней челюсти оптимально соответствовали друг другу и при стабильном остеосинтезе создавали благоприятные условия для течения репаративных процессов, что в дополнении с комбинацией титанового эндопротеза, позволили обеспечить надёжную первичную стабильность аутотрансплантата на фоне формирования оптимальных условий для течения

эффективных репаративных процессов костной ткани в послеоперационном периоде.

Замещающее протезирование послеоперационного нижнечелюстного дефекта в сочетании с ортодонтической коррекцией верхнего зубного ряда позволили в максимально возможном объёме восстановить утраченные функции зубочелюстного аппарата и эстетику челюстно-лицевой области. Достигнута правильная ангуляция и инклинация фронтальной группы зубов, улучшена дуга улыбки и обнажение резцов при улыбке. Использование в качестве основного конструкционного материала для изготовления зубочелюстного протеза сверхэластичного никелида титана позволило равномерно распределять жевательную нагрузку на мало-, средне- и хорошо податливые опорные ткани протезного ложа, препятствуя формированию макросдвигов на границе соприкосновения «протез-протезное ложе», увеличивая эффективную площадь опорных структур. Данное обстоятельство в динамике благоприятно отразилось на основных составляющих реконструкции нижнечелюстного дефекта, что подтверждается данными рентгенологического исследования в отдалённые сроки наблюдения. Рентгенологическая структура тени аутотрансплантата в сравнении с тканями реципиентной зоны, а также характер их краевого взаимоотношения позволяют констатировать наличие положительных рентгенологических признаков сформированного органотипичного регенерата.

Список литературы

1. Рогинский В.В., Григорьян А.С., Ковязин В.А., Кутвинская Е.В. Классификация, микроскопическое строение и дифференциальная диагностика гигантоклеточной гранулёмы и гигантоклеточной опухоли челюстных костей у детей. Обзор литературы // Стоматология детского возраста и профилактика. 2011. № 1. С. 3–7.

2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи: клин. рук. 5-е изд., доп. и перераб. М.: Практическая медицина, 2013. С. 210–242.

3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. 5-е изд., перераб. и доп. Киев: Червона Рута-Турс., 2012. 1048 с.

4. Афанасов М.В., Лопатин А.В., Ясонов С.А., Косырева Т.Ф. Лечение пострезекционных дефектов нижней челюсти у детей // Детская хирургия им. Ю. Ф. Исакова. 2016. Т. 20, № 6. С. 314–319.

5. Лесных Н.И., Золкин П.В., Смирнов Е.В., Авдеев Е.Н. Челюстно-лицевое протезирование после реконструктивно-восстановительных операций на нижней челюсти // Врач-аспирант. 2014. Т. 62, № 1.3. С. 416–423.

6. Железный П.А., Зубрилин Е.В., Железный С.П., Колыбелкин М.В., Железная Ю.К. Алгоритм комплексной реабилитации детей после реконструктивных операций в челюстно-лицевой области // Медицина и образование в Сибири. 2015. № 6. С. 31.

Сведения об авторах

Галонский Владислав Геннадьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук, НИИ медицинских проблем Севера; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3Г; e-mail: gvg73@bk.ru.

Телятников Алексей Львович, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5, адрес: Российская Федерация, 660122, г. Красноярск, ул. Щорса, д. 83; e-mail: herrurg@mail.ru.

Макарчук Максим Юрьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; Красноярская городская детская поликлиника № 3. Стоматологическое отделение, адрес: Российская Федерация, 660122, г. Красноярск, пр. Ульяновский, д. 22 Б; e-mail: makarchuk@mail.ru.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА
«ГЛУФТОРЕД» ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА И ГИПЕРЕСТЕЗИИ У
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

*Грицкевич Светлана Геннадьевна, Ярлыкова Галина Викторовна,
Доценко Светлана Анатольевна*

*Ачинская межрайонная стоматологическая поликлиника, Ачинск,
Российская Федерация*

Резюме. В статье рассматриваются результаты применения метода глубокого фторирования, оценка результатов лечения кариеса зубов, гиперестезии взрослого населения с применением препарата Глуфторед, сравнительный анализ результатов лечения кариеса и гиперестезии с применением метода глубокого фторирования и без использования метода глубокого фторирования.

Ключевые слова: Кариес зубов, гиперестезия, фториды, резистентность эмали, глубокое фторирование.

Актуальность. Кариес зубов – наиболее распространённый вид стоматологической патологии. Одним из значимых компонентов первичной профилактики кариеса признано использование фторидов [1]. Фториды по мнению современных авторов считаются самым важным аспектом профилактики кариеса. Согласно данным некоторых исследований фториды предупреждают кариес, замедляя деминерализацию интактной эмали, влияя на кинетику реминерализации деминерализованной эмали, оптимизируя кристаллический состав эмали благодаря фториду кальция и фторапатиту [2]. С помощью фторидов может быть остановлен начальный кариес в любом возрасте. Фторид не столько препятствует возникновению начального кариозного повреждения, сколько тормозит скорость его прогрессирования. Исследования показали, что при местном применении фторид эффективен и

для профилактики кариеса корня зуба. Поэтому его целесообразно использовать и в старших возрастных группах. Фторид оказывает действие на эмаль зуба в течение всей жизни человека [3]. Эффективность соединений фтора в экзогенной профилактике кариеса подтверждена многочисленными исследованиями и имеет прочную доказательную базу. При регулярном и контролируемом применении препаратов с высокой концентрацией фторидов зарегистрировано снижение заболеваемости кариесом зубов на 25–35% [4, 5]. Весьма эффективным для профилактики кариеса оказался разработанный немецким профессором А. Кнаппвостом метод глубокого фторирования твердых тканей зуба с добавлением меди. По аналогии в 2002 году фирма «ВладМиВа» разработала и выпускает препарат «Глуфторед» предназначенный, для глубокого фторирования эмали и дентина.

Цель исследования. Провести оценку результатов лечения кариеса зубов и гиперестезии с применением препарата «Глуфторед» методом глубокого фторирования тканей зубов и без применения препарата.

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 345 пациентов в возрасте от 20 до 42 лет, которые были разделены на две группы. В первой группе у 183 пациентов было вылечено 370 зубов с применением препарата «Глуфторед», во второй группе у 162 пациентов лечение проводилось без препарата «Глуфторед». Было вылечено 210 зубов. Всего было вылечено 580 зубов за период с сентября 2015 года по декабрь 2017 года.

Показания к применению препарата «Глуфторед»:

1. Лечение кариеса в стадии пятна, гиперчувствительности в пришеечной области и области пульпа зуба.
2. Снижение гиперчувствительности дентина после препарирования кариозной полости.
3. Профилактика вторичного кариеса.

В комплект «Глуфторед» входят жидкость и суспензия. Жидкость – раствор голубого цвета, содержащий ионы меди и фтора. Суспензия –

высокодисперсная жидкость кальция в дистиллированной воде. При последовательном внесении в полость зуба жидкости и суспензии происходит выпадение в осадок высокодисперсного фтористого кальция, фтористого магния. На очищенные поверхности зубов или в препарированные кариозные полости вносится жидкость (слабокислый раствор фтористого силиката магния) на одну минуту, затем избыток жидкости удаляется тампоном. Вносится суспензия на одну минуту, затем смывается водой.

Обработка глубокой полости проводится в следующей последовательности: суспензия-жидкость-суспензия. В дентинных канальцах образуется тиксотропная пробка. Глубокое фторирование материалом не оказывает влияние на адгезию и ретенцию пломбировочных материалов.

Результаты проведённого лечения контролировали через 6 месяцев, 12 месяцев, 18 месяцев, 24 месяца (табл. 1, 2).

Таблица №1

Оценка сохранности пломб при лечении кариеса (%)

Метод лечения	Период осмотра			
	6 месяцев	12 месяцев	18 месяцев	24 месяца
Лечение с применением Глуфторед	100%	100%	98,9%	98,2%
Лечение без применением Глуфторед	100%	100%	96,8%	95%

Таблица №2

Оценка результатов лечения гиперчувствительности зубов(%)

Метод лечения	Период осмотра			
	6 месяцев	12 месяцев	18 месяцев	24 месяца
Лечение с применением Глуфторед	0%	0%	1,2%	2%
Лечение без применением Глуфторед	0%	2%	5%	7%

В результате исследования установлено, что использование препарата «Глуфторед» значительно повышает резистентность эмали, что свидетельствует о целесообразности применения данного препарата в лечении кариеса и гиперестезии у взрослого населения.

Список литературы

1. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. М.: Тонга-Принт, 2003. 216 с.
2. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. М.: Медицинская книга, 2008. 444 с.
3. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология : нац. рук. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 912 с.
4. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М.: МГМСУ, 2006. 416 с.
5. Кисельникова Л.П. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии // Маэстро стоматологии. 2007. № 2. С.18–22.

Сведения об авторах

Грицкевич Светлана Геннадьевна Ачинская межрайонная стоматологическая поликлиника №1; адрес: Российская Федерация, 662150, г. Ачинск, ул. Мира, д. 5; тел.: +7(391) 517-79-20; e-mail: ngritskevich@mail.ru.

Доценко Светлана Анатольевна Ачинская межрайонная стоматологическая поликлиника №1; адрес: Российская Федерация, 662150, г. Ачинск, ул. Мира, д. 5; тел.: +7(391) 517-79-20; e-mail: DemonGeroy91@mail.ru.

Ярлыкова Галина Викторовна Ачинская межрайонная стоматологическая поликлиника №1; адрес: Российская Федерация, 662150, г. Ачинск, ул. Мира, д. 5; тел.: +7(391) 517-79-20; e-mail: yarlykova.59@mail.ru.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ 3-ГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ТЕХНИКУМА Г. МИНУСИНСКА

Гуркова Нина Борисовна, Кузнецова Елена Геннадьевна

*Минусинская стоматологическая поликлиника, Минусинск, Российская
Федерация*

Резюме. Профилактика стоматологических заболеваний является важным условием здорового образа жизни человека. Для этого необходима стоматологическая просветительская работа. Уровень гигиенической культуры был исследован у студентов третьего курса медицинского техникума г. Минусинска. Результаты исследования показали недостаточный уровень стоматологической грамотности студентов. Для этого необходимо проводить санитарно-просветительскую работу в учебных учреждениях.

Ключевые слова: стоматологическая грамотность, здоровый образ жизни, заболевания ротовой полости, добровольное анкетирование, санитарно-просветительная работа.

Актуальность. Заболевание тканей пародонта и твердых тканей зубов являются самыми распространенными стоматологическими заболеваниями. По статистике кариес зубов выявлен практически у 99% населения. Соответственно, для предотвращения развития данных заболеваний, в последние годы большое значение отводится профилактическим мероприятиям. Прежде всего, необходимо формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, именно он является залогом здоровья. В понятие «здоровый образ жизни» включена гигиена полости рта [1, 2].

Молодые люди, в большинстве случаев, обращаются к врачу-стоматологу только при возникновении болевых ощущений в полости рта, зубах. Причиной этого является недостаточная социальная мотивация к уходу

за полостью рта в детском возрасте. Большую часть информации молодежь черпает из телевизионных источников и Интернет-ресурсов. При покупке средств гигиены молодые люди предпочитают товары рекламных брендов. Правильный выбор и использование средств и предметов гигиены полости рта являются неотъемлемой частью профилактики заболеваний ротовой полости. Для этого необходима активная стоматологическая просветительная работа, проводимая на массовом и индивидуальном уровнях и направленная на развитие навыков грамотного ухода за полостью рта.

Целью данного исследования явилось выявление уровня гигиенической культуры у студентов третьего курса Медицинского техникума г. Минусинска.

Материалы и методы исследования: Нами было проведено добровольное анкетирование 50 студентов 3-го курса медицинского техникума г. Минусинска в октябре 2018 года. Каждому студенту объяснили цель исследования. Анкета включала 15 вопросов, которые определяли уровень знаний о гигиене полости рта и стоматологической грамотности студентов.

Результаты исследования: Анализ анкетных данных показал, что большинство респондентов (52,78%) считают, что к стоматологу необходимо обращаться 1 раз в год, 47,22% считают – 2 раза в год. На вопрос о том сколько раз в день необходимо чистить зубы 8,7% анкетированных ответили – 1 раз в день; 61,11% – 2 раза в день, чистку зубов после каждого приема пищи проводят 30,19% респондентов.

Анализ ответов «О частоте замены зубной щетки» показал: 2,78% студентов считают, что зубную щетку надо менять 1 раз в год, 97,22% – 1 раз в 3 месяца. На вопрос «О длительности процесса чистки зубов» 47,22% студентов ответили – 3 минуты, 52,78% – 1-2 минуты.

Анализ ответов, «С какого возраста необходимо проводить гигиену полости рта» показал следующее: 69,44% респондентов считают, что гигиену

полости рта необходимо проводить с рождения, 30,56% – с появлением первого зуба.

На вопрос о необходимости применения флоссов, как дополнительных предметов по уходу за полостью рта, положительно ответили 11,11% анкетированных, 50% – отрицательно, а 38,88% студентов не знают что это такое.

На вопрос о том, какие движения должны преобладать при чистке зубов 50% студентов ответили «подметающие», 44,44% респондентов предпочитают круговые, возвратно-поступательные движения, а 5,55% анкетированных затруднились с ответом на вопрос.

На вопрос о том, что для предотвращения кариеса необходимо избегать употребления сахара 94,44% студентов ответили положительно, 56% опрошенных считают важным избегать также употребления в пищу жиров и специй.

На вопрос о том, к чему приводит зубной налет, 75% респондентов показали свою осведомлённость и ответили, что это приводит к заболеванию десен, изменению цвета зубов и их кариесу; 19,44% ответили, что это приводит или к кариесу, или к заболеванию десен; 5,55 респондентов не знали ответа на этот вопрос.

На вопрос из-за чего возникает кровоточивость десен – 72,22% студентов ответили из-за болезни десен, а 27,77% ответили из-за неправильной чистки зубов.

Исследованием также установлено, что 50% студентов знают о том, что вероятность возникновения заболеваний тканей пародонта наиболее высока у лиц с сахарным диабетом, 47% респондентов думают, что болезнь связана с высоким уровнем холестерина, а 3% – считают, что болезнь провоцирует высокое артериальное давление.

Анализ ответов на вопрос «Что является наиболее распространенным признаком рака полости рта» показал: 83,34% считают язвы, незаживающие

более двух недель, 13,88% считают причиной кровоточащие десны, 2,78% респондентов не знали ответа на этот вопрос.

Из общего числа опрошенных студентов 72,22% знают о том, что необходимо замещать отсутствующие зубы протезами, а 27,78% студентов считают, что протезы нужны для эстетики улыбки или при отсутствии большого числа зубов.

Таким образом, можно сделать вывод, что уровень стоматологической грамотности студентов медицинского техникума города Минусинска находится на достаточно высоком уровне.

Заключение. Сегодняшние студенты – это будущие родители поэтому санитарное просвещение, их стоматологическая грамотность является залогом сохранения здорового будущего поколения. Для этого требуется активное проведение санитарно-просветительной работы путем медико-педагогического убеждения с учетом специфики обучения в учебных учреждениях.

Список литературы

1. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании / под ред. Э. М. Кузьминой. М.: МГМСУ, 2009. 236 с.

2. Яковлева В.И., Трофимова Е.К., Давидович Т.П. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. Минск: Высшая школа, 1995. 494 с.

Сведения об авторах

Гуркова Нина Борисовна, Минусинская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 662610, г. Минусинск, ул. Комарова, д. 15; тел.+7(391) 322-61-94.

Кузнецова Елена Геннадьевна, Минусинская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 662610, г. Минусинск, ул. Комарова, д. 15; тел.+7(391) 322-61-94.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ – ДАРСОНВАЛИЗАЦИИ И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТОВ

*Евдокимова Ольга Анатольевна, Ермухометов Сергей Николаевич,
Родина Ирина Владиславовна*

*Канская межрайонная стоматологическая поликлиника, Канск, Российская
Федерация*

Резюме. В статье приведен анализ применения вакуум – терапии, дарсонвализации и лазеротерапии в лечении верхушечного периодонтита. Выявлена эффективность применения данных способов физиотерапии для предотвращения обострения в постпломбировочном периоде и значительном сокращении сроков регенерации.

Ключевые слова: периодонтиты, физиолечение, постпломбировочные боли, восстановительный процесс

Актуальность. При лечении периодонтитов после пломбирования корневых каналов не редко возникают постпломбировочные боли, а в дальнейшем обостряется воспалительный процесс в периапикальных тканях. Восстановительный процесс в патологически изменённом периодонте происходит продолжительное время.

Для уменьшения восстановительного процесса в периапикальных тканях согласно данным некоторых исследований, рекомендовано применение таких методов физиотерапевтического лечения, как вакуум массаж, дарсонвализация и лазеротерапия [1-3].

Материалы и методы исследования: Воздействие вакуум – дарсонвализации и лазеротерапии на периапикальные ткани проводили на базе КГАУЗ «Канская межрайонная стоматологическая поликлиника», в составе которой имеется физиотерапевтический кабинет, оборудованный широким спектром различных аппаратов для физиолечения

стоматологических заболеваний, в том числе необходимых для нашего исследования.

Методика применения и принцип физиологического воздействия на периапикальные ткани:

1. Вакуум терапия: Аппарат «АЛП-02».

Выполняли 4-6 гематом на десне в области проекции верхушки корня «причинного» зуба с давлением до 400 мм рт.ст., присасывающиеся чашечки задерживали на одном месте в течение 1-2 секунд. В ходе рассасывания гематом, вызванных местным вакуумом происходит интенсивный протеолитический процесс, который в значительной степени активизирует регенерацию, уменьшает воспаление в тканях периодонта. Кроме того, вместо разрушенных вакуумом капилляров включаются ранее бездействовавшие. Такое своеобразное обновление периферического кровообращения в значительной степени улучшает кровоснабжение тканей. Все это создает условия для быстрого купирования воспалительного процесса.

2. Дарсонвализация: Аппарат «Искра-1». Для купирования постпломбировочных болей рекомендовано проводить от 4 до 6 процедур, время воздействия на периапикальные ткани по 3 мин. на вестибулярной и оральной поверхностях, при силе тока до 15 мкА. Действующим фактором при дарсонвализации является искровой разряд, возникающий между электродом и телом больного, изменяющийся по интенсивности от слабого до оказывающего раздражение на слизистую оболочку. Физиологическое действие дарсонвализации заключается в раздражении нервных рецепторов слизистой оболочки, а рефлекторная местная физиологическая реакция выражается в расширении сосудов, повышении тонуса сосудистых стенок, улучшении трофики тканей, в болеутоляющем и антисептическом эффекте.

3. Лазеротерапия: Аппарат «Оптодан АЛСТ-01». Методика заключается в следующем: на область периапикальной ткани проводили облучение лазерным светом, используя частотный режим 1, с экспозицией 2

минуты со стороны щеки (снаружи) на проекцию верхушки корня зуба. Рекомендовано проводить 5–7 процедур ежедневно. Физиологическое действие заключается в низкоинтенсивном излучении инфракрасной области спектра, импульсного режима излучения лазера на определенных частотах, что обеспечивает эффект клеточно-системного резонанса. Обладает выраженным противовоспалительным, противоотечным и обезболивающим действием, улучшает микроциркуляцию, понижает проницаемость сосудистых стенок, обладает тромболитическим действием, снижает патогенность болезнетворной микрофлоры. Глубина проникновения лазерного излучения в мягкие ткани до 7 сантиметров, в костные ткани до 3 сантиметров соответственно.

Под наблюдением находилось 80 пациентов (48 мужчин и 32 женщины в возрасте от 20–55 лет), которым вылечено 92 зуба по поводу хронического периодонтита (фиброзный – 60, гранулематозный – 14, гранулирующий – 18). Пломбирование корневых каналов проводили с использованием гуттаперчевых штифтов методом латерального уплотнения, в качестве силера использовали (Гуттасилер, Эндометазон, АН-plus) в 20% случаев применяли (термофил). Корневые каналы пациентов исследуемой группы были запломбированы равномерно на всем протяжении до апикального отверстия. Не значительное выведение силера наблюдали в 5% случаев.

После пломбирования зубов на следующие сутки применяли вакуум-дарсонвализацию и лазеротерапию вышеперечисленными методами.

Для контроля нами было проведено лечение такого же количества зубов с использованием таких же методик пломбирования корневых каналов. Физиотерапевтические методы лечения в данной группе не применяли. В группу исследования входили только пациенты с осложнениями в виде постпломбировочных болей или возникшей воспалительной реакции в периапикальных тканях.

Результаты исследования. Согласно полученным нами данным, в 68% случаев после применения физиотерапевтических методов лечения

отмечалось купирование постпломбировочных болей на следующие сутки, в 32% положительную динамику наблюдали после 2–3 сеанса физиотерапии.

У пациентов контрольной группы, которым не применяли методы физиотерапевтического лечения, проявления боли после пломбирования корневых каналов прошли самостоятельно или с помощью противомикробных (цефалоспорины) и антигистаминных средств на 5–7 сутки после лечения. В этой же группе наблюдения в 4 - х зубах, леченных по поводу гранулематозного периодонтита, была произведена резекция верхушки корня, три зуба пришлось удалить.

Через 6–8 месяцев провели повторное обследование в двух группах наблюдения. Полученные результаты схематически отображены в процентном соотношении изменений костной ткани периапикальной области запломбированных зубов (рис. 1).

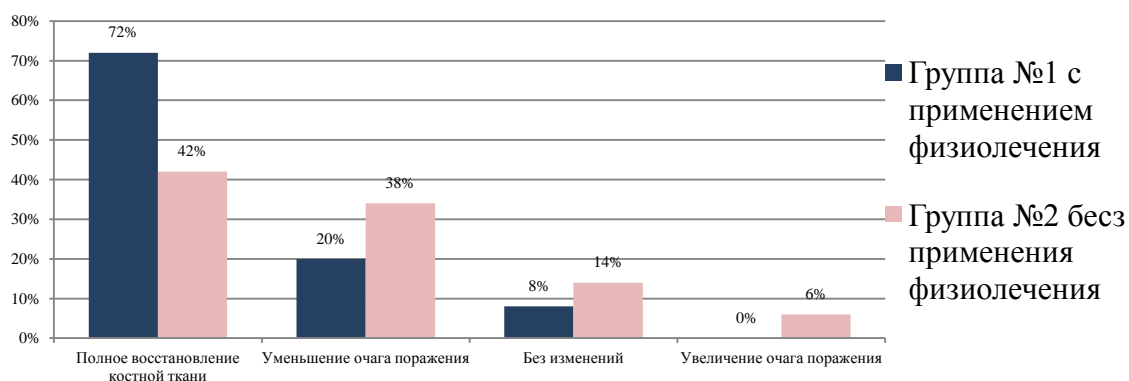


Рис. 1. Динамика показателей изменения костной ткани периапикальной области (%)

При лечении зубов с применением вакуум – дарсонвализации и лазеротерапии полное восстановление костной ткани в периапикальной области запломбированных зубов наступила в 66 (72%) случаях, уменьшение очага деструкции костной ткани наблюдали в 19 (20%) случаях, без изменений в 7 (8%) случаях. Увеличение очага поражения не выявлено ни в одном случае, в отличие от контрольной группы, где таких пациентов было 6 (6%).

Полное восстановление костной ткани ранее пролеченных зубов контрольной группы было значительно меньше 38 (42%), уменьшение очага поражения наблюдали в 35 (38%) случаях, без изменений в 13 (14%) случаях.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что вакуум-дарсонвализация и применение лазера в лечении верхушечного периодонтита предотвращает обострение в постпломбировочном периоде, а также значительно сокращает сроки регенерации. Это позволяет рекомендовать приведенные выше способы физиотерапии при лечении хронических периодонтитов.

Список литературы

1. Ефанов О.И., Джафарова А.Д. Физиотерапия периодонтита: метод. пособие. М., 1982. 24 с.
2. Прохончуков А.А., Жижина Н.А. Универсальный лазерный аппарат нового поколения «Оптодан» для физио-, магнито-, и рефлексотерапии стоматологических заболеваний // Стоматология. 2000. № 2. С. 45–49.
3. Прохончуков А.А. Лазер – стоматолог и косметолог // Медицинская помощь. 2002. № 3. С. 36–38.

Сведения об авторах

Евдокимова Ольга Анатольевна, Канская межрайонная стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663600, Канск, ул. Каландарашвили 45-А; e-mail: 2017qwewwe@mail.ru.

Ермухометов Сергей Николаевич, Канская межрайонная стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663600, Канск, ул. Каландарашвили 45-А; e-mail: Ермухометовs@mail.ru.

Родина Ирина Владиславовна, Канская межрайонная стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663600, Канск, ул. Каландарашвили 45-А; e-mail: ira_rodina99@mail.ru.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ МИНЕРАЛЬНОГО ТРИОКСИДНОГО АГРЕГАТА ПРИ ПОВТОРНОМ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

*Елефтериади Лилия Лазаревна, Нижегородова Ольга Викторовна,
Сыроватко Любовь Николаевна*

*Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 2,
Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. В статье проведена оценка эффективности повторного эндодонтического лечения материалами на основе минерального триоксидного агрегата, сравнение рентгенологических показателей в динамике: до лечения и через 6 месяцев. Описаны преимущества работы данными материалами.

Ключевые слова: минеральный триоксидный агрегат (МТА), герметизация, цементогенез, биосовместимость.

Актуальность. С необходимостью повторного эндодонтического лечения мы сталкиваемся в своей клинической работе практически каждый день. Так же часто возникает необходимость в герметизации перфорационных дефектов в области дна полости зуба, фуркаций корней, закрытие боковых перфораций и продольных протираний корней, герметизации при внутренней и наружной резорбции корней, ретроградным пломбированием после резекции верхушки корня.

Наличие обширных очагов деструкции костной ткани в периапикальной области часто сочетается с наружной резорбцией апикальной части корня, что диктует определенные требования к пломбировочному материалу для повторного эндодонтического лечения [1].

При проведении повторного эндодонтического лечения зубов в качестве лечебной повязки многими исследователя рекомендуется использовать «Кальсепт», материал на основе гидроксида кальция ($\text{Ca}(\text{OH})_2$),

данный препарат оказывает как антибактериальное, так и остеотропное действие [2]. Повязку рекомендуют накладывать сроком на 2 недели с заменой на новую порцию каждую неделю. Для постоянной obturации апикального отверстия в последующем целесообразно применять материалы на основе минерал триоксид агрегата.

В настоящее время на стоматологическом рынке представлена достаточно обширная линейка материалов на основе минерального триоксидного агрегата. Для obturации апикальных отверстий в нашем исследовании мы применяли канал МТА («Омега-дент»).

Основу материала составляет портланл-цемент (75% весового содержания МТА), который представляет собой смесь силикатов кальция, в основном, трикальций силиката 3CaO-SiO_2 , а также кальций содержащих соединений железа и алюминия (трикальций алюмината $3\text{CaO-Al}_2\text{O}_3$, тетракальций алюмоферрита $4\text{CaO-Al}_2\text{O}_3\text{-Fe}_2\text{O}_3$) и гидратированного сульфата кальция или гипса, оксид висмута введен для рентгеноконтрастности [3].

Идеальный реставрационный материал в эндодонтии должен отвечать следующим требованиям:

Герметизирующие свойства. Надежная краевая герметизация - один из ключевых факторов клинического успеха. Поскольку предотвращает миграцию инфекционных раздражителей из корневых каналов в периодонт. Препарат МТА обладает высокой герметизирующей способностью.

Биологическая совместимость. Установлена высокая биосовместимость МТА, данный препарат не вызывает хронического воспаления в окружающих тканях, так же он активизирует синтетическую активность клеток, на его поверхности может происходить цементогенез. Образование слоя корневого цемента удачно применяется при закрытии перфораций и резорбций корней. Биосовместимость к тканям пульпы позволяет успешно применять МТА для прямого покрытия пульпы.

Удобство в работе. Материал удобен в работе, так как обладает высокой толерантностью к влаге.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности повторного эндодонтического лечения на основании данных рентгенологической картины через 6 месяцев в динамике и отсутствие субъективных жалоб после лечения.

Материалы и методы исследования: для исследования в группу сравнения были отобраны пациенты, обратившиеся в поликлинику КГАУЗ «КГСП №2» которым в результате обследования был поставлен диагноз «К 04.5 Хронический апикальный периодонтит». Пациенты нуждались в проведении повторного эндодонтического лечения. Нами было проведено распломбировывание корневых каналов зубов. Этап механической обработки корневых каналов проводили ручными инструментами с применением геля «Эдеталь» и промыванием 5,25% раствором гипохлорита натрия. После проведения необходимой подготовки каналов мы применяли временное пломбирование материалом «Кальсепт» на 7 дней с заменой на свежую порцию через неделю. В следующий прием мы проводили закрытие апикальных отверстий материалом МТА. Закрытие проводили плаггерами Машту под контролем апекслокатора «Раурех 6». Обтурацию старались проводить в «зеленой», «желтой» зоне показаний монитора апекслокатора, закрывая в области физиологической верхушки не доходя примерно 1–1,5 мм от апекса, без выведения материала за апикальное отверстие, после обтурации плаггер останавливался в «синей» зоне.

На следующий прием проводили пломбирование свободной части канала методом латеральной конденсации гуттаперчи с обязательным выполнением контрольного рентгенологического снимка после лечения, мониторинг субъективных ощущений пациента. Повторное рентгенологическое исследование назначали через 6 месяцев.

Результаты исследования. Для наглядного описания результатов приведем в пример три клинических случая.

В первом клиническом случае обратилась к нам в поликлинику пациентка П. А. Е., 28 лет. На рентгенограмме 46 зуба до лечения обнаружена не полноценная obturация корневых каналов и обширный периапикальный очаг деструкции костной ткани, без четких границ (рис. 1 а). Нами было проведено лечение по описанной ранее схеме (рис. 1 б). На контрольной рентгенограмме через 6 месяцев мы наблюдаем восстановление костной ткани и образование костных балок в области деструкции костной ткани (рис. 1 в). Субъективных ощущений на боли за данный период пациентка не предъявляла.

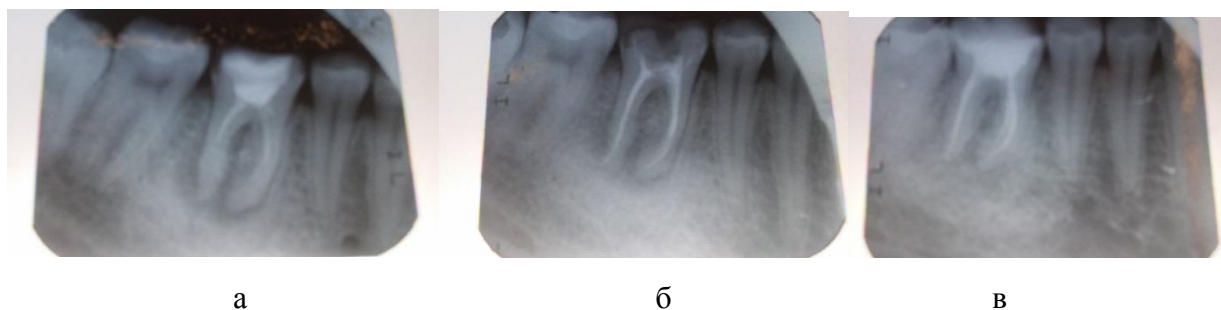


Рис. 1. Рентгенологические этапы лечения: а – до лечения; б – сразу после проведенного лечения; в – контроль лечения через 6 месяцев

Во втором клиническом случае – пациентка П. Я. А., 25 года, на предварительной рентгенограмме 47 зуба пломбировочный материал определяется в каналах штрихами, в области верхушек корней очаг разряжения костной ткани, без четких границ (рис. 2 а). Нами проведено повторное эндодонтическое лечение по описанной ранее схеме (рис. 2 б). На контрольной рентгенограмме через 6 месяцев мы наблюдаем положительную динамику, образование костных балок в области деструкции костной ткани, значительное уменьшение очага деструкции (рис. 2 в). Субъективных ощущений на боли за данный период пациентка не предъявляла.



Рис. 2. Рентгенологические этапы лечения: а – до лечения; б – сразу после проведенного лечения; в – контроль лечения через 6 месяцев

В третьем клиническом случае, к нам обратился пациент Е. А. С., 31 год. Жалобы на систематически возникающие боли в области 26 зуба, частые обострения от 26 зуба. Данному пациенту ранее уже проводилось повторное эндодонтическое лечение методом латеральной конденсации гуттаперчи (выявлено при распломбировывании каналов), но эпизодические боли в зимний период наблюдались практически каждый месяц. Два раза за зимний период 2017-2018 гг. была проведена периостотомия, по поводу обострения периодонтита 26 зуба. Пациенту было предложено стоматологами-хирургами удаление 26 зуба.

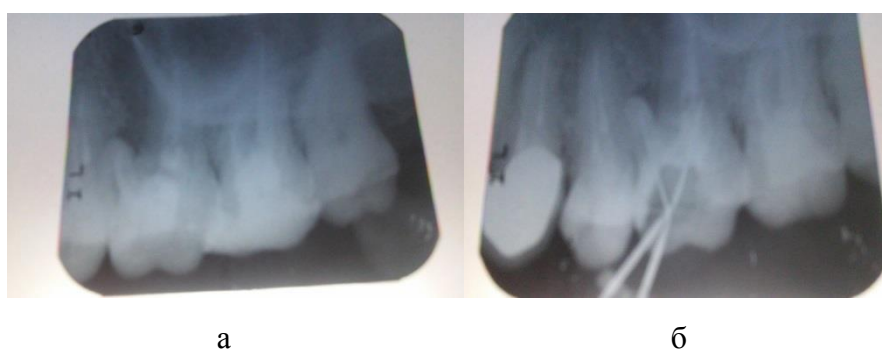


Рис. 3 Этапы повторного эндодонтического лечения: а – до лечения; б – на этапе распломбирования корневых каналов. Отмечается воспалительная резорбция верхушек щечных каналов

На предварительной рентгенограмме в каналах определяется пломбировочный материал, деструкция костной ткани в области медиального

и дистального щечных корней, без четких границ, резорбция апексов щечных корней, деструкция костной ткани в области вершины небного корня округлой формы (рис. 3 а, б). На рентгенограмме левой верхнечелюстной пазухи изменений не выявлено.

На представленной пациентом рентгенограмме ранее проведенного повторного эндодонтического лечения отсутствует герметичное закрытие вершечек корневых каналов 26 зуба, вследствие их резорбции и не возможности создания апикального упора. Также наблюдается обширное выведение силлера за апикальное отверстие (рис.3 в).



Рис.3 в – ранее проведенное повторное эндодонтическое лечение

На следующей рентгенограмме, за счет активного воспалительного процесса в периапикальных тканях следы выведенного материала не определяются. От удаления зуба пациент категорически отказался. Нами было проведено повторное эндодонтическое лечение по описанной ранее схеме, закрытие резорбированных вершечек материалом МТА.

На контрольной рентгенограмме после лечения определяется полная obturация корневых каналов, без выведения силлера за апикальные отверстия, за счет закрытия вершечек корней зуба материалом МТА (рис. 3 г).



Рис. 3 г – сразу после повторного пломбирования каналов

На контрольной рентгенограмме через 6 месяцев отмечается выраженная положительная динамика, закрытие очагов деструкции в области верхушек щечных корней, отсутствие расширения периодонтальной щели, уменьшение размеров деструкции костной ткани и увеличение плотности костной ткани в области верхушки небного корня (рис. 3 д). За 6 месяцев отсутствуют рентгенологические признаки растворения материала, в области апикальной obturации.



Рис. 3 д – контроль лечения через 6 месяцев

Субъективно пациент не отмечает ни одного эпизода боли в области 26 зуба за весь зимний период 2018–2019 гг., не наблюдалось также обострения в виде периостита. Рекомендовано повторное рентгенографическое исследование через 6 месяцев.

Заключение. Полученные данные позволяют говорить об эффективности применения материалов на основе минерального триоксидного агрегата при повторном эндодонтическом лечении обширных

очагов деструкции, не говоря уже об успешном применении данного материала в других клинических случаях. За счет толерантности к влажной среде, отсутствия рассасывания материала, мы можем добиться герметичного закрытия верхушек корней зубов любого диаметра (через 24 часа наблюдали закрытие верхушек корней на подобии «каменного»). Материалы на основе МТА имеют высокую щелочность, за счет выделения гидроксида кальция, что обеспечивает дополнительную стерилизацию канала, обеспечивает стимуляцию остеогенеза и восстановление очагов деструкции. Цементобразование дает возможность для закрытия резорбций в области верхушек корней.

Мы считаем, что применение данных материалов в практической эндодонтии, значительно расширяют возможности надежной obturации корневых каналов и дефектов твердых тканей зубов. А значит, мы можем добиться сохранения большего количества зубов.

Список литературы

1. Ламли Ф., Адамс Н., Томсон Ф. Практическая клиническая эндодонтия. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 128 с.
2. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. 9-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 928 с.
3. Соловьева Д.М. Минеральный триоксидный агрегат [Электронный ресурс] // Стоматолог. 2003. № 8. URL: http://www.provisor.com.ua/100matolog/archive/2003/10/art_45.htm (дата обращения: 12.03.2019).
4. Трауп М., Дебелян Д. Руководство по эндодонтии для стоматологов общей практики. М.: Азбука, 2005. 70 с.

Сведения об авторах

Елефтериади Лилия Лазаревна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 2; адрес: Российская Федерация, 660075, Красноярск, ул. Железнодорожников д. 26; e-mail: kremlinstars@mail.ru.

Нижегородова Ольга Викторовна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 2; адрес: Российская Федерация, 660075, Красноярск, ул. Железнодорожников д. 26; e-mail: nizheolga@yandex.ru.

Сыроватко Любовь Николаевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 2; адрес: Российская Федерация, 660075, Красноярск, ул. Железнодорожников д. 26; e-mail: s.l.n@bk.ru.

УДК 616.314-089.843

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АБАТМЕНТОВ В СИСТЕМЕ ИМПЛАНТАТОВ ANKYLOS C/X

Ермак Евгений Юрьевич, Хохлов Анатолий Михайлович, Кудрявцев Валерий Викторович, Павлюченко Сергей Михайлович, Попкова Вера Анатольевна

Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 5, Красноярск, Российская Федерация

Резюме. В статье дается анализ применяемых в клинической практике методик изготовления зубных протезов с опорой на имплантатах, их достоинства и недостатки, а также клинические примеры работ с различными типами абатментов системы Ankylos (Friadend/Dentsply).

Ключевые слова: имплантаты, несъемные протезы, винтовая фиксация, цементная фиксация, периимплантит, абатмент.

Актуальность. В последнее время имплантаты стали неотъемлемой частью стоматологии и значительно расширили спектр ортопедических возможностей [11]. Во многих случаях вместо изготовления традиционных съемных протезов пациенту могут быть изготовлены мостовидные протезы с опорой на имплантаты [4]. Новые технологии и материалы, используемые в стоматологии, позволяют удовлетворить функциональные и косметические требования большинства пациентов с наименьшими временными затратами [2].

Типу соединения «имплантат-абатмент» отводится определяющая роль в долгосрочном функционировании протезов с опорой на имплантаты [3]. Все большее число практикующих стоматологов-имплантологов отдают предпочтение винтовой фиксации протезов [8]. Это связано с несколькими факторами. Первый из них – отсутствие раздражающего влияния фиксирующего цемента на окружающие абатмент мягкие ткани [6]. Доказано, что развитие периимплантита во многих случаях связано с наличием остатков цемента в недоступной для обзора части абатмента [10]. Остаточный цемент способствует накоплению на его поверхности патогенной микрофлоры и развитию перманентного воспалительного процесса, который в достаточно большом проценте ситуаций приводит к переходу воспаления от мягких тканей к кости, окружающей имплантат [9]. Вторым фактором преимущества винтовой фиксации является возможность легко снять протез в случае необходимости, в не зависимости от материала протеза и его протяженности [7]. Как показали отдаленные результаты, процент выживаемости имплантатов напрямую зависит от уровня гигиены вокруг абатментов [5], в том числе профессиональной [1].

В используемой нами системе имплантатов ANKYLOS C/X производства Dentsply (Германия) предусмотрено несколько возможностей для изготовления протезов с винтовой системой фиксации. В зависимости от конкретной клинической ситуации врач совместно с зубным техником выбирают типы абатментов, которые могут позволить выполнить протезирование на имплантатах с соблюдением высочайших эстетических и функциональных требований, и в то же время иметь возможность снять протез для проведения гигиенических мероприятий или починки и коррекции.

Ниже приводим клинические примеры работ на имплантатах системы «ANKYLOS C/X» с использованием различных типов абатментов (рис.1, 2).



Рис. 1. Абатменты Ankylos Balance Base в области 12, 22; абатмент Ankylos Regular C/X в области 13 на модели верхней челюсти



Рис. 2. Металлокерамический мостовидный протез с цементным типом фиксации коронки на 13 и винтовой фиксацией к абатментам Balance Base на 12 и 22

В данной работе наряду с высокой эстетикой обеспечена возможность достаточно легко снять мостовидный протез в случае возникновения такой необходимости. Для этого требуется лишь убрать временные пломбы и тефлоновую ленту, которые закрывают шахты окклюзионных винтов, и выкрутить винты. Для фиксации коронки к абатменту Regular C/X мы использовали специальный цемент для фиксации с абатментами имплантатов Telio CS Cem Implant (Ivoclar Vivadent), поэтому извлечение протеза и его повторная фиксация не вызывали сложностей.

В следующем клиническом случае для создания винтовой конструкции на верхней челюсти пришлось прибегнуть к комбинированному использованию абатментов трех типов: стандартные фрезеруемые абатменты Ankylos Regular C/X, абатменты для винтовой фиксации Ankylos Balance Base и индивидуальный циркониевый абатмент на титановом основании Ankylos Titanium Base (рис. 3).



Рис. 3. Абатменты Ankylos различных типов на модели верхней челюсти

К такому выбору подвела исходная ситуация в виде 7 имплантатов Ankylos C/X, установленных на беззубой верхней челюсти в местах, где имелась костная ткань. Направление осей этих имплантатов не позволяло выполнить несъемную конструкцию протеза, полностью удовлетворявшую высоким эстетическим запросам пациента. Поэтому было решено на тех имплантатах, которые стояли относительно параллельно друг другу, использовать абатменты для винтовой фиксации Ankylos Balance Base. На оставшиеся опоры решено было применить стандартные абатменты для цементной фиксации, позволяющие благодаря фрезерованию добиться пассивного наложения каркаса протеза. Индивидуальный циркониевый абатмент, вклеиваемый к титановому основанию Ankylos Titanium Base, был

использован по эстетическим соображениям, так как вокруг этого имплантата был незначительный объем мягких тканей.



Рис. 4. Каркас несъемного протеза из фрезерованного оксида циркония с искусственной десной



Рис. 5. Коронки из керамики e.MAXPRESS установлены на каркасе из фрезерованного оксида циркония на модели верхней челюсти

На нижней челюсти у этого же пациента мы изготовили несъемные протезы из оксида циркония, которые были фрезерованы в анатомию (рис. 4, 5). Также были использованы три типа абатментов (Ankylos Regular C/X, Ankylos Balance Base и титановые основания Ankylos Titanium Base). Это позволило нам сделать конструкции с винтовой фиксацией (рис.6–8), тем

самым исключить раздражающее действие цемента на окружающие имплантаты мягкие ткани.

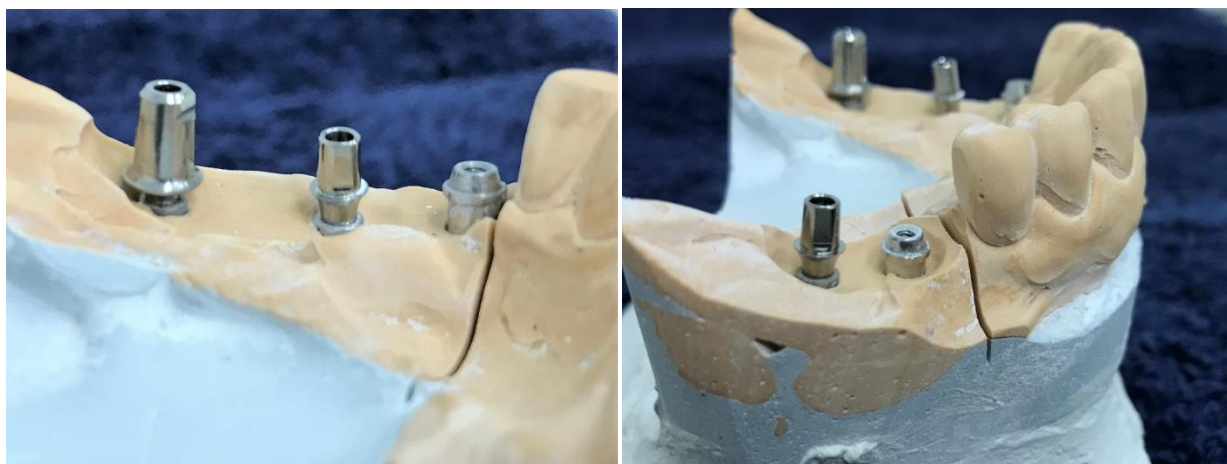


Рис. 6. Абатменты Ankylos различных типов на модели нижней челюсти



Рис. 7. Несъёмные протезы из оксида циркония с винтовой фиксацией на нижнюю челюсть с опорами на имплантатах на модели



Рис. 8. Вид протеза на верхнюю челюсть в полости рта

Заключение. Таким образом, использование различных типов абатментов, имеющихся в линейке системы ANKYLOS C/X, отличающихся по типу соединения, как с имплантатом, так и с протезной конструкцией, позволяет добиться решения самых сложных клинических ситуаций и достигать высоких эстетических и функциональных результатов.

Список литературы

1. Буляков Р.Т., Гуляева О.А., Чемикосова Т.С. Опыт применения аквакинетического метода для лечения периимплантита // Хирургическая стоматология и имплантология. 2012. № 4. С. 24–28.
2. Давидян А.Л., Мяскивкер И. Новый протокол немедленного временного и окончательного протезирования на имплантатах // PerioiQ. 2013. Вып. 24. С. 171–185.
3. Купер Л., Ресайд Г., Стэнфорд К., Барваш К. Многоцентровое рандомизированное сравнительное исследование имплантатов с различными типами соединения с абатментами при протезировании одиночных отсутствующих зубов в переднем отделе верхней челюсти // PerioiQ. 2015. Вып. 26. С. 180–200.

4. Мелони С.М., Рио Д., Пизано М., Туллио Т. Сравнительная оценка немедленного и отсроченного протезирования на имплантатах для замещения одиночных моляров нижней челюсти. Результаты однолетнего рандомизированного контролируемого исследования // *PerioiQ*. 2013. Вып. 24. С. 114–127.

5. Романос Г., Гаэртнер К., Айдин Э., Нентвиг Г.-Г. Долгосрочные результаты немедленной нагрузки имплантатов с соединением платформ разного диаметра при полном восстановлении зубных рядов у курильщиков в сравнении с некурящими // *PerioiQ*. 2013. Вып. 24. С. 57–66.

6. Хан Х.-Д., Ким С., Хан Д.-Х. Многофакторная оценка осложнений имплантации: 19-летнее ретроспективное исследование // *PerioiQ*. 2014. Вып. 25. С. 29–43.

7. Юдин Л.П., Юдин П.С. Предоперационное планирование дентальной имплантации с помощью программного обеспечения SimPlant // *Российский вестник дентальной имплантологии*. 2012. № 1 (25). С. 14–21.

8. Bobia F., Pop R.V. Periimplantitis. Aetiology, diagnosis, treatment. A review from the literature // *Curr. Health Sci. J*. 2010. № 3 (36). P. 171–175.

9. Gruner H. Характеристика поверхности шейки имплантата и убывание маргинальной кости // *Новое в стоматологии*. 2017. № 3 (223). С. 60–61.

10. Levine R., Present S. Методики контроля остатков цемента вокруг конструкций, опирающихся на имплантаты. Снижение риска периимплантита // *Новое в стоматологии*. 2015. № 1 (205). С. 15–18.

11. Neugebauer J., Kistler S., Kistler F., Nickenig H. J., Zoller J. E. Минимально инвазивное лечение с использованием имплантатов различных типов // *Новое в стоматологии*. 2017. № 4 (224). С. 60–66.

Сведения об авторах

Ермак Евгений Юрьевич, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №5; адрес: Российская Федерация, 660111, г. Красноярск, пр. Ульяновский, д. 26; тел. +7(391)2247607; e-mail: ermak_stom@mail.ru.

Хохлов Анатолий Михайлович, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №5; адрес: Российская Федерация, 660111, г. Красноярск, пр. Ульяновский, д. 26; тел. +7(391)2248452; e-mail: vera1984@list.ru.

Кудрявцев Валерий Викторович, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №5; адрес: Российская Федерация, 660111, г. Красноярск, пр. Ульяновский, д. 26; тел. +7(391)2248452; e-mail: marisol82.04@mail.ru.

Павлюченко Сергей Михайлович, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №5; адрес: Российская Федерация, 660111, г. Красноярск, пр. Ульяновский, д. 26; тел. +7(391)2248452; e-mail: SERGEY2720601@mail.ru.

Попкова Вера Анатольевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 5; адрес: Российская Федерация, 660111, г. Красноярск, пр. Ульяновский, д. 26; тел. +7(391)2248452; e-mail: vera1984@list.ru.

УДК 616.314.9-089.87-084-053.2

ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ К РАННЕМУ УДАЛЕНИЮ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

*Ерошкина Наталья Анатольевна¹, Пивнёва Елена Дмитриевна¹,
Соколова Ольга Романовна²*

*¹Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1, Красноярск,
Российская Федерация*

*²Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. В статье приведен анализ причин развития осложненного кариеса зубов у детей 2–3 лет, которые привели к удалению временных зубов задолго до их физиологической смены. Наиболее частой причиной, по результатам нашего исследования, стали нарушения продолжительности, режима и характера питания ребенка, которые явились основной причиной развития «бутылочного кариеса». Улучшение качества и организации санитарного просвещения родителей о поведенческих факторах риска развития кариеса зубов позволит уменьшить количество кариозных поражений временных резцов у детей раннего возраста.

Ключевые слова: дети, кариес зубов, временные зубы, «бутылочный кариес», гигиена, факторы риска.

Актуальность. Высокая стоматологическая заболеваемость детского населения является одной из актуальных проблем здравоохранения Российской Федерации. Так по данным литературы [1] распространенность кариеса временных зубов среди 6-летних детей России составляет 84% при средней интенсивности – 4,83. Высокие показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов среди детского населения зарегистрированы в городе Красноярске [2].

Поражение зубов кариесом начинается в раннем детском возрасте и быстро прогрессирует. Распространенность кариеса зубов среди детского населения России настолько велика, что практически каждый ребенок уже в возрасте трех лет имеет в полости рта от двух до четырех зубов, пораженных кариесом [3]. Развитие кариеса временных зубов у детей раннего возраста с момента прорезывания первого зуба и до 3-х лет, авторы [4, 5] относят к «бутылочному кариесу», термин, который, в определенной степени, отражает возраст, в котором возникает заболевание, пути его возникновения и характер поражения зубов. Риск развития данной патологии прямо пропорционален продолжительности грудного или бутылочного вскармливания ребенка. В развитии «бутылочного кариеса» важная роль принадлежит нарушению режима питания ребенка раннего возраста и низкому уровню гигиены полости рта. В большей степени ему подвержены дети, получающие естественное или искусственное вскармливание «по требованию». При этом особенно негативно влияют на состояние временных зубов ночные кормления ребенка [5]. Поражение временных зубов кариесом развивается быстро и протекает агрессивно, что приводит к осложнению кариеса, к значительному разрушению твердых тканей, когда уже невозможно сохранить зуб. Опасно и то, что воспалительный процесс может распространиться на окружающие ткани челюстно-лицевой области. Итогом

этого является удаление зуба. Раннее удаление временных зубов нарушает процессы роста и развития зубочелюстной системы, что может привести к возникновению вторичных деформаций, патологии развития зубных дуг и челюстей. Изменения, которые наблюдаются при разрушении коронок отдельных зубов, ранней утрате временных зубов, приводящие к нарушению формы зубных рядов и аномалии окклюзии в дальнейшем потребуют дорогостоящей стоматологической ортодонтической помощи. Поэтому, важно обеспечить сохранность временных зубов до их физиологической смены [6, 7].

Цель исследования: выявить основные факторы риска, приведшие к раннему удалению временных зубов у детей 2–3 лет, обратившихся за стоматологической помощью с целью их коррекции.

Материалы и методы исследования: В отделении детской стоматологии КГАУЗ «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1» проведен стоматологический осмотр 72 детей в возрасте от двух до трех лет и интервьюирование родителей, сопровождавших детей на прием к стоматологу, по результатам которого был заполнен разработанный нами опросник. Всего было опрошено 72 человека.

В ходе осмотра детей оценивалась распространенность и интенсивность кариеса зубов. При осмотре полости рта отмечалось количество пораженных временных зубов, наличие кариозных полостей и пломб, их локализация, наличие мягкого зубного налета, дисколорит твердых тканей зуба, состояние слизистой оболочки полости рта. Обследование проводилось с помощью типового набора стоматологических инструментов. Методом зондирования оценивалась глубина кариозной полости, плотность и чувствительность дентина, сообщение с полостью зуба, горизонтальная и вертикальная перкуссии проводились тупым концом стоматологического инструмента. Гигиеническое состояние полости рта ребенка определяли визуально, используя Индекс для оценки зубного налета у детей раннего

возраста (Э. М. Кузьмина, 2000): есть зубной налет или нет зубного налета в силу того, что дети 2–3 лет мало контактны.

Полученные данные клинического исследования заносились в индивидуальную амбулаторную карту стоматологического больного. В медицинской карте также фиксировали сведения о наличии и перенесенной ранее соматической патологии.

В ходе интервьюирования перед сопровождавшими детей родителями ставились вопросы: о длительности и режиме грудного вскармливания, введении прикорма, режиме и характере питания, уходе за полостью рта ребенка.

Результаты исследования. По результатам осмотра полости рта детей определен стоматологический статус. В группе исследования были дети с формирующимся и сформированным временным прикусом. Распространенность кариеса зубов в группе обследования – 100%. Среднее значение интенсивности кариеса зубов по индексу кп в группе составила – 6,33, что мы расцениваем как высокий уровень интенсивности. Наиболее часто в данной возрастной группе было отмечено поражение верхних центральных и боковых резцов. Причиной развития данного поражения явился «бутылочный кариес», что подтверждает локализация процесса разрушения твердых тканей зуба в пришеечной области. Реже отмечалось поражение первых малых коренных зубов.

У 24 (33,3%) пациентов определялись показания к раннему удалению 44 временных зубов. Показания к удалению зубов у детей были связаны с хроническим воспалением и обострением хронического воспаления в тканях периодонта или с полным разрушением коронковой части зуба на фоне осложненного кариеса.

В процессе стоматологического приема, в беседах с родителями выясняли причины, приведшие к развитию кариеса и его осложнений, что явилось причиной удаления временных зубов задолго до их физиологической смены (табл. 1).

Таблица 1

Диагностированные факторы риска развития кариеса зубов (абс., %)

Факторы риска	абс. (%) n=72
Длительное, бесконтрольное грудное вскармливание	51 (70,8)
Нарушение режима питания	54 (75,0)
Отсутствие регулярного ухода за полостью рта	27 (37,5)
Употребление сладкой пищи и напитков	56 (77,8)

Ведущей причиной кариеса и его осложнений, и, как следствие, раннего удаления временных зубов, по результатам нашего исследования, явилось употребление сладкой еды и напитков. Наиболее ярко эта причина была выражена у детей с нарушением режима питания – употребление сладких напитков в ночное время, которое вызывает развитие «бутылочного кариеса». Из 72 опрошенных 56 человек кормят своих детей сладостями (конфеты, шоколад, кондитерские изделия) и дают пить в ночное время сладкие напитки (компоты, соки, морсы). Нарушение режима питания – бесконтрольные перекусы между основными приемами пищи в течение дня – отметили 75,0% человек, сопровождавших детей. Родители не расценивают данные продукты и режим питания и как основную причину раннего развития кариеса зубов у детей. С течением времени ситуация только усугубляется, так как многие родители ошибочно полагают, что лечить временные зубы необязательно.

Следующей по частоте встречаемости и являющейся важной, по нашему мнению причиной, является длительное грудное вскармливание (бесконтрольное), особенно в ночное время. В группе обследования 70,8% детей получали грудное вскармливание по требованию, в том числе и в ночное время длительно. По рекомендациям педиатров в период от года до полутора лет ребенок должен быть отучен от кормления грудью ночью. В более поздний период кроме физической зависимости у ребенка возникает

еще и психологическая зависимость. В этом случае отучить ребенка от грудного вскармливания будет еще труднее.

Также была проведена оценка ведущей, с современной точки зрения причины развития кариеса зубов – наличие зубного налета. У 45,8% обследованных детей при осмотре был выявлен зубной налет на поверхностях коронок зубов, что расценено нами как банальный плохой уход за полостью рта, нарушение качества чистки зубов, а то и вообще ее отсутствие. Плохая гигиена полости рта была зарегистрирована у 33 (45,8%) обследованных детей. По данным опроса 37,5% родителей отметили отсутствие регулярного ухода за полостью у своих детей, что не в полной мере соответствует данным объективного исследования наличия зубного налета.

У детей группы исследования, которые имели показания к раннему удалению зубов, дополнительно был проведен анализ медицинской карты стоматологического больного. В 93,1% случаев пациенты ранее не обращались за стоматологической помощью по поводу зубов, имеющих показания к удалению. Среди пациентов были дети с незавершенной санацией полости рта и дети, которые ранее за стоматологической помощью не обращались. В 6,9% случаев по поводу зубов, имеющих показания к удалению, пациенты ранее обращались за стоматологической помощью, но по разным причинам лечение не было завершено. Лечение кариеса зубов и его осложнений у детей раннего возраста представляет значительные трудности для медицинского персонала, создает психотравмирующую ситуацию, как для ребенка, так и для его родителей.

Заключение. Проведенное исследование выявило, что основные факторы риска развития заболеваний, которые привели к раннему удалению временных зубов у детей 2–3 лет, связаны с ошибками в качестве, характере и режиме питания ребенка. Родители недооценивают роль важности организации правильного питания в развитии стоматологической патологии

детей. Отсутствие регулярного ухода за полостью рта ребенка, важный, но менее значимый фактор.

По результатам исследования сделан вывод, что проблема раннего удаления временных зубов у детей связана с поведенческими факторами риска, формирующимися в семье, что призывает улучшить санитарно-просветительную работу с родителями для мотивации к здоровому образу жизни, формированию правильных привычек, культуре питания и уходу за полостью рта детей.

Список литературы

1. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании / под ред. Э.М. Кузьминой. М.: МГМСУ, 2009. 236 с.

2. Буянкина Р.Г., Соколова О.Р., Дерр М.Я., Мальчикова Е.М., Горячкина Т.А. Стоматологический статус детей г. Красноярска в современных условиях // Здоровье семьи - 21 век. 2014. № 1. С. 25–35.

3. Кузьмина Э.М. Современные принципы профилактики стоматологических заболеваний // Стоматология сегодня. 2005. № 3. С. 36–37.

4. Скарюкина О.С. Влияние характера вскармливания на состояние твердых тканей зубов у детей раннего возраста // Системная интеграция в здравоохранении, 2013. № 4 (22). С. 4–8.

5. Лозовицкая И.Н., Стеценко Е.Г. Бутылочный кариес молочных зубов в раннем детском возрасте // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста : сб. науч. статей VI региональная научно-практическая конференция с международным участием по детской стоматологии. Хабаровск, 2016. С. 112–115.

6. Величко Д.О., Иванов И.В. Оценка физиологического развития детей города Тюмени и юга Тюменской области на основе сроков смены

временных зубов. Причины раннего удаления временных зубов // Университетская медицина Урала. 2017. Т. 3, № 2 (9). С. 25–26.

7. Завьялова Т.С. Причины деформации зубных рядов у детей и подростков и их последствия. Обзор литературы // Современная стоматология. 2009. № 5 (49). С. 124.

Сведения об авторах

Ерошкина Наталья Анатольевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Мичурина, д. 2а; тел.: +7 (391) 264-54-29; e-mail: (nata2017tele2@yandex.ru).

Пивнёва Елена Дмитриевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1; адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Мичурина, д. 2а; тел.: +7 (391) 264-54-29; e-mail: (pivneva5213@yandex.ru).

Соколова Ольга Романовна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; (e-mail: olga-sokolova@list.ru).

УДК [616.716.8:617.52]-001-082(571.51)

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

*Кан Иван Владимирович¹, Шульмин Андрей Владимирович², Левенец
Анатолий Александрович², Симонов Андрей Гербертович¹*

¹*Краевая клиническая больница, Красноярск, Российская Федерация*

²*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. Травмы занимают третье место по причинам смертности трудоспособного населения. Пациенты с сочетанной челюстно-лицевой травмой, имеют большое значение, ввиду последствий эстетического характера этой группы пострадавших. Цель исследования: проанализировать структуру и штаты врачей стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых

хирургов в районах Красноярского края и выявить проблемы оказания медицинской помощи пациентам с челюстно-лицевой травмой. Установлено, что в Красноярском крае отмечается дефицит врачей стоматологов-хирургов, особенно челюстно-лицевых хирургов, на всей территории Красноярского края. С 2015 по 2017 гг. отмечается снижение обращаемости пациентов с челюстно-лицевой травмой на 3,9%. В 20-ти районах Красноярского края и в 2-х населенных пункта отсутствуют врачи стоматологи-хирурги. Обращаемость в КГБУЗ «ККБ» из районов, где отсутствуют врачи стоматологи-хирурги выше более чем в 5 раз, в сравнении с другими районами.

Ключевые слова: политравма, сочетанная травма, челюстно-лицевая травма.

Актуальность. Проблема травматизма населения, как в нашей стране, так и за рубежом, определяется тяжелыми социальными, экономическими и медицинскими последствиями [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11]. Среди общей заболеваемости взрослого населения травмы составляют 10% и занимают второе место по числу дней временной утраты трудоспособности [7]. Кроме того, травмы занимают третье место по причинам смертности трудоспособного населения (20-40 лет) [1, 2, 3, 7, 11]. Однако, если смертность от травм считать по годам недожитой жизни, как это делается во многих странах по рекомендации ВОЗ, то в России она превысит таковые показатели от сердечно-сосудистых, онкологических и инфекционных заболеваний вместе взятых [8, 9].

В последние десятилетия характер травм меняется в сторону утяжеления и увеличения количества множественных и сочетанных повреждений [7, 8, 9]. Важное место занимают пациенты с сочетанными челюстно-лицевыми травмами, ввиду последствий эстетического характера этой группы пострадавших [7, 11]. Развитая кровеносная сеть и обильное кровоснабжение данной области способствуют относительно быстрым

процессам консолидации отломков и заживлению ран. Этот фактор диктует поиск возможностей сокращения периода от начала заболевания до начала лечения повреждений челюстно-лицевой области. На наш взгляд, для выполнения этого условия требуется четкая организация и порядок действий каждого из уровней медицинских учреждений, а так же скорости транспортировки таких пострадавших в травматологические центры 1-го уровня.

Красноярский край, в сравнении с другими регионами РФ, имеет наибольшую площадь, протяженность, неодинаковые климатические условия на всей его территории и низкую плотность населения. В этой связи, недостаток квалифицированных стоматологических кадров в отдаленных районах края с одной стороны и продолжительное время доставки пациентов силами санитарной авиации для оказания специализированной медицинской помощи (нередко из-за нелетной погоды) с другой стороны, увеличивают общий срок лечения и реабилитации пострадавших с сочетанными челюстно-лицевыми травмами [6]. Это заставляет нас искать скрытые резервы, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи. Но прежде необходимо понимать возможности и структуру оказания медицинской помощи пациентам с челюстно-лицевой травмой в отдельных районах Красноярского края.

Цель исследования: проанализировать структуру и штаты врачей стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов в районах Красноярского края и выявить проблемы оказания медицинской помощи пациентам с челюстно-лицевой травмой.

Задачи исследования:

1. Изучить оснащенность лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) районы Красноярского края.
2. Изучить кадровый состав врачей стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов в ЛПУ районов Красноярского края.

3. Изучить посещаемость и движение пациентов с травмами челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования: Исследование проведено с использованием статистического и аналитического методов.

Статистический материал был представлен КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр».

В каждом районе Красноярского края выявлены лечебно-профилактические учреждения, которые принимают непосредственное участие в лечении пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой (городские больницы, районные больницы, межрайонные больницы, краевые лечебные учреждения, стоматологические поликлиники).

Из исследования исключены лечебные учреждения, которые, в априори, не оказывают медицинскую помощь пострадавшим с сочетанной челюстно-лицевой травмой, такие как родильные дома, онкологический, противотуберкулезные, наркологические и психо-неврологические диспансеры.

Определен штат врачей стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов ЛПУ в каждом районе Красноярского края.

Выявлена обращаемость, количество пролеченных пациентов с челюстно-лицевой травмой в каждом ЛПУ Красноярского края и определено их движение.

Результаты исследования. На территории Красноярского края расположено более 1748 населенных пунктов, которые объединены в муниципальные образования. Всего в регионе 575 муниципальных образований: 17 – городских округов; 44 – муниципальных района; 27 – городских и 487 – сельских поселений.

Установлено, что на территории Красноярского края имеется 104 ЛПУ, которые могут принимать непосредственное участие в диагностике и лечении пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой, из них 77 стационаров и 27 поликлиник. Среди стационаров 3 больницы краевого

уровня, 17 больниц, 2 филиала и 3 детских больницы межрайонного уровня, 40 больниц районного уровня, 8 больниц городского уровня и 4 участковых больницы.

Среди амбулаторных учреждений в Красноярском крае имеются 13 стоматологических поликлиник, из них 1 учреждение Красноярского государственного медицинского университета, 3 учреждения межрайонного уровня и 9 – городского уровня, и 14 поликлиник общего профиля, из них 3 учреждения межрайонного уровня и 11 – городского уровня, в том числе 2 детских и 12 взрослых поликлиник. В 2 детских поликлиниках и 2 поликлиниках общего профиля в штате имеются врачи стоматологи-хирурги. Таким образом, 17 поликлиник Красноярского края могут быть привлечены, в качестве оказания консультативной и диагностической помощи пострадавшим с сочетанной челюстно-лицевой травмой.

Общее число штатных должностей врачей стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов с каждым годом сокращалось. Так, в 2015 году их было соответственно 158,75 и 9,5 ставок, в 2016 году – 155,25 и 8,5 ставок, в 2017 году – 153,75 и 9,5 ставок. При этом, число занятых должностей врачей стоматологов-хирургов ежегодно уменьшалось: в 2015 году – 155,25 ставки, в 2016 году – 146,75 ставки, в 2017 году – 144 ставки. Число физических лиц (основных сотрудников), занимающих должность врача стоматолога-хирурга и челюстно-лицевого хирурга, практически не изменилось: соответственно 114 и 5 в 2015 году, 118 и 4 в 2016 году и 117 и 6 в 2017 году.

Установлено, что в 2015 году в больницах Балахтинского, Бирилюсского, Боготольского, Канского, Енисейского, Нижнеингашского, районов и Эвенкии, в Лесосибирской межрайонной больнице, в Игарской районной больнице, в больнице поселка Кедровый занимали должности врачей-стоматологов-хирургов совместители, не являющиеся основными сотрудниками этих лечебных учреждений. Кроме того, в 2016 году основными сотрудниками стали врачи в Енисейской и Нижнеингашской

районных больницах, а в 2017 году на постоянное место работы был устроен врач-стоматолог-хирург в Балахтинской районной больнице. Однако в том же году, в Нижнеингашском районе стоматолог был переведен в совместители. Вместе с тем, в Боготольском и Уярском районах с 2016 года были ликвидированы ставки врачей-стоматологов-хирургов, что может быть связано с отсутствием специалистов.

Выявлено, что в 37 больницах по всему Красноярскому краю, в том числе в городе Красноярск, отсутствуют ставки врачей-стоматологов-хирургов или челюстно-лицевых хирургов, при этом 20 районов края (Абанский, Большемуртинский, Большеулуйский, Емельяновский, Ермаковский, Ирбейский, Казачинский, Каратузский, Козульский, Краснотуранский, Курагинский, Манский, Мотыгинский, Партизанский, Пировский, Рыбинский, Северо-Енисейский, Сухобузимский, Тюхтетский, Ужурский районы) и 2-х населенных пунктах (г. Бородино, пгт Солнечный) с 2015 по 2017 гг. вообще не оказывалась хирургическая стоматологическая помощь. В поселке городского типа Кедровый Емельяновского района ставка стоматолога-хирурга введена только с 2016 года.

Таким образом, отмечается дефицит врачей стоматологов-хирургов, особенно челюстно-лицевых хирургов, на всей территории Красноярского края. Фактически, на одного врача стоматолога-хирурга в 2015 году приходилось 1,39 ставки, в 2016 году – 1,32 ставки, в 2017 году – 1,31 ставки.

Установлено, что в Красноярском крае в 2015 году зарегистрировано 4136 обращений с переломами костей челюстно-лицевой области, из них 786 пациентов с диагнозом S02.4, 3291 пациентов с диагнозом S02.6 и 59 пациентов с диагнозом S02.7. В 2016 году было 4038 обращений, что на 2,4% меньше, чем в 2015 году. Из них 710 больных с диагнозом S02.4, 3248 – с диагнозом S02.6 и 80 – с диагнозом S02.7. В 2017 году зарегистрировано 3981 обращение, что на 3,9% меньше, чем в 2015 году и на 1,4% меньше, чем в 2016 году. Из них 647 обращений с диагнозом S02.4, с диагнозом S02.6 – 3240 обращений и 94 обращения с диагнозом S02.7.

В таблице 1 представлено процентное соотношение обращений пациентов с переломами костей лицевого скелета в ЛПУ районов Красноярского края и в КГБУЗ «ККБ».

Таблица 1

Структура обращений пациентов с переломами костей лицевого скелета в районах Красноярского края и в КГБУЗ «ККБ» (2015 - 2017 годы), %

Районы Красноярского края	2015 год						2016 год						2017 год					
	S02.4		S02.6		S02.7		S02.4		S02.6		S02.7		S02.4		S02.6		S02.7	
	Обращений в районах	Обращений в ККБ	Обращений в районах	Обращений в ККБ	Обращений в районах	Обращений в ККБ	Обращений в районах	Обращений в ККБ	Обращений в районах	Обращений в ККБ	Обращений в районах	Обращений в ККБ	Обращений в районах	Обращений в ККБ	Обращений в районах	Обращений в ККБ	Обращений в районах	Обращений в ККБ
г. Красноярск	54,3	16,2	37,6	6,2	50,8	0,0	50,6	12,5	40,7	3,8	66,3	16,1	58,6	26,5	32,2	4,1	47,9	26,5
Абанский район	0,4	2,9	0,2	1,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,1	0,0	0,0
Ачинский район	5,2	0,0	8,1	0,4	1,7	0,0	4,4	0,0	7,2	1,3	0,0	0,0	2,9	0,0	8,2	0,4	1,1	0,0
Балахтинский район	0,0	1,5	0,4	1,9	0,0	0,0	0,0	6,9	0,5	5,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,2	1,9	0,0	0,0
Березовский район	3,7	5,9	1,9	5,8	0,0	0,0	1,0	4,2	1,2	5,0	0,0	9,7	0,3	8,8	2,1	4,8	0,0	0,0
Бирилюсский район	0,0	0,0	0,1	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,7	0,0	0,0
Боготольский район	0,5	0,0	0,7	0,4	0,0	0,0	0,1	2,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0
Богучанский район	0,4	2,9	0,6	4,3	0,0	0,0	1,1	2,8	0,9	4,6	0,0	9,7	0,5	4,4	1,4	4,8	6,4	11,8
Большемуртинский район	0,4	1,5	0,1	3,5	0,0	0,0	0,0	2,8	0,3	2,1	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	1,5	0,0	0,0
Большеулуйский район	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
г. Бородино	0,1	1,5	0,7	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,2	1,5	0,5	2,6	0,0	0,0
Дзержинский район	0,6	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	2,1	0,0	0,0	2,0	1,5	0,6	0,7	0,0	2,9
г. Дивногорск	0,6	2,9	1,0	0,0	0,0	0,0	2,3	8,3	0,9	3,3	0,0	0,0	2,0	4,4	1,8	3,3	0,0	0,0
Емельяновский район	0,1	2,9	0,4	5,8	0,0	10,0	0,6	4,2	0,5	5,4	2,5	6,5	0,2	5,9	0,3	4,4	0,0	0,0
Енисейский район	0,5	1,5	1,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,4	0,9	2,1	0,0	3,2	0,2	0,0	1,4	3,3	0,0	2,9
Ермаковский район	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
г. Железногорск	1,1	1,5	4,1	1,6	6,8	5,0	1,4	0,0	4,1	2,1	0,0	6,5	0,3	0,0	2,5	2,2	13,8	2,9
г. Зеленогорск	0,1	0,0	0,9	0,0	6,8	0,0	0,8	2,8	1,7	1,7	1,3	3,2	1,2	1,5	1,1	1,1	7,4	2,9
Идринский район	0,0	1,5	0,5	2,3	0,0	5,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0
Иланский район	1,7	1,5	1,2	1,9	0,0	5,0	0,1	0,0	0,6	0,8	5,0	0,0	0,0	0,0	0,1	2,6	0,0	2,9
Ирбейский район	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0
Казачинский район	0,0	1,5	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	3,2	0,0	1,5	0,0	3,3	0,0	0,0
Канский район	3,2	1,5	4,8	1,6	0,0	5,0	3,2	1,4	6,0	0,8	2,5	0,0	2,6	1,5	6,4	1,1	1,1	0,0
Каратузский район	0,0	0,0	0,5	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,9	0,0	2,9
пгт Кедровый	0,0	1,5	0,1	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Кежемский район	0,9	0,0	0,7	0,4	0,0	5,0	2,3	2,8	1,2	1,7	0,0	0,0	0,9	1,5	0,6	0,7	6,4	2,9
Козульский район	0,0	2,9	0,0	3,9	0,0	5,0	0,0	2,8	0,1	1,3	0,0	6,5	0,0	1,5	0,0	1,1	0,0	0,0

Краснотуранский район	0,4	0,0	0,3	0,8	1,7	0,0	0,1	1,4	0,5	1,7	0,0	0,0	0,0	2,9	0,3	1,1	0,0	0,0
Курагинский район	0,1	1,5	0,2	1,2	0,0	10,0	0,0	2,8	0,2	3,8	0,0	0,0	1,2	1,5	0,0	2,2	0,0	0,0
г. Лесосибирск	1,4	13,2	1,2	3,5	0,0	5,0	4,6	9,7	1,6	2,9	0,0	0,0	1,1	1,5	1,7	4,8	1,1	5,9
Манский район	0,0	2,9	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	3,0	0,0	0,0
Минусинский район	7,6	0,0	6,1	0,8	3,4	0,0	5,1	0,0	4,5	1,7	18,8	6,5	3,1	0,0	5,5	0,0	0,0	0,0
Мотыгинский район	0,3	0,0	0,4	1,9	0,0	0,0	0,0	2,8	0,3	1,7	0,0	0,0	0,0	1,5	0,3	0,7	4,3	5,9
Назаровский район	0,9	0,0	1,0	0,4	6,8	5,0	2,1	1,4	1,7	1,3	0,0	0,0	1,7	0,0	7,0	1,5	2,1	2,9
Нижнеингашийский район	0,3	2,9	1,1	1,6	1,7	0,0	0,0	4,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,8	2,9	0,1	3,0	0,0	0,0
Новоселовский район	0,0	0,0	0,1	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,6	0,4	0,0	5,9
г. Норильск	8,7	1,5	11,6	0,0	8,5	0,0	10,4	0,0	11,2	0,4	0,0	3,2	10,7	2,9	11,3	0,0	3,2	2,9
Партизанский район	0,0	0,0	0,1	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0
Пировский район	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,9	0,0	0,0
Рыбинский район	0,6	1,5	1,5	3,9	1,7	20,0	0,0	2,8	0,8	3,3	0,0	3,2	0,5	1,5	0,0	3,0	0,0	2,9
Саянский район	0,0	0,0	0,2	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	2,6	0,0	5,9
Северо-Енисейский район	0,0	1,5	0,7	1,6	0,0	0,0	0,7	0,0	0,5	0,8	0,0	0,0	0,8	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0
пгт Солнечный	0,0	1,5	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
г. Сосновоборск	0,9	5,9	1,2	4,7	0,0	5,0	1,0	8,3	1,0	6,3	0,0	3,2	1,4	10,3	2,1	9,3	1,1	5,9
Сухобузимский район	0,1	1,5	0,3	2,7	6,8	5,0	0,6	0,0	0,4	2,9	0,0	3,2	0,0	0,0	0,1	3,0	0,0	0,0
Таймырский район	0,1	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	2,1	0,0	1,3	0,0	0,3	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0
Тасеевский район	0,0	0,0	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,9	0,0	0,0
Туруханский район	2,3	0,0	0,1	1,9	0,0	0,0	1,8	2,8	0,3	1,7	2,5	6,5	0,2	0,0	0,4	2,2	0,0	0,0
Тюхтетский район	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Ужурский район	0,4	4,4	1,0	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	2,9	0,0	6,5	0,6	0,0	0,0	2,6	0,0	2,9
Уярский район	0,8	7,4	0,5	1,9	0,0	0,0	0,1	0,0	1,3	2,1	0,0	3,2	1,9	5,9	1,2	3,3	0,0	0,0
Шарыповский район	0,9	0,0	2,3	0,4	3,4	5,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	2,0	0,0	2,6	0,7	4,3	0,0
Шушенский район	0,1	0,0	0,4	3,5	0,0	0,0	0,1	2,8	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,7	0,0	0,0
Эвенкийский район	0,3	2,9	0,5	1,2	0,0	0,0	0,7	4,2	1,0	4,2	0,0	0,0	1,5	2,9	0,5	1,1	0,0	0,0
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Установлено, что наибольший процент обращений местного населения с травмами челюстно-лицевой области в городские ЛПУ с 2015 по 2017 гг. был зарегистрирован в г. Красноярск. Меньшая доля обратившегося местного населения была зарегистрирована в Ачинском, Березовском, Канском, Минусинском районах и в г. Норильск. Остальные районы занимали наименьшие показатели.

В таблице 2 представлена структура обращений пациентов с травмами челюстно-лицевой области в КГБУЗ «ККБ» из районов, где в исследуемый

временной период имелись врачи стоматологи-хирурги и из районов, где помощь по хирургической стоматологии не оказывалась.

Таблица 2

Структура обращений пациентов с переломами костей лицевого скелета из районов Красноярского края в КГБУЗ «ККБ» (2015 - 2017 гг.), %

2015 год						2016 год						2017 год					
S02.4		S02.6		S02.7		S02.4		S02.6		S02.7		S02.4		S02.6		S02.7	
Обращений в ККБ из районов с наличием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с отсутствием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с наличием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с отсутствием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с наличием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с отсутствием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с наличием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с отсутствием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с наличием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с отсутствием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с наличием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с отсутствием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с наличием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с отсутствием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с наличием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с отсутствием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с наличием врачей стоматологов-хирургов	Обращений в ККБ из районов с отсутствием врачей стоматологов-хирургов
11,4%	82,6%	6,5%	53,9%	39,1%	183,3%	14,4%	83,3%	7,5%	58,8%	68,0%	450,0%	14,6%	63,6%	7,8%	71,5%	44,4%	125,0%

Выявлено, что обращаемость в КГБУЗ «ККБ» из районов Красноярского края, в которых отсутствовали врачи стоматологи-хирурги, более чем в 5 раз выше в сравнении с другими районами (табл. 2).

Заключение. Таким образом, установлено, что в Красноярском крае отмечается дефицит врачей стоматологов-хирургов, особенно челюстно-лицевых хирургов, на всей территории Красноярского края. На одного врача стоматолога-хирурга в 2015 году приходилось 1,39 ставки, в 2016 году – 1,32 ставки, в 2017 году – 1,31 ставки.

С 2015 по 2017 гг. отмечается снижение обращаемости пациентов с челюстно-лицевой травмой на 3,9%.

Наибольший процент обращений пациентов с травмами челюстно-лицевой области приходится на г. Красноярск.

Установлено, что в 20-ти районах Красноярского края и в 2-х населенных пункта отсутствуют врачи стоматологи-хирурги. Обращаемость

в КГБУЗ «ККБ» из районов, где отсутствуют врачи стоматологи-хирурги выше более чем в 5 раз, в сравнении с другими районами.

Список литературы

1. Дубровин М.С., Копецкий И.С., Полуниин В.С. Медико-социальная характеристика больных с повреждениями челюстно-лицевой области // Вестник Росздравнадзора. 2013. № 3. С. 46–48.

2. Дубровин М.С., Копецкий И.С., Полуниин В.С. Медико-социальные особенности больных с повреждениями челюстно-лицевой области // Медицина и общественное здоровье. 2012. № 4. С. 92–94.

3. Дубровин М.С., Полуниин В.С. Медико-социальный портрет больного с травмой челюстно-лицевой области // Российский медицинский журнал. 2013. № 3. С. 9–11.

4. Левенец А.А., Горбач Н.А., Фокас Н.Н. Челюстно-лицевой травматизм как социальная, экономическая и медицинская проблема // Сибирское медицинское обозрение. 2013. № 2. С. 9–12.

5. Шнякина П.Г., Дралюка М.Г., Исаевой Н.В. Нейротравматология (с позиции трехуровневой системы оказания помощи) : рук. для врачей. СПб.: СпецЛит, 2018. 215 с.

6. Ластовецкий А.Г., Лебедев А.В., Аверьянов Д.А., Айвазян А.Г. Организация медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях с челюстно-лицевой травмой // Вестник новых медицинских технологий. 2017. № 2. С. 275–284.

7. Прохвятилов Г.И., Девдариани Д.Ш., Багненко А.С., Разумный Н.В. Ресурсное обеспечение оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой челюстно-лицевой области // Скорая медицинская помощь. 2011. № 3. С. 48–51.

8. Тулупов А.Н. Тяжелая сочетанная травма. СПб.: Русский Ювелир, 2015. 314 с.

9. Парфенова В.Е., Тулупова А.Н. Хирургия тяжелых сочетанных повреждений: атлас. СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2018. 457 с.

10. Elbaih A.H. Resuscitation of polytrauma patients: an overview // Narayana Med. J. 2016. № 5. P. 126–140.

11. Mahran D.G., Farouk O.A., Qayed M. Hospitalized injuries and deaths in a trauma unit in Upper Egypt // Int. J. Crit. Illn. Inj. Sci. 2013. № 3. P. 235–240.

Сведения об авторах

Кан Иван Владимирович, Краевая клиническая больница; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3А; e-mail: Kan_Ivan@inbox.ru.

Шульмин Андрей Владимирович, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; e-mail: Gydwin@bk.ru.

Левенец Анатолий Александрович, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; e-mail: aalevenets@mail.ru.

Симонов Андрей Гербертович, Краевая клиническая больница; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3А.

УДК 616.5-006-031.31

ОПУХОЛЕВИДНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ ЛИЦА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Капустин Александр Петрович

Норильская межрайонная больница № 1, Норильск, Российская Федерация

Резюме. В данной статье рассмотрена этиология возникновения новообразований кожи лица и устранение их путем проведения операции с замещением дефекта свободным кожным лоскутом, тактика ведения больных в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: новообразование, травматизм, кожа лица, свободный кожный лоскут.

Актуальность. Данная тема обосновывается проблемой увеличения количества злокачественных и доброкачественных новообразований кожи челюстно-лицевой области. Результаты несвоевременного обращения за медицинской помощью и самолечения приводят к трудностям в диагностике, что может привести к ошибке при постановке диагноза [3]. В последние годы в практике дерматологов стали часто встречаться различные опухоли кожного покрова, которые являются одной из наиболее распространенных групп новообразований. Рост числа новообразований кожи может быть обусловлен повышенной инсоляцией, неблагоприятной экологической обстановкой в городах, эндокринными и иммунными нарушениями, а также местным раздражением кожи [4].

Цель исследования: Оценить эффективность удаления новообразований ЧЛЮ на участках с ограниченной подвижностью кожи с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом.

Материалы и методы исследования: В период с 2013 по 2018 г. нами было проведено 16 операций «Удаление новообразований кожи лица с пластикой дефекта свободным кожным лоскутом». Показаниями к проведению подобных операций являлись опухолевидные новообразования кожи челюстно-лицевой области, локализующиеся в местах с ограниченной подвижностью кожи либо имеющие значительные размеры. Среди наиболее часто встречающихся мест возникновения новообразований, с ограниченной подвижностью кожи, на первом месте отмечается кожа носа, затем следует кожа лобной области, кожа волосистой части головы. Возраст больных, обратившихся за помощью, как правило, варьировал от 35 лет и старше.

Результаты исследования. Опухоли челюстно-лицевой области составляют до 15% всех стоматологических заболеваний. До 25% новообразований человека приходится на челюстно-лицевую область.

Ведущей локализацией в общей структуре онкологической заболеваемости является кожа. На нее приходится 12,5% от всех локализаций. В большинстве случаев (90%) рак кожи развивается на открытых участках кожи, при этом 70% опухолей формируется в области лица [5].

Среди пациентов, обращающихся за помощью в Норильскую межрайонную больницу № 1, большой процент составляют больные с новообразованиями челюстно-лицевой области, а также с новообразованиями кожи. Из анамнеза выяснялось, что появление новообразований без видимых причин и медленный их рост отмечают люди старшего возраста. Лица более молодого возраста, зачастую, появление новообразований связывают с травматизмом, который был причинен очагу воспаления. Среди причин травматизма озвученных пациентами, чаще других звучит банальное «выдавливание прыща» с последующим самолечением, сводящимся к обработке воспалительного очага химически агрессивными жидкостями, не всегда обладающими антисептическими свойствами. Иногда причиной травматизма является производственная травма, такая как, попадание горячего металла на кожу лица, которая чаще всего сопровождается, опять же, самолечением по вышеупомянутой схеме. Также, среди производственного травматизма, часто отмечается травма новообразований защитным производственным шлемом. Такая хроническая травма причиняется новообразованиям, локализующимся на волосистой части головы и лобной области. Многие пациенты, при сборе анамнеза, отмечают частое использование кератопластических гелей и мазей. По результатам гистологического исследования новообразований, у таких пациентов, нередко был диагностирован злокачественный процесс. Обращает на себя внимание появление, в последние годы, еще одной, немногочисленной группы пациентов, которую составляют женщины молодого и среднего возрастов. При выяснении причин развития заболевания, ими отмечается посещение косметических салонов, где им, с их слов, было выполнено «прижигание лазером» новообразований на коже лица.

После данной процедуры, обратившиеся в нашу больницу пациентки, отмечают появление и нарастание уплотнения в области вмешательства. Некоторые из них повторяют данную процедуру, некоторые занимаются самолечением. Только после продолжительных неудачных попыток, приходит осознание того, что без специализированной медицинской помощи справиться с возникшей проблемой не удастся, и пациентки обращаются к нам за помощью. Некоторые поступают по направлениям от врачей-косметологов, когда после нескольких неудачных попыток, приходит понимание серьезности сложившейся ситуации.

При обращении пациентов данной группы, нами проводится первичный осмотр, выяснение этиологических факторов, темпов роста, ознакомление с предоставленными анализами и обследованиями, и определение дальнейшей тактики подготовки и лечения. В первую очередь дается оценка размеру новообразования, его локализации, анализируется предполагаемая техническая часть операции и возможные риски. Предполагается выбор метода обезболивания. В случае предположения злокачественного характера роста, больному предлагается госпитализация в максимально короткие сроки. В выборе сроков, берется во внимание наличие сопутствующих заболеваний, противопоказаний, общих анализов, необходимых анестезиологической службе для проведения пособия.

Тактика проведения подобных операций сводится к следующему. В условиях операционной, под интубационным наркозом через рот, после многократной антисептической обработки операционного поля, производится разметка линий разреза, с соблюдением должного отступа от видимых краев новообразования. Следующим этапом производится разметка участка кожи, ранее выбранного как донорский. При выборе участка руководствуемся рядом параметров. Оттенок кожи должен соответствовать оттенку на месте оперативного вмешательства. Если новообразование локализовано на свободном от волосяного покрова участке – донорский участок, также должен быть свободен от волос [1]. Кроме того, желательно

использовать участок, скрытый одеждой в повседневном обиходе. Мы, в качестве подобных участков, обычно используем внешнюю поверхность плеча, либо боковую поверхность живота [1, 2]. Далее производится разрез по ранее намеченной линии, окаймляющей новообразование. Если вмешательство производится в области носа, то иссечение производим до костной ткани либо до хряща – в зависимости от локализации (рис. 1).



Рис. 1. Раневая поверхность после удаления новообразования

Если в лобной области – до апоневроза. После иссечения новообразования, отправляем его в обязательном порядке, на гистологическое исследование. Промывания раны 3% раствором перекиси водорода не производим, дабы не допустить прижигания капиллярных сетей. В случае обнаружения относительно интенсивного кровотечения, применяем точечную коагуляцию, либо лигирование тонкой нитью Vicryl [2]. Раневая поверхность накрывается марлевой салфеткой обильно смоченной теплым физиологическим раствором. Затем производим разрез по ранее намеченной линии на донорском участке. Толщина свободного кожного лоскута зависит от толщины удаленных тканей и состоит из эпидермиса и поверхностного (сосочкового) слоя дермы [1]. Свободный кожный лоскут промывается в

теплом физ. растворе и помещается на поверхность раны, после чего накладываются узловые швы нитью Prolene (рис. 2).



Рис. 2. Этап фиксации свободного кожного лоскута

Далее в рану вводим тонкий резиновый выпускник, накладываем давящую асептическую повязку. Такая тактика является одной из наиболее важных факторов успеха, так как предотвращает миграцию лоскута и ограничивает силы, направленные на его растяжение, которое способно разорвать вновь образующиеся сосудистые связи [1]. Затем переходим к ране в области донорского участка. Округлой форме раны придаем форму двух встречных лепестковидных и ушиваем капроном. В рану вводится резиновый выпускник, накладывается асептическая повязка.

Среди способов забора материала, несколько раз, был использован дерматом. В процессе клинических наблюдений и сравнений, выбор был сделан в пользу ручного способа взятия материала [2]. Это связано с рядом причин: толщиной забора лоскута, объемом раневой поверхности, причиняемой дерматомом, сроком заживления раны, на донорской области. Наиболее подходящим проявил себя расщепленный кожный трансплантат в $\frac{1}{2}$ или $\frac{3}{4}$ ее толщины. Такой трансплантат довольно хорошо приживается и

сравнительно мало подвергается сморщиванию. Насечек на трансплантат не наносим, ввиду снижения косметического результата операции [2].

В послеоперационном периоде больным назначаются антибактериальные препараты, чаще цефалоспоринового ряда, препараты улучшающие трофику тканей. Еще на этапе дооперационной беседы пациенту даются рекомендации с разъяснением причин, о недопустимости причинения травматизма в зоне оперативного вмешательства т.к. многие пытаются «заглянуть» под повязку, которая в первые дни пропитывается серозно-геморрагическим отделяемым. перевязки проводятся в условиях перевязочной. Перед снятием повязки она пропитывается теплым раствором фурацилина. Дренаж подтягивается либо удаляется, исходя из клинической картины, на 2–3 день (рис. 3).



Рис. 3. 24 часа после операции

Производится оценка цвета лоскута, его температура (рис. 4, 5).



Рис. 4. 6-ые сутки после операции

Рис. 5. 6 недель после операции

После асептической обработки накладывается повязка. перевязка на донорской области осуществляется по общепринятым правилам, т.к. заживление раны происходит первичным натяжением. Частичное снятие швов после операционной раны осуществляется на 6–8 сутки после операции. Полное снятие швов производится на 10–11 сутки после операции. Выписка больного из стационара на амбулаторное долечивание осуществляется на 10–12 сутки после операции. На амбулаторном этапе долечивания больной проходит реабилитацию, после чего восстанавливается трудоспособность.

В процессе жизнедеятельности происходит постепенная адаптация свободного кожного лоскута, к окружающим мягким тканям по цвету

Список литературы

1. Пейпл А.Д. Пластическая и реконструктивная хирургия лица: рук. / под ред. Э.В. Шихирмана. М.: Бином. Лаб. Знаний, 2013. С. 52–55.
2. Балина В.Н., Александрова Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: рук. для врачей. СПб.: СпецЛит, 2005. С. 87–88.
3. Чиссов В.И., Решетов И.В., Макаров В.Н. Макаров В.Н., Бобров А.А., Корицкий А.В. Радиочастотная термоабляция с использованием

комплекса «Метатом – 2» при комбинированном лечении опухолей головы и шеи // Российский онкологический журнал. 2008. № 5. С. 21–26.

4. Кацамба А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний: пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 736 с.

5. Жидовинов А.В., Михальченко Д.В. Ретроспективный анализ статистических данных заболеваемости злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой локализации [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=25731> (дата обращения: 03.03.2019).

Сведения об авторах

Капустин Александр Петрович, Норильская межрайонная больница № 1; адрес: Российская Федерация, 663321, Красноярский край, г. Норильск, ул. Озерная, д. 51; тел. +7(913)1640421; e-mail: kapnord@yandex.ru.

УДК 614.23:616.3:616–083.98

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИИ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кауниетис Софья Максимовна¹, Кауниетис Максим Зитасович²

¹*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

²*Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск, стоматологическая поликлиника, Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. В статье обсуждаются вопросы уровня знаний врачей стоматологического профиля по оказанию помощи при urgentных состояниях терапевтического профиля. В целом показано, что врачи-стоматологи имеют недостаточно четкие понятия и представления в вопросах оказания неотложной помощи в условиях амбулаторного стоматологического приема.

Ключевые слова: врачи-стоматологи, неотложные состояния, неотложная помощь.

Актуальность. Одной из важнейших проблем, стоящих перед современной медициной, является повышение качества подготовки специалистов. Выпускники медицинского вуза должны не только получать знания по предметам программы, но и уметь самостоятельно приобретать новые научные сведения, повышая свой профессиональный уровень в соответствии с развитием современных технологий и инноваций в медицине [1, 2]. Поэтому актуальным становится применение знаний и умений по купированию неотложных терапевтических состояний врачами-стоматологами у пациентов пожилого и старческого возраста. При этом важными факторами, которые приводят к ургентным состояниям терапевтического профиля, являются низкое качество жизни и приверженности к лечению, медико-социальные проблемы, тревожно-депрессивные состояния [3-6].

Цель исследования: оценить уровень знаний врачей стоматологического профиля по оказанию помощи при неотложных состояниях терапевтического профиля.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 35 врачей-стоматологов, из 27 женщин и 8 мужчин соответственно. Средний возраст участников исследования составил $38,49 \pm 1,33$ года, средний возраст женщин $37,89 \pm 1,51$ года, а у мужчин $40,5 \pm 2,82$ года. Средний стаж работы опрошенных в органах здравоохранения составил $15,9 \pm 1,46$ года болезни, при этом стаж до 5 лет имели 4 человека – 11,4%, от 5 до 10 лет – 7 респондентов – 19,95%, стаж от 5 до 10 лет составил 14,7 года, 12 человек имели стаж работы от 11 до 20 лет – 34,45%, стаж работы свыше 20 лет в органах здравоохранения имели 12 человек – 34,45%. При этом общий стаж опрошенных по специальности и стаж работы в ЛПУ, где сейчас работает специалист незначительно отличался от стажа в органах здравоохранения –

14,9±1,34 и 13,49±1,42 года соответственно. По врачебным специальностям преобладали стоматологи-терапевты – 20 человек – 57,2%, 2 стоматолога-хирурга – 5,72%, 1 стоматолог-ортопед – 2,86% и 12 специалистов других стоматологических специальностей – 34,22%. Большинство опрошенных работают в стоматологических поликлиниках – 19 респондентов (54,34%), 14 человек работают в индивидуальных стоматологических кабинетах – 40,04%, по 1 опрошенному (2,81% и 2,81% соответственно) совмещают профессиональную деятельность в поликлинике и стационаре и поликлинике и индивидуальном стоматологическом кабинете. По полученным нами данным 10 (28,6%) из 35 опрошенных работают в учреждениях государственной формы собственности, почти половина респондентов – 17 человек (48,62%) работает в системе частной стоматологической помощи, 7 человек – в муниципальных стоматологических учреждениях – 20,02, 1 человек (2,76%) трудится в частно-государственной структуре со смешанной формой собственности. Исследованием установлено, что 11 человек из 35 опрошенных (31,46%) не имели врачебной квалификационной категории, 9 (25,74%) респондентов имели вторую, 8 (22,88%) – первую, 7 (19,92%) – высшую.

Все врачи-стоматологи заполняли оригинальный, специально разработанный и адаптированный опросник.

Статистический ряд распределения в выборках выстраивали по формуле Стерджеса. Оценку точности и надежности числовых характеристик определяли по 95% доверительному интервалу истинного среднего значения. Оценку значимости различия частот наблюдений и средних значений показателя выполняли по непараметрическому χ^2 -критерию Пирсона и параметрическому t-критерию Стьюдента. Достоверность полученных результатов подтверждали с помощью методов непараметрической статистики с использованием программных пакетов статистической обработки данных SPSS 12.0 и Statistica 6.0.

Результаты исследования. В целом врачи-стоматологи имеют недостаточно четкие понятия и представления в вопросах оказания неотложной помощи при основных терапевтических состояниях. Так, при высоком артериальном давлении (АД) только 12 респондентов (34,2%) отказались бы проводить дальнейшее стоматологическое лечение, а 21 опрошенный посчитали возможным продолжить стоматологические манипуляции после приема пациентом антигипертензивных препаратов, 2 (5,6%) – затруднились ответить.

Достаточно полно информированы врачи-стоматологи о мероприятиях по оказанию неотложной помощи при приступе стенокардии – 33 опрошенных (94,4%) считают, что кроме прекращения стоматологических манипуляций необходимо назначить сублингвально нитраты короткого действия (аэрозоль, таблетки, капсулы и т.д.), только 2 (5,6%) респондента считают, что достаточно ограничиться при этом состоянии прекращением стоматологических манипуляций. Также высокий уровень правильных ответов был получен на вопрос о возможности продолжения стоматологического лечения сразу после прекращения приступа стенокардии, только 19,95% (7 человек) респондентов посчитали возможным продолжить лечение, подавляющее большинство – 80,05% считают возникший приступ противопоказанием к продолжению терапии.

При возникновении аллергической реакции при проведении стоматологических манипуляций только 1 респондент (2,85%) считает, что лечение нужно продолжать, 2 врача-стоматолога (5,7%) считают, что манипуляции нужно прекратить и отправить пациента консультацию к терапевту или аллергологу, 3 опрошенных (8,55%) решили ограничиться вызовом бригады «Скорой помощи», 9 (25,65%) человек, участвующих в опросе, посчитали нужным, наряду с прекращением манипуляций, измерением АД целесообразным введением антигистаминных препаратов, 4 врача (11,4%) посчитали возможным вместо введения антигистаминного средства парентерально ввести ГКС (преднизолон) или симпатомиметик

(адреналин). Посчитали возможным в представленной ситуации провести несколько манипуляций 16 респондентов (45,5%): 2 врача (5,7%) наряду с прекращением манипуляций, направлением на консультацию терапевта планируют введение антигистаминных средств; 2 респондента (5,7%) – параллельно с вызовом бригады «Скорой помощи» планируют введение антигистаминных средств; 3 респондента – 8,55% параллельно с вызовом бригады «Скорой помощи» планируют парентеральное введение ГКС или симпатомиметиков; 5 (14,25%) опрошенных планируют совместное введение антигистаминных средств и ГКС или симпатомиметиков; 4 (11,3%) посчитали целесообразным одновременно вызвать бригаду «Скорой помощи» и совместное введение антигистаминных средств и ГКС или симпатомиметиков.

Большинство опрошенных знакомы с основными физиологическими терапевтическими показателями, так 20 опрошенных врачей-стоматологов (57%) знакомы с уровнем целевого АД, 13 респондентов (37,05%) дали правильный ответ на вопрос об уровне тощаковой нормогликемии, 100% (35) респондентов дали правильный ответ о показателях частоты сердечных сокращений у здорового человека.

Заключение. Таким образом, анкетирование врачей-стоматологов является эффективным и простым методом получения ценной информации об информированности респондентов в вопросах оказания неотложной помощи в условиях амбулаторного стоматологического приема. Данная методика позволяет достаточно успешно проводить коррекцию знаний респондентов в случае недостаточной осведомленности об ургентной терапевтической патологии.

Список литературы

1. Давыдов Е.Л. Особенности современной педагогической концепции обучения в медицинских вузах // Актуальные проблемы и перспективы развития российского и международного медицинского образования.

Вузовская педагогика: материалы конференции. Красноярск, 2012. С. 380–382.

2. Давыдов Е.Л. Компетентный подход в подготовке специалистов: образовательные технологии // Инновационные педагогические технологии в медицинском образовании. Вузовская педагогика: материалы конференции. Красноярск, 2010. С. 173–176.

3. Ремизов Е.В., Давыдов Е.Л., Корепина Т.В. Проблемы качества жизни пациентов старших возрастных групп с артериальной // Военно-медицинский журнал. 2012. № 5. С. 64.

4. Давыдов Е.Л., Ульянова И.О. Медико-социальные аспекты больных артериальной гипертензией в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. 2016. Т. 22, № 9–10. С. 24–25.

5. Давыдов Е.Л. Приверженность к лечению пациентов артериальной гипертензией в пожилом и старческом возрасте // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. Т. 8, № 4. С. 46.

6. Давыдов Е.Л. Вопросы тревожно-депрессивных состояний у больных артериальной гипертензией старших возрастных групп // Клиническая геронтология. 2016. № 9–10. С. 22–23.

Сведения об авторах

Кауниетис Софья Максимовна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; e-mail: sofidoctor@mail.ru.

Кауниетис Максим Зитсович, Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД», стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 660021, г. Красноярск, ул. Вокзальная, д. 25.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ С ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Кауниетис Софья Максимовна¹, Кауниетис Максим Зитасович², Давыдов Евгений Леонардович¹

¹*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

²*Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск, стоматологическая поликлиника, Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. Конфликтные ситуации в сфере медицинского обслуживания приводят к экономическим потерям, вызывают кадровые и моральные издержки, что ведет к удорожанию и снижению качества медицинской помощи. Проведен социологический мониторинг 35 врачей-стоматологов с помощью специально разработанного оригинального опросника. Отмечается позитивное отношение врачей-стоматологов к пациентам старших возрастных групп, отсутствие значимых причин для развития конфликтов. Полученные данные позволяют проводить коррекционные мероприятия по модификации поведения врачей-стоматологов.

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, врачи-стоматологи, конфликтология.

Актуальность. Взаимоотношения врача и пациента многогранны [1, 2]. Это большой комплекс психологических и морально–этических проблем, с которыми врачу приходится встречаться постоянно. В государственных медицинских учреждениях не хватает лекарственных средств и расходных материалов, оплата труда персонала низкая, как и доходы пациентов–геронтов [3–5]. Общение пациента с врачом - явление хоть и привычное, но весьма непростое и многоуровневое. В реальной жизни к такой коммуникации надо подходить очень серьезно, поскольку качество этого контакта во многом определяет результат лечения [6, 7]. К сожалению, в

доступной литературе имеется недостаточное количество материала, освещающего проблему отношений между врачами и пациентами старших возрастных групп, а сведения по данной проблеме в стоматологической практике практически отсутствуют.

Цель исследования: оценить особенности взаимодействия врачей стоматологического профиля в системе «врач-пациент» с лицами пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 35 врачей-стоматологов, из 27 женщин и 8 мужчин соответственно. Средний возраст участников исследования составил $38,49 \pm 1,33$ года, средний возраст женщин $37,89 \pm 1,51$ года, а у мужчин $40,5 \pm 2,82$ года. Средний стаж работы опрошенных в органах здравоохранения составил $15,9 \pm 1,46$ года болезни, при этом стаж до 5 лет имели 4 человека – 11,4%, от 5 до 10 лет – 7 респондентов – 19,95%, стаж от 5 до 10 лет составил 14,7 года, 12 человек имели стаж работы от 11 до 20 лет – 34,45%, стаж работы свыше 20 лет в органах здравоохранения имели 12 человек – 34,45%. При этом общий стаж опрошенных по специальности и стаж работы в ЛПУ, где сейчас работает специалист незначительно отличался от стажа в органах здравоохранения – $14,9 \pm 1,34$ и $13,49 \pm 1,42$ года соответственно. По врачебным специальностям преобладали стоматологи-терапевты – 20 человек – 57,2%, 2 стоматолога-хирурга – 5,72%, 1 стоматолог-ортопед – 2,86% и 12 специалистов других стоматологических специальностей – 34,22%. Большинство опрошенных работают в стоматологических поликлиниках – 19 респондентов (54,34%), 14 человек работают в индивидуальных стоматологических кабинетах – 40,04%, по 1 опрошенному (2,81% и 2,81% соответственно) совмещают профессиональную деятельность в поликлинике и стационаре, и в поликлинике и индивидуальном стоматологическом кабинете. 10 (28,6%) из 35 опрошенных работают в учреждениях государственной формы собственности, почти половина респондентов - 17 человек (48,62%) работает в системе частной стоматологической помощи, 7 человек – в муниципальных

стоматологических учреждениях – 20,02, 1 человек (2,76%) трудится в частно-государственной структуре со смешанной формой собственности. 11 человек из 35 опрошенных (31,46%) не имели врачебной квалификационной категории, 9 (25,74%) респондентов имели вторую, 8 (22,88%) - первую, 7 (19,92%) – высшую.

Все врачи-стоматологи заполняли специально разработанный и адаптированный опросник, созданный на основе валидных анкет А. В. Решетникова [7].

Статистический ряд распределения в выборках выстраивали по формуле Стерджеса. Оценка точности и надежности числовых характеристик определяли по 95% доверительному интервалу истинного среднего значения. Оценка значимости различия частот наблюдений и средних значений показателя выполняли по непараметрическому χ^2 -критерию Пирсона и параметрическому t-критерию Стьюдента. Достоверность полученных результатов подтверждали с помощью методов непараметрической статистики с использованием программных пакетов статистической обработки данных SPSS 12.0 и Statistica 6.0.

Результаты исследования. В целом врачи-стоматологи позитивно относятся к пациентам старших возрастных групп, так симпатию к таким пациентам испытывают 3-е респондентов – 8,55%. 11 опрошенных (31,35%) отмечают к больным данной целевой группы сострадание, 13 респондентов (37,05%) отмечают к пожилым пациентам как симпатию, так и сострадание, 2 опрошенных (5,7%) затруднились дать ответ, 6 (17,0%) стоматологов предложили свои варианты ответов (уважение, сочувствие, гуманность, понимание, отношение не зависит от возраста и т.д.).

Положительным фактом явилось то, что ни один из респондентов не указал такие эмоции как раздражение, антипатию. 15 опрошенных – 42,75%, считают, что за последние 5 лет взаимоотношения между пациентами и врачами изменились, 9 респондентов (25,65%) отметили, что изменений в таких отношениях не произошло, 11 врачей (31,25%) затруднились ответить

по этому вопросу. 3 респондентов (8,55%) посчитали, что данные отношения стали более доброжелательными, 3 опрошенных (8,55%) считают, что отношения стали менее доброжелательными. 10 врачей (28,5%) считают, что уровень обслуживания пожилых пациентов повысился. 1 респондент считает, что ответственность врача за качество оказанной медицинской помощи снизилась (2,85%), а 2 врача (5,7%) считают, что наоборот, повысилась, также 2 опрошенных считают, что повысилась материальная заинтересованность врача (5,7%). 14 респондентов (39,8%) дали несколько ответов на данный вопрос, так 7 опрошенных (19,85%) уверены, что отношения стали более доброжелательными и уровень обслуживания повысился, 1 респондент (2,85%) считает, что с наряду более доброжелательными отношениями возросла и ответственность медицинских работников, 1 врач-стоматолог наоборот посчитал, что отношения стали менее доброжелательными и ответственность за качество работы снизилась, 1 респондент посчитал, что наряду со снижением ответственности за качество работы произошло и снижение материальной заинтересованности, 2 опрошенных считают, что отношения стали более доброжелательными, уровень обслуживания пожилых повысился вместе с повышением ответственности медицинских работников за качество лечения, 1 респондент отметил, что отношения стали более доброжелательными, уровень обслуживания пожилых повысился вместе с повышением ответственности медицинских работников за качество лечения, а также повысилась материальная заинтересованность врачей-стоматологов в лечении пожилых пациентов, 1 врач-стоматолог считает, что ответственность медицинских работников за качество лечения возросла.

Из 25 опрошенных (71,4%) оценили свои взаимоотношения с пожилыми пациентами, как полное доверие и взаимопонимание, 10 врачей (28,6%) считают свои взаимоотношения с данной группой больных как частичное доверие и взаимопонимание. 9 респондентов (25,74%) считают, что у них иное отношение к группе пожилых пациентов, чем к молодым и

лицам среднего возраста. 26 опрошенных (74,26%) считают, что они не делают никаких различий данной группе пациентов.

Врачи, у кого иное отношение к таким пациентам, указывают на то, что они более внимательно подходят к пожилым людям во время лечения, делают им скидки при оплате услуг врача-стоматолога. Отвечая на вопрос об особенностях обращающихся за стоматологической помощью пожилых пациентов респонденты считают что: они чаще жалуются на здоровье, более хрупкие и ранимые – 10 респондентов (28,6%), чаще обращаются за помощью и чаще жалуются на здоровье – 9 опрошенных (25,74%), что основной причиной для обращения являются жалобы на здоровье -8 человек (22,88%), 3 респондента (8,58%) считают, что пожилые пациенты хрупкие и ранимые и более хрупкие и нерешительные, 2 врача-стоматолога (5,62%) считают, что такие пациенты чаще жалуются на здоровье, они скромные и нерешительные и по 1 респонденту (2,86%) считают, что такие больные чаще обращаются за помощью, что они более хрупкие ранимые или скромные и нерешительные. 10 респондентов считают, что основной причиной невыполнения предписаний пожилыми пациентами является неполное понимание указанных действий, не согласны с методами врачей – 8 респондентов, не верят в возможность выздоровления – 7 врачей стоматологов, затруднились ответить – 10 опрошенных.

Заключение. Таким образом, анкетирование врачей-стоматологов является эффективным и простым методом получения ценной информации об особенностях их взаимоотношений с пожилыми пациентами. Данная методика позволяет достаточно успешно проводить коррекционные мероприятия по модификации поведения, как пожилых пациентов, так и самих врачей-стоматологов.

Список литературы

1. Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента // Социология медицины. 2006. № 6. С. 9–14.

2. Давыдов Е.Л. Компетентный подход в подготовке специалистов: образовательные технологии // Инновационные педагогические технологии в медицинском образовании. Вузовская педагогика: материалы конференции. Красноярск, 2010. С. 173–176.

3. Ремизов Е.В., Давыдов Е.Л., Корепина Т.В. Ремизов Е.В. Проблемы качества жизни пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией // Военно-медицинский журнал. 2012. № 5. С. 64.

4. Давыдов Е.Л., Ульянова И.О. Медико-социальные аспекты больных артериальной гипертонией в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. 2016. Т. 22, № 9–10. С. 24–25.

5. Степанов Е.И. Современная конфликтология. Общие подходы к моделированию, мониторингу и менеджменту социальных конфликтов. М.: ЛКИ, 2008. 176 с.

6. Гришина Н.В. Психология конфликта. СПб.: Питер, 2008. 544 с.

7. Решетников А.В. Социология медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 256 с.

Сведения об авторах

Кауниетис Софья Максимовна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; e-mail: sofidoctor@mail.ru.

Кауниетис Максим Зитсович, Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД», стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 660021, г. Красноярск, ул. Вокзальная, д. 25.

Давыдов Евгений Леонардович, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; e-mail: devgenii@bk.ru.

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В СЛОЖНЫХ СЛУЧАЯХ
ПОВТОРНОГО ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

*Курочкин Вячеслав Николаевич¹, Баронкин Виктор Викторович¹,
Ермолина Лариса Григорьевна²*

¹*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

²*Шарыповская районная больница, Шарыпово, Российская Федерация*

Резюме. На примере клинических ситуаций показано, что успех эндодонтической хирургии, в сочетании с применением оптического стоматологического микроскопа демонстрирует эффективные и предсказуемые результаты лечения очагов хронической одонтогенной инфекции. Индивидуальный подход в ситуациях повторного лечения корневых каналов с наличием сложных эндодонтических проблем позволяет сохранить пациентам собственные зубы.

Ключевые слова: эндодонтическое лечение, перфорация, зубосохраняющая операция, гемисекция.

Актуальность. За последние десятилетия в области технологии и методики эндодонтического лечения зубов произошли огромные изменения. Появление современных инструментов, новых методов и усовершенствованных материалов, а также оптического стоматологического микроскопа позволило добиться стабильно успешных клинических результатов [1, 2, 3].

Однако в ряде случаев невозможно справиться с проблемой только консервативными методами эндодонтического лечения, особенно в случае повторного эндодонтического лечения или результатами осложнений ранее проведенного лечения корневых каналов. Данных по эпидемиологии осложнений эндодонтического лечения в России очень мало [4]. В такой

ситуации возникает необходимость в принятии решения о консервативно-хирургическом лечении с целью сохранения зуба или его части.

Хирургическое удаление источника микробной агрессии позволяет механизмам местной иммунной защиты полностью ликвидировать очаг воспаления в периодонте. Данные исследования дентальной компьютерной томографии наглядно демонстрируют благоприятные результаты консервативно-хирургического лечения с полной редукцией патологического процесса в тканях периодонта. Анализ положительных результатов лечения методами зубосохраняющей хирургии, усовершенствованные в последние десятилетия, обоснованно позволяют говорить о предсказуемости данных методов лечения. Использование хирургической подготовки в виде гемисекции, ампутации корня и коронаро-радикулярной сепарации позволяет в дальнейшем использовать собственные зубы пациента для проведения ортопедического лечения. С другой стороны – использование зубосберегающих технологий носит эпизодический характер и не является системным. В каждой конкретной клинической ситуации решение о применении методики зубосохраняющей операции принимается индивидуально и зависит от многих факторов.

Целью исследования: повышение эффективности лечения зубов с осложнениями эндодонтического лечения методами зубосохраняющей хирургии.

Материалы и методы исследования: На базе стоматологической поликлиники Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого повторное эндодонтическое лечение зубов пациентов проводилось с использованием операционного микроскопа по направлениям врачей-стоматологов из других лечебных стоматологических учреждений города Красноярска и Красноярского края.

Обследование пациентов проводилось по стандартной методике. Во внимание принимались размеры патологического очага, состояние тканей пародонта, наличие подвижности зубов, состояние реставраций, состояние

прикуса, ранее проведенное лечение, общесоматическое здоровье пациента. Перед хирургическим вмешательством и для оценки полученного результата после операции, пациентам проводилась диагностика с помощью метода конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ). Динамическое наблюдение за результатами лечения проводилось в отдаленные сроки через 3, 6, 12 месяцев.

Результаты исследования. Пациентам с клиническими и рентгенологическими признаками некачественно ранее проведенного эндодонтического лечения, ошибками и осложнениями помощь оказывается в виде повторного эндодонтического лечения с использованием оптического стоматологического микроскопа.

Результаты анализа работы с перечнем основных ошибок и осложнений были опубликованы ранее [5]. Наиболее частой причиной обращений пациентов явилось – «распломбирование корневого канала», что в 22,5 % случаев было связано с наличием «инородного тела» в корневом канале зуба [6].

Перфорация зуба – вторая по частоте встречаемости причина неудач эндодонтического лечения. Перфорациям зуба различной локализации сопутствует хронический деструктивный периодонтит, так как часто диагностируются в поздние сроки после эндодонтического лечения. Диагностика и лечение пациентов с хроническим деструктивным периодонтитом, осложненным перфорацией, составляют значительные трудности. Большинство стоматологов при обнаружении перфорационного дефекта во время повторного эндодонтического вмешательства предпочитают удалить зуб. Успех устранения перфорации твердых тканей зуба во многом зависит от диагностических возможностей, оснащения кабинета оборудованием и материалами, применяемыми для закрытия перфорации и восстановления костных дефектов.

Клиническая ситуация 1. Пациентка Т., 38 лет. Обратилась с направлением на повторное эндодонтическое лечение использованием

операционного микроскопа зуба 4.6. При клиническом обследовании выявлено: зуб 4.6 ранее лечен по поводу осложнения кариеса, коронковая часть в цвете изменена, перкуссия зуба безболезненна. На дне полости зуба в области бифуркации корней перфорационное отверстие, заполненное разросшейся взбухающей грануляционной тканью. Исследования денальной компьютерной томографии выявили очаги деструкции костной ткани в периапикальных областях и области бифуркации корней 4.6, наличие в корневых каналах «инородных тел».

О результатах обследования пациентка была осведомлена. Планируя процесс лечения, были учтены клинические и рентгенологические данные осмотра, возраст, сопутствующие общесоматические заболевания и желание пациента сохранить зуб. Получено информированное добровольное согласие на обследование и повторное эндодонтическое лечение.

В процессе лечения в первое посещение была проведена коагуляция грануляционной ткани инструментальная и медикаментозная обработка области перфорации, на дно наложен препарат «Calasept». Во второе посещение план лечения включал: закрытие перфорационного отверстия материалом «ProRoot», извлечение отломков эндодонтических инструментов и повторное эндодонтическое лечение. Лечение проводилось под контролем оптического стоматологического микроскопа. Корневые каналы obturированы горячей гуттаперчей. Восстановление коронковой части зуба 4.6 было осуществлено композитной вкладкой со стекловолоконным штифтом. Контрольный осмотр осуществляли в заявленные сроки. По результатам лечения положительная динамика наблюдалась уже через три месяца: уменьшение очага деструкции костной ткани в области бифуркации. Через 12 месяцев жалобы отсутствовали, клиническая картина без патологических изменений, рентгенологически отмечалось восстановление костной ткани (рис. 1).

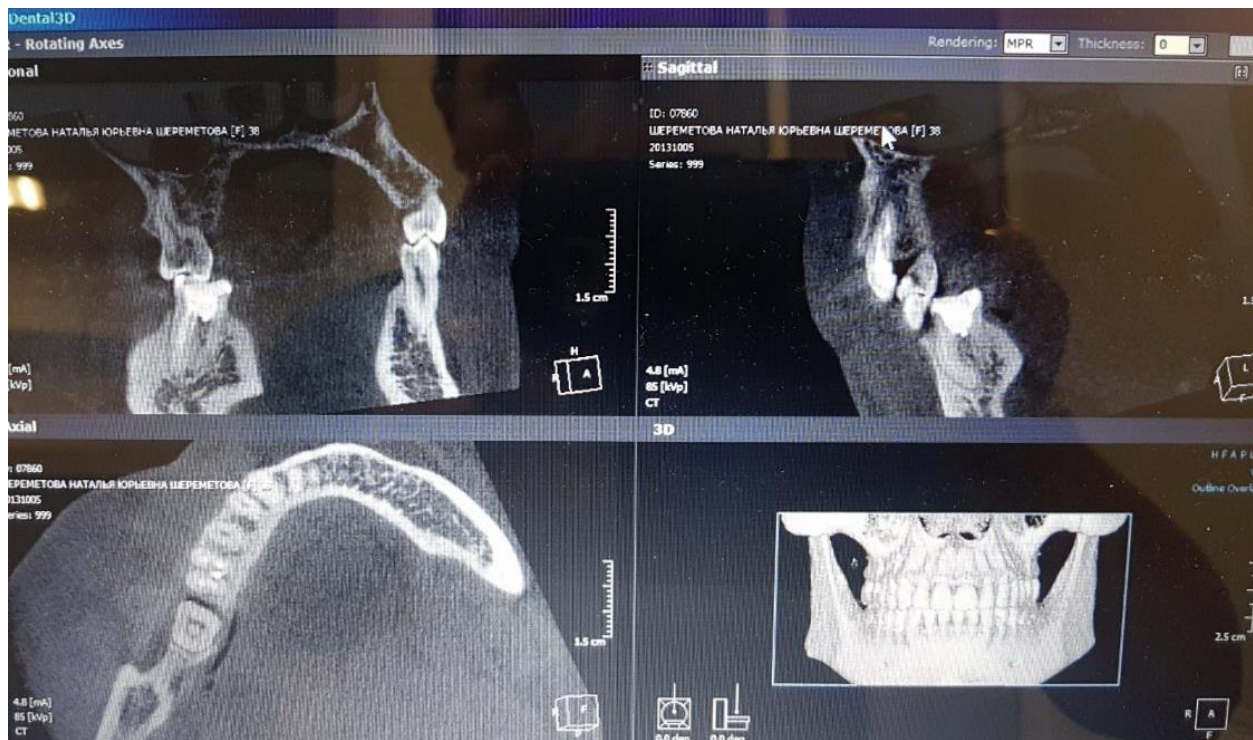


Рис. 1. Фрагмент КЛКТ зуба 4.6

Клиническая ситуация 2. Пациентка Н., 42 лет обратилась в клинику с направлением на повторное эндодонтическое лечение использованием операционного микроскопа зубов 4.5 и 4.6. При клинико-рентгенологическом обследовании выявлено: в области зубов 4.5 и 4.6 наблюдались поражения с выраженными апикальными очагами воспаления периодонта в области зуба 4.5, коронка зуба 4.5 разрушена. В области бифуркации и апикальной трети дистального корня зуба 4.6 – перфорации, очаги деструкции костной ткани в области верхушек корней, слияние маргинального и апикального периодонтита в области дистального корня. Ранее проведенное эндодонтическое лечение зубов осуществлялось более пяти лет назад. Результаты клинического осмотра пациентки и рентгенологического анализа ситуации позволили предположить, что причиной поражений зубов 4.5 и 4.6 могло стать некачественное первичное эндодонтическое лечение. О результатах обследования пациентка была осведомлена. Получено информированное добровольное согласие на обследование и повторное

эндодонтическое и консервативно-хирургическое лечение зуб 4.6 и удаление зуба 4.5.

Составляя план лечения, были учтены клинические и рентгенологические данные осмотра пациентки, возраст, сопутствующие общесоматические заболевания и желание пациентки максимально сохранить собственные зубы, а также тот факт, что у пациентки образуется односторонний концевой дефект, ограниченный зубом 4.4, который возможно восстановить либо съёмным (нефизиологическим) протезом либо имплантацией зубов, было принято решение о проведении консервативно-хирургического метода лечения зуба 4.6 – гемисекции.

Решение задачи было осуществлено в несколько этапов. На первом этапе провели гемисекцию – удаление дистального корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба. Затем, осуществили повторное эндодонтическое лечение медиальных корневых каналов зуба 4.6 с использованием оптического стоматологического микроскопа. Восстановление анатомической формы части коронки моляра проведено с применением культевых штифтовых вкладок и ортопедического лечения. Результаты динамического наблюдения через три и шесть месяцев после начала лечения: осмотр и рентгенологическая картина – благоприятны, что позволяет предположить долгосрочный благоприятный результат. На профилактическом осмотре пациентки через 12 месяцев, после имплантации отмечается отсутствие жалоб, полноценное функционирование и удовлетворительное состояние части зуба 4.6 в полости рта (рис. 2).



Рис. 2. Фрагмент КЛКТ зуба 4.6 после гемисекции

Высокая частота встречаемости патологического процесса в области одного корня моляров нижней челюсти делает консервативно-хирургический метод лечения – гемисекцию востребованным методом лечения периапикальных очагов инфекции. В клинической ситуации это позволило не только восстановить анатомическую форму части зуба, но и уменьшить количество имплантатов.

Заключение. Сохранение зубов с очагами хронической инфекции в периапикальных тканях является одним из важных направлений в современной стоматологии, особенно в сложных клинических ситуациях. Наиболее перспективным и предсказуемым методом повторного эндодонтического лечения зубов, имеющих перфорацию стенки зуба, является применение стоматологического микроскопа, обеспечивающего успешную работу в полости зуба за счет оптического увеличения рабочего поля.

Проведение зубосохраняющих операций обеспечивает получение гарантированного положительного результата при невозможности повторного лечения корневых каналов зубов, отягощенных ошибками эндодонтического лечения. Хотя в последние годы имплантация становится все более востребованным видом стоматологической помощи, зубосохраняющие операции помогают решить одну из основных задач стоматологии – сохранение собственных зубов пациентов.

Список литературы

1. Алямовский В.В., Курочкин В.Н., Нарыкова С.А. Организационные и клинические аспекты денальной микроскопии // Эндодонтия today. 2013. № 2. С. 47–51.
2. Гажва С.И., Кучер В.А., Кулькова Д.А. Использование оптической микроскопии для устранения ошибок и неблагоприятных исходов эндодонтического лечения осложнений кариеса // Фундаментальные исследования. 2013. № 5–1. С. 58–62.
3. Максимовский Ю.М. Чиркова Т.Д., Соколова О.Р., Прудникова О.А. Необходимость внутриканального применения медикаментозных препаратов при эндодонтическом лечении // Новое в стоматологии. 2001. № 6. С. 46–53.
4. Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А., Смирницкая М.В. Осложнения в эндодонтии (по результатам анкетирования врачей-стоматологов) // Эндодонтия today. 2011. № 1. С. 64–66.
5. Алямовский В.В., Курочкин В.Н., Нарыкова С.А. Организационные и клинические аспекты денальной микроскопии // Эндодонтия Today. 2013. № 2. С. 47–50.
6. Курочкин В.Н. Инородное тело в корневом канале (клинический случай) // Сибирский стоматологический форум. Инновационные подходы к образованию, науке и практике в стоматологии: труды XII Всероссийской научно-практической конференции, XXII Краевой научно-практической

конференции, посвященной 40-летию специальности Стоматология КрасГМУ. Красноярск, 2018. С.123–127.

Сведения об авторах

Курочкин Вячеслав Николаевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +79504199991, e-mail: stom.kurochkin@gmail.com.

Баронкин Виктор Викторович, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +79082128033.

Ермолина Лариса Григорьевна, Шарыповская районная больница; адрес: Российская Федерация, 662313, г. Шарыпово, 6 микрорайон, д.2 кв. 9; тел. +79607583673, . e-mail: glarisag@mail.ru

УДК 616.31:613.6

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА И ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ГИМНАСТИКА

Липко Наталия Николаевна¹, Новикова Элла Николаевна¹, Афонин Михаил Викторович¹, Мукин Тимофей Сергеевич¹

¹Красноярская государственная стоматологическая поликлиника № 3, Красноярск, Российская Федерация

Резюме. Борясь за здоровье пациентов, медицинские работники зачастую рискуют своим. Иногда профессиональные заболевания даже заставляют уйти из медицины. Избежать многих проблем можно благодаря грамотной профилактике, своевременным медицинским осмотрам и раннему обращению к коллегам за профессиональной помощью. Стоматологи, выполняя свою работу, зачастую не выполняют требований по гигиене труда и попадают под влияние профессиональных вредностей. Последние, в свою очередь, аккумулируются в организме и приводят к ухудшению здоровья специалиста. А значит, ухудшается качество оказываемой стоматологической

помощи. Введение в рабочий график производственной гимнастики может значительно снизить риски развития профессиональных заболеваний врача стоматолога.

Ключевые слова: врач стоматолог, профессиональные заболевания, производственная гимнастика, профилактика.

Актуальность. *Профессиональные болезни* – заболевания, возникшие в результате воздействия на организм профессиональных вредностей, неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса [1].

Профессиональные вредности – производственные вредности, факторы трудового процесса и производственной среды, оказывающие неблагоприятное воздействие на здоровье и работоспособность человека и вызывающие при определённых условиях развитие профессиональных болезней [2].

Профилактика – это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья.

Среди профессиональных вредностей выделяют:

- чрезмерное психоэмоциональное напряжение;
- вынужденная рабочая поза;
- длительное напряжение анализаторных систем;
- вредное воздействие химических веществ и биологических агентов;
- излучение (ионизирующее и неионизирующее);
- вибрация, шум [2].

Чрезмерное психоэмоциональное напряжение у стоматологов приводит к синдрому «эмоционального выгорания». Кристина Маслач, одна из ведущих специалистов по изучению «эмоционального выгорания» определяет «эмоциональное выгорание» как «синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки,

отрицательного отношения к работе и утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам (пациентам)» [3].

Для предупреждения развития этого синдрома необходимо хорошо отдыхать, иметь полноценный, желательно, восьмичасовой сон, а также посещать различные психологические тренинги. Все это помогает снять эмоциональное напряжение [4].

Вынужденная рабочая поза приводит к расстройствам в работе скелетно-мышечной системы и проявляется нарушениями в мышцах, нервах, сухожилиях, связках, суставах, хрящах и межпозвоночных дисках.

Наиболее частые заболевания: артрит, остеохондроз, сколиоз. Для профилактики развития данных заболеваний необходимо избегать длительного пребывания в одной позе, стараться занимать наиболее удобное и эргономически выгодное положение по отношению к больному, а также, время от времени, делать физические упражнения.

Длительное напряжение анализаторных систем связано с тем, что оперативное поле имеет очень маленькие размеры и требует большой точности выполнения манипуляций. В частности, зрительный анализатор испытывает самые сильные нагрузки. Согласно данным статистики, до 80% стоматологов после десятилетней практики приобретают заболевания глаз.

В результате неблагоприятных воздействий и неправильной организации труда развивается синдром «сухого глаза».

Для предупреждения проявления этого заболевания необходимо обеспечить достаточное освещение в кабинете, хороший обзор оперативного поля и выполнять упражнения на глаза, для расслабления зрительного анализатора.

Также, каждый день стоматолог испытывает на себе действие шума и вибрации, которые взаимно усиливают повреждающее действие друг друга. Это может привести к появлению колющих болей в сердце, затруднению дыхания и ощущению дискомфорта в руках.

В качестве профилактических мероприятий необходимо проводить совершенствование генераторов вибрации и шума, использовать гасящие вибрацию перчатки и обувь, а так же обеспечить хорошую шумоизоляцию кабинета [4].

На стоматолога воздействуют четыре группы профессиональных вредностей:

1. Физические факторы (вибрация, шум, ультразвук).
2. Химические факторы (острые, хронические интоксикации).
3. Биологические факторы (патогенные микроорганизмы).
4. Психофизиологические факторы [6].

Среди психофизиологических факторов, влияющих на здоровье врача-стоматолога, выделяют три основных:

- Положение во время работы: стоя или сидя в течение длительного времени.
- Статическая нагрузка на кисти рук.
- Зрительное напряжение.

Под статической нагрузкой, которая приводит к перегрузочным заболеваниям, понимают любую работу, требующую принятия и удержания в течение длительного времени определенного положения, действие которого усугубляется, если положение принято неправильно или если оно ведет к перегрузкам. При работе стоматолога в положении стоя мышечная нагрузка на позвоночный столб возрастает в 1,6 раза, сидя с наклоном – в 4 раза, стоя с наклоном – почти в 10 раз по сравнению с мышечной нагрузкой в спокойной позе сидя. Стоматологам-хирургам большую часть своего рабочего времени приходится работать стоя, в наклонном положении. При продолжительной работе в такой позе возникают искривление позвоночника и ног, деформация таза, плоскостопие, варикозное расширение вен нижних конечностей. Стоматологи других специальностей работают сидя, в согнутом положении, что приводит к искривлению позвоночника (кифоз, сутулость, сколиоз), предрасполагает к застою крови в венах брюшной

полости и прямой кишки, нарушению нормального пищеварения, развитию анемии, болям в пояснично-крестцовой области, геморроем и другим заболеваниями. Большую часть своего рабочего времени врач-стоматолог манипулирует инструментами. Общеизвестно, что нерационально тонкие ручки инструментов ведут к перенапряжению и спазмам мускулатуры. При удержании тонкого инструмента мышцы напряжены, рука утрачивает тонкую чувствительность. Также часто встречается неудобная форма наконечников для бормашины, отсутствие поворотной головки заставляет врача выворачивать руку при работе. Острые грани на корпусе инструментов способствуют образованию мозолей и вызывают боли в пальцах, появляется искривление третьего пальца руки: на левой – вследствие неудобной тонкой ручки зеркала, на правой – из-за нерациональной формы наконечника для бормашины.

Работа врача-стоматолога требует сочетания естественного и искусственного освещения. Источником искусственного освещения служат лампы накаливания, люминесцентные лампы, ксеноновые рефлекторы. Искусственное освещение способно вызвать развитие зрительного и общего утомления, рабочую миопию и спазмы аккомодации. При низком уровне освещенности для увеличения угла зрения врачу необходимо приблизиться к рассматриваемому объекту. Вследствие этого усиливается конвергенция за счет напряженной работы прямых внутренних мышц глаза. Это влечет за собой развитие рабочей миопии [6].

Для восстановления работоспособности и снятия физической усталости медицинских работников необходимо в лечебных учреждениях создавать условия для психологической разгрузки. С помощью психологов и инструкторов по физической культуре и спорту заниматься профилактикой психоэмоционального и физического состояний. Основным направлением в работе должна быть пропаганда здорового образа жизни и снижение общей заболеваемости. Обучать сотрудников методам и приемам самокоррекции

функциональных состояний, аутотренингу, дыхательным упражнениям, точечному самомассажу [5].

Цель нашего исследования: выявить наиболее распространенные заболевания у врачей-стоматологов и дать приемлемые рекомендации по их профилактике.

Материалы и методы исследования: С целью выявления профессиональных заболеваний было проведено анонимное анкетирование врачей-стоматологов КГАУЗ КГСП № 3. Врачам-стоматологам было предложено ответить на 23 вопроса, содержащихся в анкете. В опросе приняло участие 50 человек.

Результаты исследования. По результатам анкетирования: 35% опрошенных работают около 12 часов в сутки, неудобное положение во время работы отмечают 98%, из них 70% отметили, что неудобное положение во время работы им приходится принимать на протяжении всей смены. Постоянные боли в спине, руках или ногах в течение всей рабочей смены испытывают 60% анкетированных, заболеваниями опорно-двигательного аппарата страдают 55% опрошенных (остеохондроз, искривление позвоночника, заболевания суставов). Согласно ответам на вопросы анкеты: нарушение зрения за период работы стоматологом отмечают 60% опрошенных, наличие мозолей и потертостей на пальцах рук – 70%, неправильная опора при работе стоя у 80% врачей. Ответы на вопросы анкеты свидетельствуют о том, что большинство опрошенных врачей не делают утреннюю гимнастику, не занимаются спортом, не посещают бассейн, а так же не делают 2–3 минутный перерыв между приемом каждого пациента и 30 минутный перерыв в середине приема. Большинство опрошенных врачей жалуется на повышенную утомляемость (51%), боль, напряжение, зуд или жжение в глазах в конце рабочей смены (73%), а так же отмечают продолжительность сна менее 8 часов в сутки (60%). Предпочитают работать сидя 58% опрошенных. Делают утреннюю гимнастику 6% респондентов. Постоянно занимаются спортом 10%

опрошенных врачей. Из общего числа опрошенных 90% респондентов не знакомы с понятием «Производственная гимнастика».

В результате исследования установлено, что врачи-стоматологи мало внимания уделяют состоянию своего здоровья, не занимаются физическими упражнениями, не борются с вредными привычками. Нуждаются в профессиональной помощи специалистов по основам здорового образа жизни. Мы считаем, что необходимо возродить производственную гимнастику в каждом учреждении здравоохранения. Производственная гимнастика проводится длительностью 10–15 минут через 3 часа после начала рабочего дня.

Необходимость длительного соблюдения рабочей позы врача-стоматолога в неудобном положении приводит к росту числа заболеваний опорно-двигательной системы, сопровождается дискомфортом в области спины и шеи, ухудшает психоэмоциональное состояние. Это приводит к снижению качества выполняемой работы и производительности труда.

Производственная гимнастика является формой активного отдыха в процессе рабочего дня, повышает общий тонус организма, поддерживает высокую работоспособность. Сроки включения физкультурных пауз устанавливаются, соотносясь с особенностями трудовых процессов – степенью физической нагрузки, нервно-психическим напряжением, временем наступления утомления и т.д. Производственная гимнастика проводится во время коротких перерывов в работе с целью снижения утомления. Физиологические воздействия кратковременных физических упражнений устраняют застойные явления в конечностях, брюшной полости, восстанавливаются запасы энергии нервной системы, повышается мышечный тонус, умственная работоспособность, улучшается обмен веществ.

Помещение перед проведением производственной гимнастики должно быть проветрено, температура воздуха не выше 25°C. Производственная гимнастика особенно эффективна, когда проводится регулярно [7, 8].

Нами было составлено методическое пособие, которое включает в себя следующие комплексы упражнений:

1. Комплекс упражнений, снимающих утомление органов зрения.
2. Комплекс упражнений для шеи.
3. Упражнения, снимающие напряжение в спине.
4. Комплекс упражнений для укрепления и разработки суставов кисти.

Данные методические пособия выданы на кабинет. Весь комплекс упражнений занимает не более 15–20 минут. Врачам было рекомендовано выполнять упражнения 1 раз в середине рабочей смены, а так же делать перерыв между каждым пациентом 2–3 минуты, использовать специальную медицинскую обувь, обратить внимание на положение ног во время работы стоя.

Через 3 месяца после введения в рабочий процесс наших врачей-стоматологов производственной гимнастики нами было проведено повторное анкетирование, с целью изучения воздействия физкультурных пауз на общее физическое и эмоциональное состояние докторов.

В результате нами было выяснено, что 15% из числа опрошенных – не выполняли производственную гимнастику, объясняя это нехваткой рабочего времени, 35% – выполняли, но не регулярно, 50% – выполняли каждый день.

Из выполняющих гимнастику врачей – 10% не отмечают никаких изменений в своем эмоциональном и физическом состоянии, 40% отмечают улучшение настроения, снижение общей утомляемости в конце рабочей смены, 50% отмечают снижение интенсивности болей в спине, руках и ногах, снижение частоты головной боли.

Выводы. В результате исследования мы увидели положительную динамику в эмоциональном и физическом состоянии у врачей, занимающихся производственной гимнастикой регулярно. Для предотвращения или, хотя бы, минимизации пагубного влияния вредных факторов, врач-стоматолог должен серьезно и осознанно относиться к работе

и не игнорировать состояние своего здоровья. Мы планируем динамическое наблюдение за врачами через 6 и 12 месяцев соответственно.

В наших дальнейших планах разработка и внедрение методического пособия по производственной гимнастике для среднего и младшего медицинского персонала в стоматологии.

Список литературы

1. Профессиональные заболевания: рук. для врачей: в 2 т. / под ред. Н.Ф. Измерова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1996. Т. 1. 334 с.

2. Григорович Е.С., Трофименко А.М., Малуха И.М. Производственная гимнастика для работников основных групп умственного труда: Минск.: МГМИ, 2000 – 39 с.

3. Maslach C. The Professional Burnout // Public Welfare. 1978. № 1. P. 34–57.

4. Аюпов И.Ш. Профессиональные заболевания врача-стоматолога. Методы профилактики [Электронный ресурс] // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 2. URL: <https://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=15255> (дата обращения 12.04.2019).

5. Максимова Е.М., Сирак С.В. Анализ рисков и мер по профилактике профессиональных болезней врачей-стоматологов // Фундаментальные исследования. 2013. № 5–2. С. 319–323.

6. Лакшин А.М., Катаева В.А. Общая гигиена с основами экологии человека: учебник. М.: Медицина, 2004. 464 с.

7. Баранов В.М. Физические упражнения в режиме труда. Киев: Здоровья, 1978. 184 с.

8. Григорович Е.С. Трофименко А.М., Малуха И.Н. Производственная гимнастика для работников основных групп умственного труда: метод. рекомендации. Минск: МГМИ, 2000. 39 с.

Сведения об авторах

Липко Наталья Николаевна, Красноярская государственная стоматологическая поликлиника № 3; адрес: Российская Федерация, 660059, г. Красноярск, пр. Красноярский рабочий д.75, тел.+7(391)2013512; e-mail:nataliii_26@mail.ru.

Новикова Элла Николаевна, Красноярская государственная стоматологическая поликлиника № 3; адрес: Российская Федерация, 660059, г. Красноярск, пр. Красноярский рабочий д.75, тел.+7(391)2013512 <http://gsp3.krasgmu.ru>.

Афонин Михаил Викторович, Красноярская государственная стоматологическая поликлиника № 3; адрес: Российская Федерация, 660059, г. Красноярск, пр. Красноярский рабочий д.75, тел.+7(391)2013512, m.afonin@inbox.ru.

Мукин Тимофей Сергеевич, Красноярская государственная стоматологическая поликлиника № 3; адрес: Российская Федерация, 660059, г. Красноярск, пр. Красноярский рабочий д.75, тел.+7(391)2013512.

УДК 616.31(571.51)

НУЖДАЕМОСТЬ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ТРУДОСПОСОБНОГО КОНТИНГЕНТА НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА И ГОРОДОВ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Люлякина Елена Григорьевна

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация

Резюме. С развитием обязательного и добровольного медицинского страхования, повсеместным внедрением высокоэффективных профилактических, диагностических и лечебных технологий оказания стоматологической помощи, изменилась структура стоматологической заболеваемости. Стандартизация стоматологических медицинских вмешательств, наличие критериев контроля качества позволили провести клинко-рентгенологическую оценку нуждаемости в стоматологической помощи трудоспособного контингента населения.

Ключевые слова: стоматологическая заболеваемость, стоматологическая помощь, диагностика.

Актуальность. С развитием системы страховой медицины изменилась структура стоматологической заболеваемости трудоспособного населения. Распространенность кариеса зубов среди населения различных регионов Российской Федерации колеблется от 82 до 100%, в возрастной группе 35–44 года – 97%, интенсивность, выраженная индексом КПУ, составляет 14,35, в том числе составляющая «кариес» – 3,72, «пломба» - 5,88, «удален» – 4,75. Потеря зубов во втором периоде зрелого возраста достигает до 55%, нуждаемость в зубном протезировании – 60%. Цифры существенно отличаются в различных регионах, городской и сельской местности [2, 5].

Широкое внедрение современных методов лучевой диагностики в стоматологии, особенно радиовизиографии, компьютерной ортопантомографии, конусно-лучевой компьютерной томографии, расширили показания к повторному стоматологическому вмешательству [1, 3, 5].

Цель исследования: по данным клинического и рентгенологического исследования оценить нуждаемость в стоматологических медицинских вмешательствах трудоспособного контингента населения города Красноярска и городов Красноярского края.

Материалы и методы исследования: Методом случайной выборки изучены данные клинико-рентгенологической оценки стоматологического статуса 205 пациентов трудоспособного возраста (от 16 до 55 лет – женщины, от 16 до 60 лет – мужчины), проживающих в г. Красноярске и городах Красноярского края, обратившихся с целью санации, а также по причине страданий неуточненной этиологии в челюстно-лицевой области.

Проведен сбор жалоб, анамнестических данных, истории заболевания, внешний осмотр области головы и шеи, пальпация мягких тканей, костных структур челюстно-лицевой области, оценка функции височно-

нижнечелюстных суставов, специальные пробы, рентгенологическое исследование (прицельная контактная внутриротовая радиовизиография – 99,5%, компьютерная ортопантомография – 60%, при необходимости уточнения диагноза – конусно-лучевая компьютерная томография верхней и нижней челюсти, дна верхнечелюстных синусов – 48,7%, в т.ч. с захватом ВНЧС – 8,8%) с соответствующим описанием в медицинской карте стоматологического больного. Данные обработаны статистически.

Результаты исследования. Среди обратившихся за стоматологической помощью трудоспособных постоянных жителей г. Красноярска и городов Красноярского края распространенность кариеса составила 99,5%, гингивит и болезни пародонта – 87,3%, нарушения прикуса, травматический узел – 73,2%, нуждаемость в ортопедических методах восстановления зубов и зубных рядов – 59,0%. Интенсивность кариеса (индекс КПУ) в среднем составила 12,9, в структуре КПУ составляющая «кариес» – 3,9, «пломба» – 5,2, «удален» – 3,8.

Из 5392 исследованных зубов по клинико-рентгенологическим данным подлежали удалению 1% зубов: дистопированные, в т.ч. ретинированные и полуретинированные, (преимущественно третьи моляры, в т.ч. прорезывающийся в верхнечелюстной синус, премоляры, мезодент), кариозно разрушенные зубы, фиксируемые как «radix». Первично выявлены деструктивные изменения апикального периодонта в зубах, имеющих кариозную полость, 1,8% зубов (рис. 1, 2).

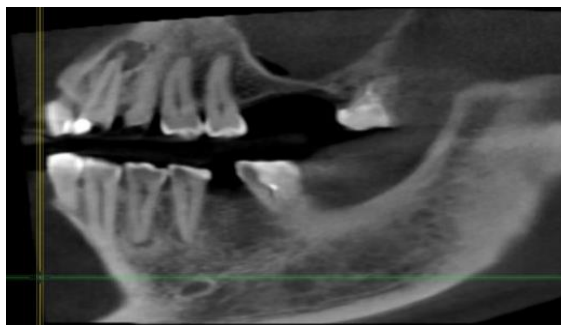


Рис.1. Впервые выявленная околокорневая киста зуба 22 (КЛ КТ)

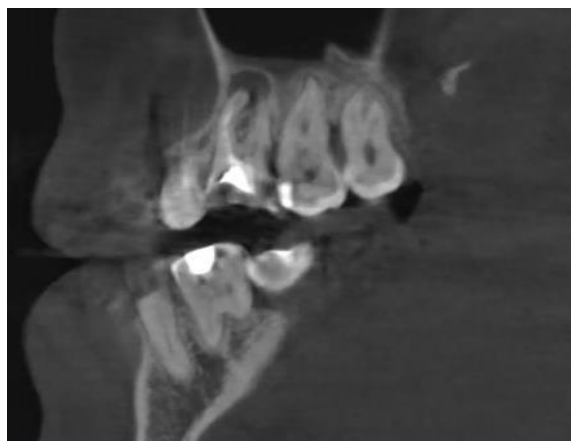


Рис.2. Околокорневая киста передне-щечного корня зуба 26, изгиб корня, неадекватное заполнение корневого канала (КЛ КТ)

Из 1066 пломб имели механические дефекты, сколы 15,6%, 27,3% пломб премоляров и моляров, 4,2% фронтальных зубов выявлен несостоятельный контактный пункт или зияние межзубного промежутка, 1,5% зубов, ранее восстановленных пломбой по поводу кариеса, на КЛ КТ выявлены радикулярные кисты.

10,8% зубов лечены по поводу осложнений кариеса, из них неполная или чрезмерная obturation корневого канала выявлена в 22,5% зубов, сопровождалась деструктивными изменениями в периапикальных тканях в 93,3% случаев (рис. 3).

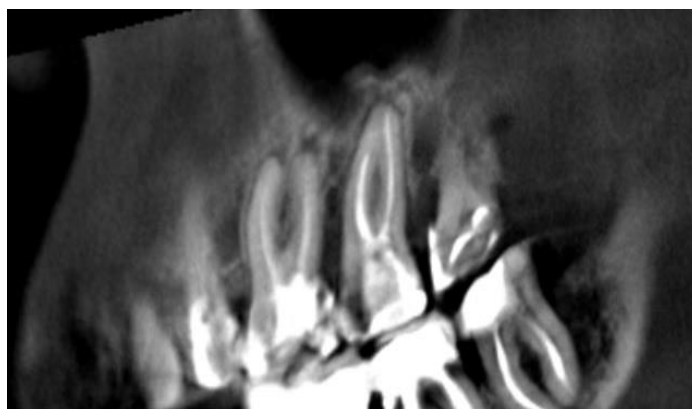


Рис. 3. Разрежение костной ткани межзубных перегородок зуба 17, 48 вследствие несостоятельных контактных пунктов, чередование участков остеопороза и остеосклероза в костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти, неадекватное пломбирование передне-щечного канала зуба 17, периапикальные изменения зубов 16, 17 (КЛКТ)

Деструктивные изменения в краевом отделе альвеолярных отростков челюстей, связанные с несостоятельным контактным пунктом выявлены у 27,3% пломбированных зубов, воспалительным процессом (пародонтитом) – 7,3% случаев.

Имели зубные протезы – 22,5% обследованных, в т.ч. протезов на имплантатах – 2,4%. Неудовлетворяющие пациентов (рис.4), некачественные и/ или несовместимые по материалу ортопедические конструкции выявлены в 26,3% случаев, в т.ч. вызвавших ятрогенные изменения тканей пародонта и слизистой оболочки ротовой полости – 12,5%.



Рис. 4. Несостоятельные контактные пункты в области отсутствующего зуба 17, зубов 26 и 27, 37 и 38, проксимальный кариес, 47 и 48, двойная коронка зуба 48, неадекватное эндодонтическое лечение зубов 23, 26, 44, периапикальные изменения (ОПТГ)

Выводы:

1. Интенсивность кариеса у трудоспособного контингента населения города Красноярска и городов Красноярского края составила 12,9 (средняя интенсивность).

2. Каждый обратившийся в среднем нуждался в лечение 3,9 зубов по поводу кариеса, замене 2,9 пломбы, эндодонтическом лечении, в т.ч.

повторном – 1,5 зубов, удалении 0,3 зуба, профессиональной гигиене полости рта в 87,5%, протезировании или замене зубных протезов – 59% случаев.

3. Ретроспективная оценка качества пломбирования зубов показала необходимость замены около 30% пломб (рецидив кариеса, дефект пломбы, несостоятельность контактного пункта, явившегося источников воспалительного процесса краевого периодонта, деструктивные изменения в апикальном периодонте).

4. Ретроспективная оценка качества заполнения корневых каналов выявила дефекты в 22,5% случаев, из них периапикальные изменения отмечены у 93,3%.

Список литературы

1. Чибисова М.А., Зубарева А.А., Холин А.В. Кайзеров Е.В., Чарьев Р.Х. Клинико-рентгенологические особенности различных форм хронических периодонтитов // Институт стоматологии. 2016. № 2 (71). С. 38–43.

2. Кузмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. М.: Московский государственный медико-стоматологический университет, 2003. 216 с.

3. Рогацкий Д.В. Обоснование применения конусно-лучевой компьютерной томографии в стоматологии // Медицинский алфавит. 2010. Т. 3, № 11. С. 14–16.

4. Токмакова С.И., Бондаренко О.В., Шевцова А.А., Сгибнева В.А., Жукова Е.С., Воблова Т.В. Оценка распространенности и интенсивности кариеса и некариозных поражений у взрослого населения города Барнаула [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 4. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27913> (дата обращения: 11.03.2019).

5. Чибисова М.А., Зубарева А.А., Дударев А.Л. Кайзеров Е.В. Современные подходы к дифференциальной клинико-рентгенологической характеристике одонтогенных кист челюстно-лицевой области различных

этиопатогенетических типов // Институт стоматологии. 2017. № 3 (76). С. 78–83.

Сведения об авторе

Люлякина Елена Григорьевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +7(391)2323436, e-mail: lyulyakina@yandex.ru.

УДК 616.31-082

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КГАУЗ «ЛЕСОСИБИРСКАЯ МСП» ЗА ПЕРИОД С 2015 ПО 2017 ГОДЫ

Макарова Виктория Евгеньевна

Лесосибирская межрайонная стоматологическая поликлиника, Лесосибирск, Российская Федерация

Резюме. В данной статье приведены результаты исследований статистических показателей объемов медицинской помощи в связи с переходом КГАУЗ «Лесосибирская МСП» в статус межрайонной поликлиники.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, стоматологические услуги, статистика, межрайонная поликлиника.

Актуальность. Здоровье – одно из высших благ человека. Согласно 41 ст. «Конституции РФ» от 12.12.1993 г.: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Город Лесосибирск находится в Красноярском крае, его численность населения составляет 59642 человека, площадь 277 км². Особенностью

КГАУЗ «Лесосибирская МСП» заключается: в географическом удалении от краевого центра г. Красноярска – 286 км.

Приказом № 727-орг. от 30.12.2013 г. МБУЗ ЛГСП переведена в подчинение министерства здравоохранения Красноярского края и переименована в КГАУЗ «Лесосибирская межрайонная стоматологическая поликлиника». В статусе межрайонной поликлиники МО оказывает стоматологическую помощь жителям Мотыгинского района, Казачинского района, Енисейского района, Пировского района. Численность населения выше перечисленной зоны составляет 54622 человека, площадь обслуживаемой территории 136397 км². Отсутствие прикрепленного населения, увеличение объемов медицинской помощи, сезонность работ жителей близлежащих населенных пунктов, разлив рек, порой, и отсутствие транспорта, вызывает некоторые трудности в управлении и планировании работы КГАУЗ «Лесосибирская МСП». В данных условиях для увеличения доступности и улучшения здоровья полости рта, особый упор делается на проведение санации полости рта в сжатые сроки.

Запись на плановый прием по телефону и посредством WEB – регистратуры значительно облегчила жителям отдаленных районов возможность вылечить зубы в желаемый день и время.

Цель исследования: провести сравнительный анализ изменения соотношения качественных и количественных показателей при увеличении объемов медицинской помощи за период 2015–2017 гг.

Материалы и методы исследования: Для планирования работы КГАУЗ «Лесосибирская МСП» используем следующую учетную документацию:

1. Ф-043/у – медицинская карта стоматологического больного;
2. Ф-037/у – листок ежедневного учета работы врача-стоматолога;
3. Ф-30/у – контрольная карта диспансерного наблюдения;
4. Ф-039/у – сводная ведомость учета работы врача-стоматолога, которая заполняется медицинским статистиком и предоставляется

еженедельно, ежемесячно, ежеквартально, по итогам 6 месяцев, 9 месяцев, года;

5. Ф-12 – сведения о числе заболеваний.

С помощью перечисленной учетно-отчетной документацией установленных форм, предназначенных для регистрации и анализа данных, характеризующих состояние здоровья отдельных лиц и различных групп населения, мы можем определить объем, содержание и качество оказываемой медицинской помощи в КГАУЗ «Лесосибирская МСП». Вся статистика строится на принципах единства показателей, получения, соблюдения сроков составления отчетности и предоставления в вышестоящие инстанции.

Результаты исследования. Для исследования были обработаны данные сводных годовых отчетов врачей КГАУЗ «Лесосибирская МСП» по Ф-39 у: По результатам нашего исследования были получены данные о том, что: все посещения за 2015 – 2017 гг. составили 115197 посещений: в 2015 году было 32139 посещений, что соответствовало 27,9% от общего количества посещений, в 2016 году – 34790 (30,2%), в 2017 году – 48268 (41,9%) соответственно. Увеличение количества посещений за период 2015-2017 гг. наблюдали на 14% (рис.1).

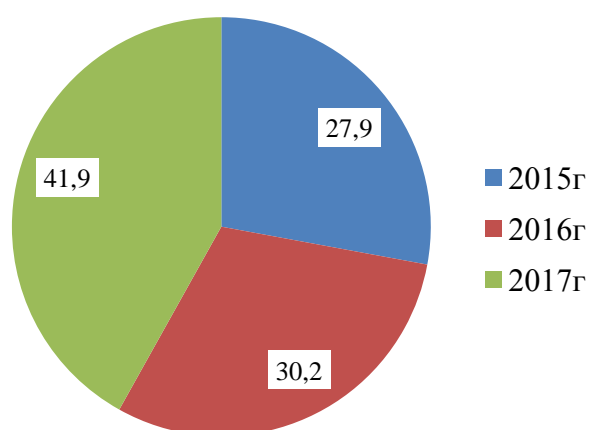


Рис. 1. Посещения за период 2015-2017 гг. в КГАУЗ «Лесосибирская МСП» (%)

За период 2015 – 2017 гг. всего наложено пломб в одно посещение – 23925. Так, в 2015 году в одно посещение наложено пломб – 6890, что составило от общего количества 28,8%, в 2016 году – 8183 (34,2%), в 2017 году – 8852 (37%), в среднем увеличение количества пломб было на 8,2% (рис. 2).

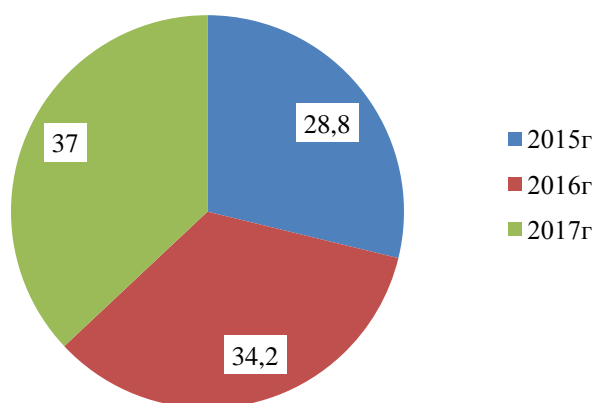


Рис. 2. Количество пломб, наложенных в 1 посещение за период 2015-2017 гг. в КГАУЗ «Лесосибирская МСП» (%)

Всего удалено зубов за период 2015–2017 гг. – 28419. Так, в 2015 году удалено 8980 зубов, что составило 31,6% от общего количества удаленных зубов за период наблюдения, в 2016 году – 9635 зубов (33,9%), в 2017 году – 9804 зуба (34,5%).

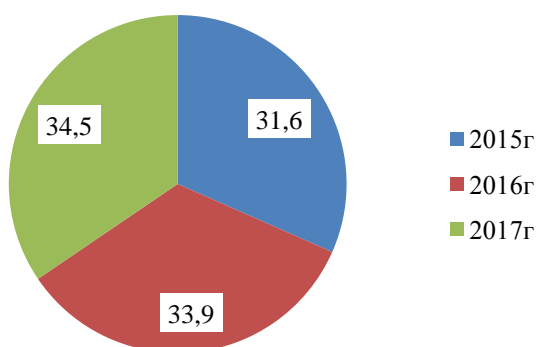


Рис. 3. Количество удалений за период 2015-2017 гг. в КГАУЗ «Лесосибирская МСП» (%)

По нашему мнению, рост количества удаленных зубов на 2,9% за период 2015–2017 гг. может быть связано с низкой мотивацией пациентов к раннему обращению за стоматологической помощью (рис. 3).

Исследованием установлено, что всего санаций полости рта за 2015 – 2017 гг. было 5240. Из них, в 2015 году проведено 1828 санаций, что составило 34,9% от общего количества санаций за период наблюдения, в 2016 году – 1756 санаций (33,4%), в 2017 году – 1656 санаций (31,5%). Полученные данные свидетельствуют о динамике снижения санаций полости рта на 6,4%, что может быть связано удаленностью населенных пунктов и сезонными природными явлениями не позволяющими довести лечение полости рта до полной санации (рис. 4).

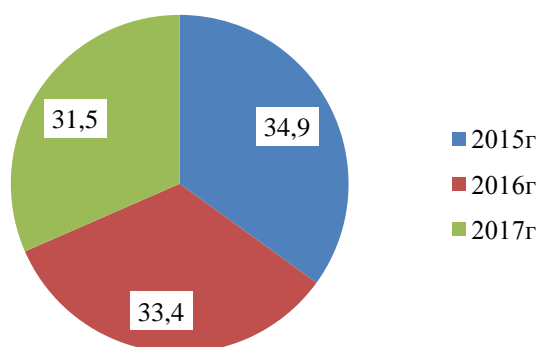


Рис. 4. Санации полости рта за период 2015-2017 гг. в КГАУЗ «Лесосибирская МСП» (%)

Всего зубов, вылеченных по поводу осложненного кариеса составило 13415. Из них, в 2015 году было вылечено 3970 зубов, что составило 29,6%, в 2016 году – 4642 зуба (34,6%), в 2017 г – 4816 зуба (35,9%). Из полученных данных можно сделать вывод о росте случаев обращений по поводу лечения осложненного кариеса на 6,3% (рис. 5).

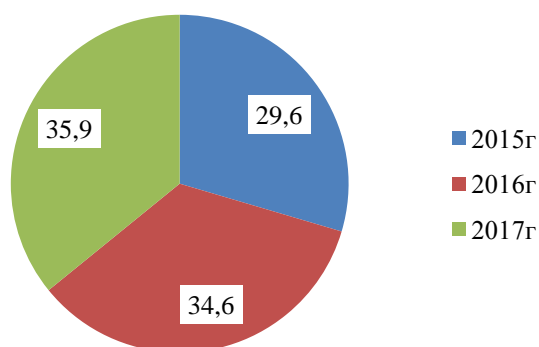


Рис. 5. Количество обращений по поводу осложненного кариеса за период 2015-2017 гг. в КГАУЗ «Лесосибирская МСП» (%)

Проведя сравнительный анализ объемов медицинской помощи установили: при увеличении нагрузки в период с 2015 по 2017 годы (количества посещений на 14%, количества пломб, наложенных в 1 посещение на 2,3%), происходит снижение качественных показателей (рост случаев обращения по поводу осложненного кариеса на 6,3%, снижение динамики санации полости рта на 6,4%, увеличение количества удаленных зубов на 2,9%).

Выводы. С переходом МО в статус межрайонного учреждения увеличилась доступность оказания квалифицированной медицинской стоматологической помощи для жителей удаленных территорий. Отсутствие и ограниченное оказание медицинских услуг в месте проживания, социальный статус, удаленность населенных пунктов и сезонные природные явления не позволяют довести лечение полости рта до полной санации. Выходом из положения вижу: лечение осложненного кариеса в одно посещение, увеличение количества зубов, пролеченных в рамках одного визита, пропаганда здорового образа жизни на селе, рекомендовать и помогать ФАП-ам, усилить санпросвет работу по поводу профилактики стоматологических заболеваний.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 20.03.2019).
2. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению [Электронный ресурс] : Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 09.01.2018). URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175963 (дата обращения: 20.03.2019).
3. Шилова В.М., Абаев З.М. Нормы труда в стоматологии / под ред. Р.У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 176 с.

Сведения об авторах

Макарова Виктория Евгеньевна, Лесосибирская межрайонная стоматологическая поликлиника; адрес: Лесосибирск, 662547, 9 микрорайон 14; тел. +7(39145)51408; e-mail: viktorya.makarova2014@gmail.com.

УДК 611.311:616.31-089-039.77

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЭСТЕТИЧЕСКИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

*Маругина Татьяна Леонидовна¹, Киприн Дмитрий Владимирович¹,
Хасанов Озаршох Синобоевич¹*

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация

Резюме. В эпоху современной стоматологии чрезвычайно важно, учитывать факторы, влияющие на окончательный эстетический результат оперативного лечения. Одним из таких факторов является учет типа слизистой оболочки альвеолярного гребня перед планированием имплантологических операций. В данной статье определены биотипы

десневого края: тонкий, средний, толстый и по результатам исследований даны клинические рекомендации по изменению биотипа в предоперационном периоде.

Ключевые слова: биотип десны, толщина десны, планирование операций, характеристика десны.

Актуальность. При планировании оперативных вмешательств необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности оперируемой области. В челюстно-лицевой зоне большое количество реконструктивных операции проводятся на альвеолярных отростках челюстей. Различные биотипы слизистой оболочки по-разному реагируют на оперативное вмешательство, процессы воспаления, что влияет на скорость регенерации в послеоперационном периоде [1]. Определив биотип десны в предоперационном периоде, врач-стоматолог может грамотно спланировать оперативное вмешательство, а при необходимости провести мероприятия по его изменению [2].

Материалы и методы исследования: Для определения биотипа десны альвеолярного отростка было обследовано 23 пациента в возрасте от 18 до 25 лет. Были использованы методы визуального осмотра, зондирование зубодесневого кармана и определение толщины слизистой оболочки пункционным методом.

Биотип десны при визуальном осмотре оценивали на основе общего вида десны вокруг зуба. Биотип десен считался толстым, если десна была плотной и фиброзной, и тонким, если десна была нежной, рыхлой и почти полупрозрачной. Преимущество этого метода заключается в том, что он является минимально инвазивным, однако было установлено, что он имеет очень низкую точность и очень высокую вариабельность между исследуемыми [3].

Методом зондирования исследовали десну с срединно-вестибулярной части. В зубодесневой желобок вводили пародонтальный зонд, биотип десен

классифицируется как тонкий или толстый в зависимости от видимости лежащего в зубодесневом желобке пародонтального зонда. Толстым считается, если зонд не просвечивает и не определяется под десной, а тонким, если зонд просвечивает, и мы его визуальнo наблюдаем. Это малоинвазивная техника с хорошей точностью [4].

Так же определяли толщину и биотип слизистой методом пункционных проколов. Перед инъекцией проводили аппликационную анестезию. С помощью иголки с резиновым стопором делали прокол и с фиксацией полученных данных. В дальнейшем они обрабатывались в соответствии с классификацией Becker в которой выделяются 3 группы (тонкий, средний и толстый). Это точный метод измерения, однако, это инвазивный метод [5].

Результаты исследования. В рамках подготовки к имплантации у 23 пациентов был определен биотип десневого края. В зависимости от локализации оперативного вмешательства пациенты распределены на 2 группы с частичной адентией во фронтальном и боковом отделах верхней челюсти. Результаты измерений представлены в таблице № 1.

Таблица 1.

Оценка биотипа слизистой оболочки альвеолярного гребня в предоперационном периоде при планировании эстетически реконструктивных операциях

Локализация дефекта зубного ряда Толщина слизистой оболочки	Тонкий 2,1 мм.	Средний 2,8 мм.	Толстый 4,1 мм.
Частичная адентия во фронтальном отделе	5	4	3
Частичная адентия в боковом отделе	1	3	7

У 5-ти пациентов с частичной адентией во фронтальном отделе с тонкой толщиной слизистой оболочки проводилась методика изменения биотипа с использованием технологии A-PRF до среднего уровня. Конечный результат имплантации представлен на рисунке № 1.



Рис. 1. Конечный результат формирования десневого края во фронтальном отделе

У одного пациента с частичной адентией в боковом отделе с тонкой толщиной слизистой оболочки проводилась методика изменения биотипа с использованием технологии A-PRF до среднего уровня. Конечный результат имплантации представлен на рисунке № 2.



Рис. 2. Конечный результат формирования десневого края в боковом отделе

Заключение.

1. При планировании эстетических реконструктивных операций в алгоритме диагностических исследований необходимо учитывать тип слизистой оболочки.

2. При тонком десневом типе слизистой оболочки для профилактики рецессий десневого края, целесообразно использовать современные способы усиления биотипа, в частности методику A-PRF.

Список литературы

1. Kao R.T., Fagan M.C., Conte G.J. Thick vs. thin gingival biotypes: A key determinant in treatment planning for dental implants // J. Calif. Dent. Assoc. 2008. Vol. 36, № 3. P. 193–198.

2. Kan J.Y., Morimoto T., Rungcharassaeng K., Roe P., Smith D.H. Gingival biotype assessment in the aesthetic zone: Visual versus direct measurement // Int. J. Periodontics Restorative Dent. 2010. Vol. 30, № 3. P. 237–243.

3. Cuny-Houchmand M., Renaudin S., Leroul M., Planche L., Guehenne L., Soueidan A. Gingival biotype assessment: Visual inspection relevance and maxillary versus mandibular comparison // Open Dent. J. 2013. Vol. 7. P. 1–6.

4. De Rouck T., Eghbali R., Collys K., De Bruyn H., Cosyn J. The gingival biotype revisited: transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingiva // J. Clin. Periodontol. 2009. Vol. 36, № 5. P. 428–433.

5. Egreja A.M., Kahn S., Barceleiro M., Bittencourt S. Relationship between the width of the zone of keratinized tissue and thickness of gingival tissue in the anterior maxilla // Int. J. Periodontics Restorative Dent. 2012. Vol. 32, № 5. P. 573-579.

Сведения об авторах

Маругина Татьяна Леонидовна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +7 (391)2202292; e-mail: tatyana.marugina@mail.ru.

Киприн Дмитрий Владимирович, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +7 (391) 220 23 09; e-mail: d_kiprin@mail.ru.

Хасанов Озаршох Синобоевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +7(950)4093525; e-mail: ozarshokh_dentist@bk.ru.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПРЕССИОННОГО ПРЕССОВАНИЯ ПЛАСТМАССЫ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

Маскадынов Лев Евгеньевич¹, Чижов Юрий Васильевич², Маскадынов Евгений Николаевич¹, Митрофанов Павел Викторович³, Казанцева Тамара Владимировна²

¹*Стоматологическая клиника «Вивап-Дент», Абакан, Российская Федерация*

²*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

³*Красноярская государственная стоматологическая поликлиника № 7, Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. В статье представлен метод изготовления съемных пластиночных протезов с применением авторской кюветы двойного винтового дожатия. Подробно описаны составные части кюветы, даны принципиальные отличия методики изготовления съемных протезов с помощью данной кюветы, выделены преимущества предлагаемой методики изготовления съемных протезов с помощью предлагаемой авторской кюветы.

Ключевые слова: съемный пластиночный протез, кювета, компрессионный способ, винтовое дожатие.

Актуальность. На сегодняшний день известны два основных метода получения гипсовой пресс-формы, в которых проводится полимеризация базисной пластмассы: разъемный и неразъемный, сами методы называются: компрессионное прессование, когда формуемый материал помещают в форму и сжимают контрштампом (штамп+контрштамп или разъемный метод); литьевое прессование, когда материал вводят в закрытую форму через литниковый канал [5, 6, 7, 8].

Исходя из данных литературы и, опираясь на результаты собственных исследований о токсичности и пористости исследуемых базисных акриловых пластмасс [1, 2, 3, 4, 9, 10], мы разработали новый вариант изготовления

съемных акриловых протезов компрессионным способом (разъемная пресс-форма (штамп+контрштамп)) посредством разработки кюветы двойного винтового дожатия и изменением традиционного, повсеместно применяемого способа полимеризации кюветы [5, 6, 7, 8] на водяной бане (вместо 30 минут кипячения–1 час (60 мин.) кипячения, т.е. + 30 минут).

Цель исследования. Разработать новый метод компрессионного прессования с получением разъемной пресс-формы, исключив недостатки известных предыдущих аналогичных способов изготовления съемных протезов (наличие грата, большой пористости и токсичности за счет свободного мономера).

Материал и методы исследования: *Анализ классического метода компрессионного прессования в латунных кюветах. Получение разъемной гипсовой пресс-формы.* Для получения пресс-форм применяли стандартные металлические кюветы, состоящие из двух половин: основания кюветы и контр-штампа со съемными крышками. Кювета представляет собой металлическую коробку, состоящую из трёх или четырёх частей, т.е. двух половин и одной или двух крышек (рис.1).



Рис.1. Кювета зуботехническая ЗН-2

Кюветы бывают разной величины (малые, средние, большие), благодаря чему в них могут помещаться модели челюстей различных

размеров. Желательно, чтобы нижняя часть (основание) кюветы была выше, чем верхняя. Обе половины кюветы имеют снимающиеся крышки. Все части кюветы снабжены приспособлениями (выступами, пазами и др.), обеспечивающими точность и правильность их сборки. Материалом для кювет служат медные, железные, алюминиевые сплавы, текстолит.

При существующей технологии формования базисных пластмасс компрессионным методом и полимеризации на «водяной бане» возможно значительное неконтролируемое изменение формы протеза при его окончательном изготовлении. Это связано с тем, что в процессе полимеризации мономер сокращается в объеме до 21%, а пластмассовое «тесто» – на 6–7%.

К недостаткам традиционных методов относят возможность *образования пор* из-за нарушения процесса полимеризации.

- *Газовая пористость* проявляется в глубине материала и тем значительнее, чем толще слой массы.

- *Пористость сжатия* возникает в результате недостаточного давления на массу в процессе её полимеризации, может возникнуть в любом участке, где имеется недостаточное давление вследствие недостаточного заполнения формы.

- *Гранулярная пористость* возникает при неправильном соотношении порошка и жидкости.

При прямом методе гипсования возможно нарушение контуров мелких частей протеза, при обратном способе возможно увеличение объёма протеза. Экспериментально установлено, что при фиксации съёмного протеза, изготовленного компрессионным методом формования, отмечают повышение высоты нижнего отдела лица. Повышение высоты нижнего отдела лица объясняют тем, что в процессе формования излишки полимер-мономерной композиции выдавливаются по линии разъёма половинок кюветы, т.е. метод создает предпосылки к увеличению толщины базиса протеза. Степень этого увеличения равна толщине слоя пластмассы между

половинками гипсовой пресс-формы. Кроме того, на эту же величину происходит вертикальное перемещение искусственных зубов. Неполное выдавливание излишков пластмассы происходит в связи с тем, что во время формовки пластмассового «теста» между штампом и контрштампом по мере сближения частей кювет пространство уменьшается и затрудняется течением полимера.

Однако, поскольку зубной техник стремится сомкнуть части кювет, давление продолжает расти, в результате чего гипсовая форма может деформироваться, а вместе с ней и протез. *Доказательство этого – наличие грата, т.е. полоски пластмассы, остающейся после прессования между половинками кювет. Грат имеет конусообразную форму с толщиной у основания базиса протеза 1-2,5мм. При этом толщина грата и разобцение прикуса тем больше, чем выше вязкость (плотность) формуемого полимера и чем слабее гипсовые пресс-формы.*

Одно из основных требований, предъявляемых к базисным материалам, - стабильность формы. Несмотря на то, что акриловым пластмассам присуще непостоянство размеров, они все же нашли широкое применение для изготовления пластиночных протезов. Объяснить это можно некоторой приспособляемостью мягких тканей к протезам. В то же время известно, что деформирование пластмассовых протезов неблагоприятно отражается на их функциональной ценности.

Критически оценивая метод формовки базисного материала путём компрессионного прессования, можно сказать, что в технологию компрессионного прессования в классических латунных кюветах заложена неизбежность изменения формы протеза.

2. Анализ метода литьевого прессования.

Получение неразъёмной гипсовой пресс-формы. Данный метод требует применения специальной (нестандартной) кюветы. Для этого на гипсовой модели с восковым базисом и искусственными зубами создается литниковая

система из специальных сортов воска, а гипсовка в кювету проводится одним замешиванием гипса или силиконовой массы.

После удаления воска такая пресс-форма не может быть визуально проверена на предмет полного и качественного его удаления. Формовка полимер-мономерной композиции проводится при более жидкотекучем состоянии массы через систему литников под давлением, создаваемым специальным поршнем (принцип «шприца»). Такой способ замены воска на пластмассу получил название *метод инъекционно-литьевого прессования* (рис. 2).

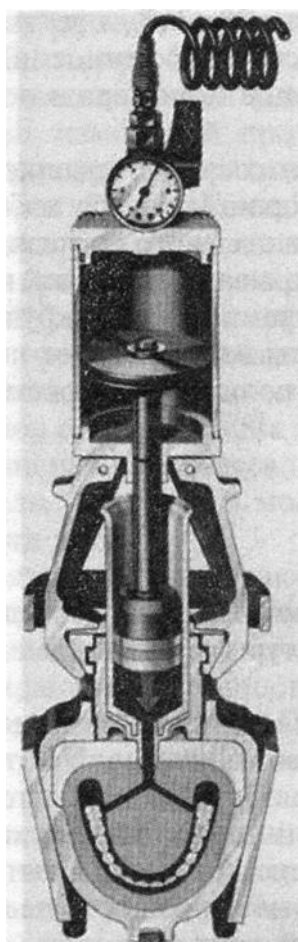


Рис. 2. Метод инъекционно-литьевого прессования пластмассы.

Поршень инжектора во время полимеризации находится под сжимающим действием пружины, поэтому из него в полость гипсовой пресс-формы через литник поступает дополнительное количество формовочной

массы, компенсирующее полимеризационную усадку. При этом методе прессования (формовки) нет линейно-объемных вертикальных изменений базиса, которые имеют место при компрессионном прессовании, содержание остаточного мономера не превышает 0,2–0,5%, очень незначительные упругие внутренние напряжения, фактически исключено коробление базиса, который точно соответствует рельефу протезного ложа.

Тем не менее, многие исследователи отмечают следующие *недостатки* данного метода: отсутствие визуального контроля полноты удаления воска из гипсовой пресс-формы, достаточно проблематичным является нанесение изоляции на стенки гипсовой пресс-формы, что проявляется или в недостаточно прочном химическом соединении искусственных зубов и пластмассы базиса, или в искажении рельефа базиса.

Следует помнить, что гипс, обладая пористой структурой, не препятствует проникновению мономера в его толщу. Если поверхность гипса при производстве протеза не изолировать от набухшей пластмассы, то часть мономера внедряется в поверхностный слой гипса и там полимеризуется. Механическое удаление этого слоя с внутренней поверхности базиса протеза ведет к искажению его рельефа, ухудшает фиксацию протеза и адаптацию к нему.

Грубая шероховатость в виде пор различной величины, бугров, шипов, острых гребней, неровностей встречается на внутренней поверхности 25% пластиночных протезов.

Возникновение мелких поверхностных пор связано с гигроскопичностью гипсовых моделей, крупных пор – с испарением мономера при быстром подъеме температуры во время полимеризации, эрозий на поверхности базисов протезов – с испарением воды, а бугорки, гребешки, неровности, шипы образуются вследствие вдавления пластмассового теста в поры гипсовых моделей. По другим сведениям, шероховатость внутренней поверхности протезов наблюдается у 74% базисов протезов.

Результаты исследования. Для выполнения поставленной цели по нашему мнению, необходимо было разработать новый вариант кюветы компрессионного прессования с изменением режима полимеризации пластмассы.

3. Анализ компрессионного прессования с новой кюветой.

Задачей изобретения является создание простой в изготовлении, дешевой и удобной в работе кюветы, обеспечивающей эффективное уплотнение базисного материала для компенсации его усадки при полимеризации, и возможность адаптации к разным размерам челюстей [патент №2640390 РФ] от 28.12.2017г.].

Для решения поставленной задачи предложена кювета для изготовления зубных протезов, содержащая разборный корпус, состоящий из нижней и верхней частей, состыкованных и сжатых между собой, снабженный отверстиями под выходные литниковые каналы. Согласно изобретению, кювета выполнена из металлической трубы цилиндрической формы со съемными крышками в каждой из частей с возможностью их поджатия с помощью винтов (болтов) и с толщиной стенок, обеспечивающей стыковку обеих частей с помощью, установленных в стенках частей кюветы металлических штифтов, выходные литниковые каналы образованы двумя отводными трубками (одетыми на винты), нижние концы трубок расположены диаметрально в зоне разъема с возможностью установки в создаваемых при выполнении гипсовой формы углублениях, примыкающих к щечным поверхностям репродукции восковой модели, располагаемой в центральной части кюветы, а верхние выступающие над кюветой концы отводных трубок пропущены через отверстия, выполненные в крышке верхней части, крышка нижней части снабжена ступенчатой вставкой, соосно установленной с возможностью осевого перемещения вверх и давления на гипс, при этом внутренние поверхности кюветы защищены от взаимодействия с гипсом с помощью изоляции (возможно писчей бумагой) (патент на изобретение № 2640390 от 28.12.2017г., Российская Федерация).

Для лучшего понимания последовательности технологических этапов и наглядности кювета представлена на данном рисунке («вверх ногами») (рис. 3.).

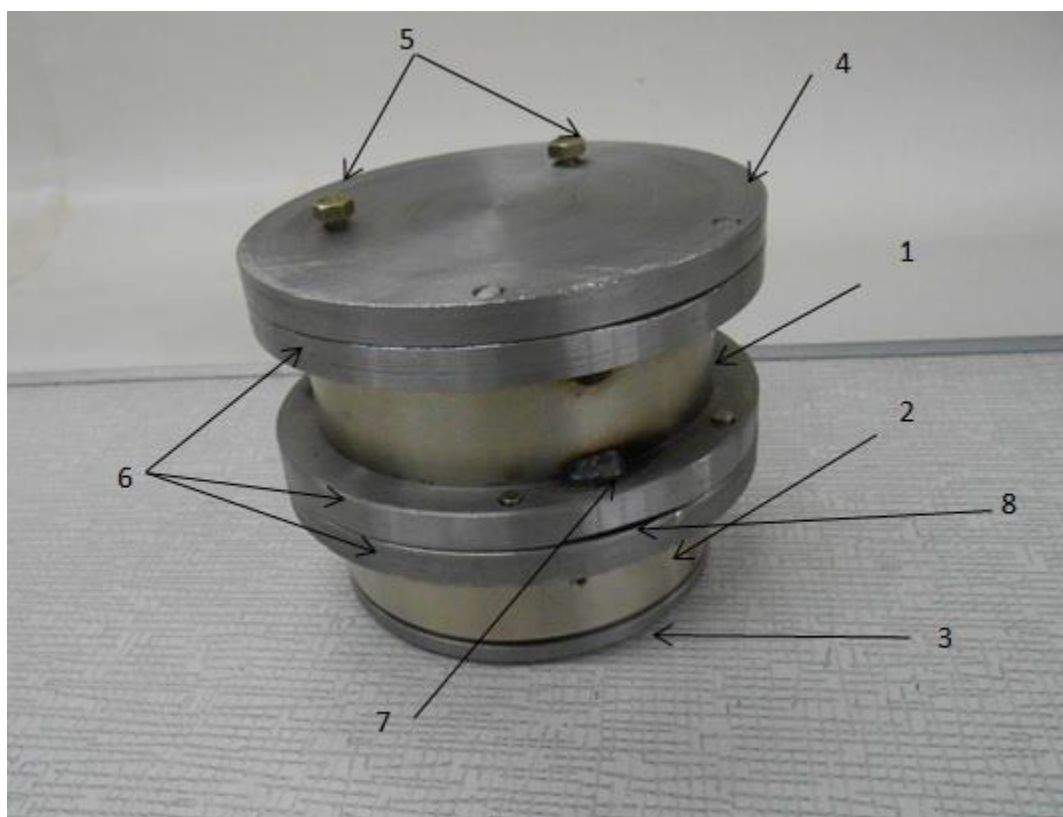


Рис. 3. Кювета двойного винтового дожатия (общий вид в сборе):
1. Нижняя часть корпуса кювета (труба и 2 фланца со штифтовыми отверстиями). **2.** Верхняя часть корпуса кювета (труба и 1 фланец с отверстиями). **3.** Верхняя крышка со ступенчатой вставкой. **4.** Нижняя крышка с винтами и отверстиями для трубок. **5.** Винты для трубок с винтовыми отверстиями в нижней крышке. **6.** Фланцы (сваренные с кольцами трубы ступенчатые шайбы со штифтами и отверстиями для точного соединения частей корпуса кювета). **7.** Точка соединения фланца и нижней части корпуса кювета (сварка). **8.** Линия соединения «штамп» и «контрштамп».

Соединение нижней части корпуса кювета с нижней крышкой с винтами и отверстиями для пластмассовых трубок представляет собой «штамп», т.е. нижнюю часть разъемной пресс-формы, которой и является данная кювета (рис.4).

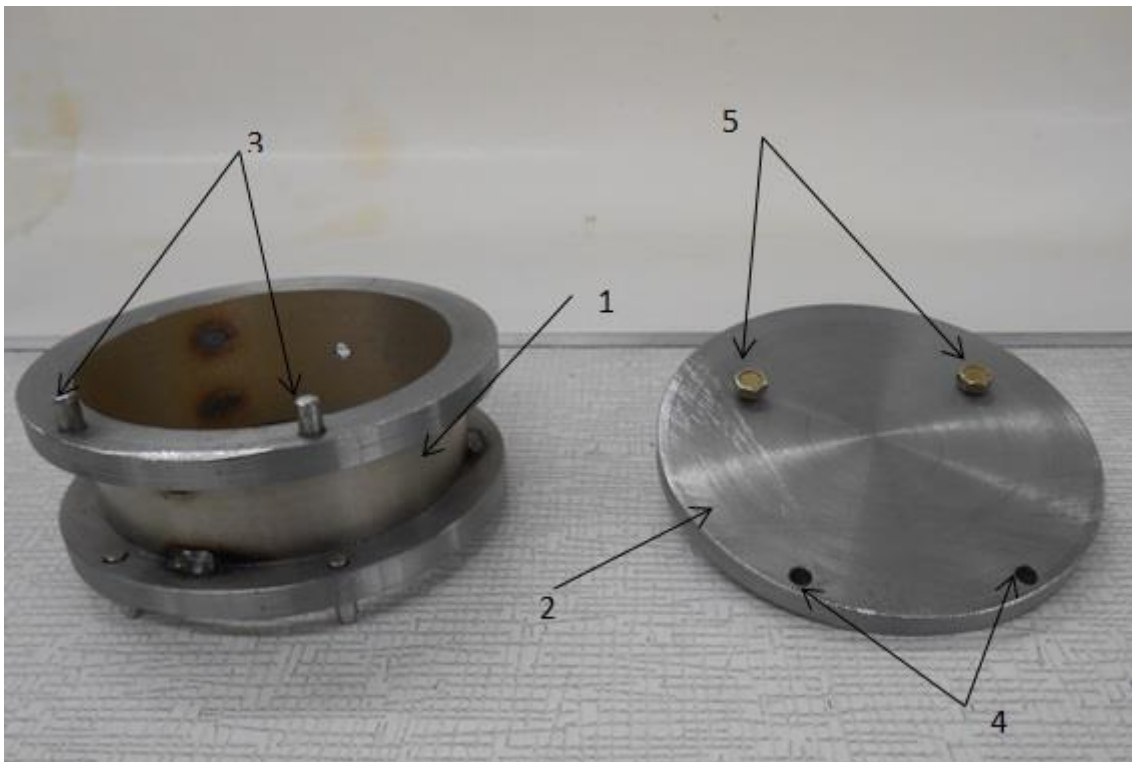


Рис. 4. «Штамп» в разобранном виде (нижняя часть кюветы).

1. Нижняя часть корпуса кюветы (труба и 2 фланца со штифтами и отверстиями). **2.** Нижняя крышка с закрученными винтами в нарезные отверстия. **3.** Штифты в нижнем фланце нижней части корпуса кюветы для фиксации нижней крышки. **4.** Отверстия в нижней крышке для её фиксации на штифты нижнего фланца нижней части корпуса кюветы. **5.** Закрученные до упора винты для трубок с винтовыми отверстиями в нижней крышке.

Соединение верхней части корпуса кюветы с верхней крышкой со ступенчатой вставкой представляют собой «контрштамп» (рис. 5).

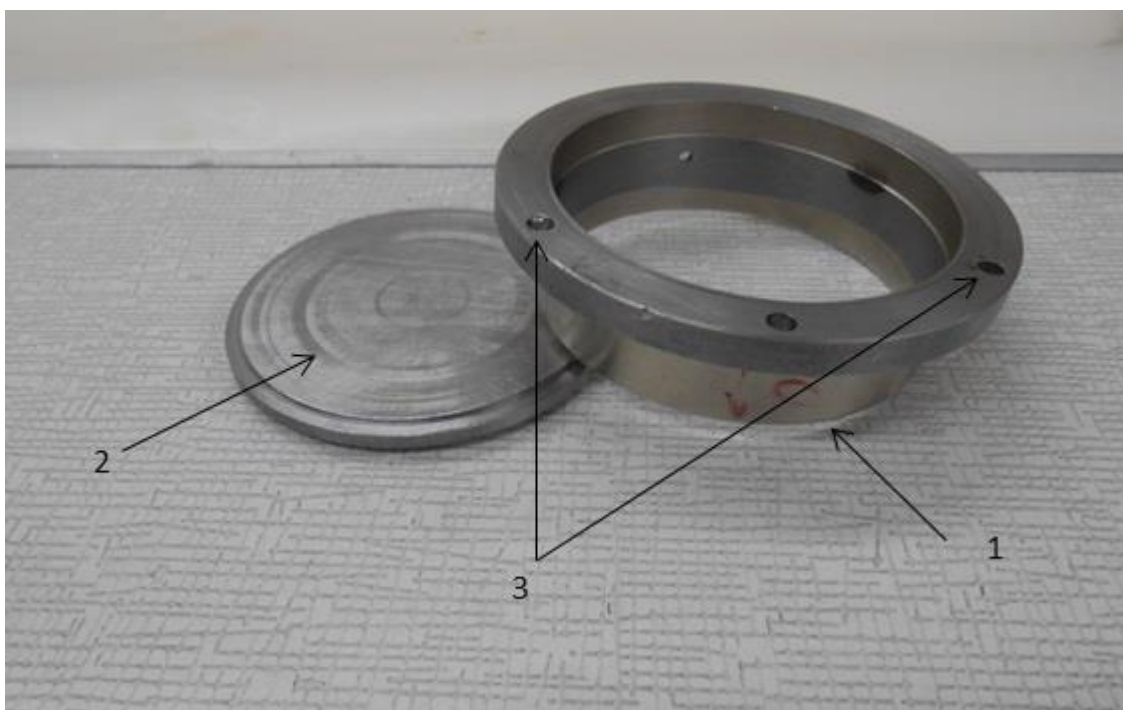


Рис. 5. «Контрштамп» в разобранном виде (верхняя часть кюветы).
1.Верхняя часть корпуса кюветы (труба и 1 фланец с отверстиями). **2.** Верхняя крышка со ступенчатой вставкой. **3.** Отверстия для штифтов во фланце верхней части корпуса кюветы.

Принципиальные отличия технологии прессования в кювете двойного винтового дожатия от классических латунных кювет.

1. В одной из крышек проделаны винтовые отверстия, в них вкручиваются болты (винты) длиной 5 см, на болты (винты) одеваются пластмассовые трубки, в которые наливается жидкий воск. Данные трубки должны возвышаться над «штампом» кюветы на 1 см (не менее, чтобы не были замяты гипсом, в который гипсуется модель с протезом).

2. После заливки гипсом «штампа» кюветы, трубки с воском обрезаются до уровня гипса, литниковым воском соединяются восковые края базиса протеза и литники.

3. После заливки гипсом «контрштампа», размягчения воска в зажатой бюгелем кювете на водяной бане, кювета разбирается на «штамп» и «контрштамп», болты (винты) выкручиваются, высушиваются, гипс

изолируется изоколом и проводится процесс подготовки пластмассового теста и его формовка под прессом.

4. Кроме традиционного выхода пластмассы между «штампом» и «контрштампом» кюветы, пластмасса дополнительно выходит через отверстия (трубки), что исключает возникновение грата.

5. После прессования кюветы с пластмассовым тестом болты (винты) вкручиваются до упора (при наличии длины в 5 см всегда упор возникает как минимум в 1,5-2 см до полного вкручивания). Данные винты создают дополнительную первую компрессию (1 винтовое дожатие!) пластмассы и компенсацию её усадки на этапе формования.

6. После помещения кюветы в бюгеле на водяную баню, в течение 1 часа доводят воду до кипения и, именно в этот момент (± 5 мин), необходимо еще подтянуть болты (винты) до упора, т.к. усадка пластмассы уже началась и необходимо восстановить компрессию (второе винтовое дожатие!).

Примечание. Можно вынуть кювету и дожать, (только быстро!), или дожать прямо в водяной бане с помощью торцевого ключа!

Заключение. Предложенная кювета двойного винтового дожатия имеет следующие преимущества перед традиционными латунными кюветами при компрессионном методе с разъемной пресс-формой:

1. Полное отсутствие грата и, как следствие, сохранение заданных размеров съемного протеза;

2. Уменьшение токсичности и пористости и, как следствие, улучшение прочности изготавливаемого протеза за счет двойного винтового дожатия и сохранения постоянной компрессии на пластмассу;

3. Практически приемлемая цена для потребителя: - в пределах 3-х тысяч рублей, и, как следствие, минимальное влияние на удорожание съемных протезов для пациентов.

Сравнение: Кювета латунная – 1200 рублей; Кювета для литейного прессования – от 10 тысяч рублей и выше.

Список литературы

1. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Жулев Е.Н., Трегубов В.В. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение: учебник. М.: Медпресс-информ, 2011. 373 с.
2. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Незнанова Н.Ю., Фишев С.Б. Ортопедическая стоматология. Технология лечебных и профилактических аппаратов: учебник / под. ред. В. Н. Трезубова. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 320 с.
3. Основы технологии зубного протезирования: учебник для медицинских училищ и колледжей: в 2 т. / ред. Э.С. Каливраджиян. М.: МЕДпресс-информ, 2016. Т. 2. 389 с.
4. Смирнов Б.А., Щербаков А.С. Зуботехническое дело в стоматологии: учебник для медицинских училищ и колледжей / под. ред. Б. А. Смирнова. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 336 с.
5. Чижов Ю.В., Маскадынов Л.Е., Маскадынов Е.Н., Алямовский В.В., Багинский А.Л., Жидкова С.В., Корякина С.В., Моисеенко С.А. Контроль содержания свободных акриловых мономеров в отечественных базисных пластмассах съемных зубных протезов (экспериментальное исследование) // Сибирское медицинское обозрение. 2015. № 6 (96). С. 69–73.
6. Чижов Ю.В., Маскадынов Л.Е., Мазурова Е.В., Маскадынов Е.Н., Алямовский В.В., Багинский А.Л., Казанцева Т.В. Токсичность и пористость стоматологической самотвердеющей пластмассы применяющейся для реставраций съемных протезов (экспериментальное исследование) // Институт стоматологии. 2016. № 4 (73). С. 110–112.
7. Чижов Ю.В., Маскадынов Л.Е., Мазурова Е.В., Маскадынов Е.Н., Алямовский В.В., Багинский А.Л., Казанцева Т.В. Выявление пористости акриловых стоматологических пластмасс с помощью сканирующей электронной зондовой микроскопии (экспериментальное исследование) // Институт стоматологии. 2016. № 3 (72). С. 87–89.

8. Чижов Ю.В., Маскадынов Л.Е., Рубайло А.И., Максимов Н.Г., Трухин М.Н. Изучение мономеров базисных акриловых пластмасс методом спектрофотометрии // Институт стоматологии. 2018. № 1 (78). С. 108–109.

9. Чижов Ю.В., Маскадынов Л.Е., Рубайло А.И., Максимов Н.Г., Кондрасенко А.А., Джамбровская И.В. Исследование исходных жидких компонентов (мономеров) базисных акриловых пластмасс методом протонного магнитного резонанса // Клиническая геронтология. 2018. Т. 24, № 3-4. С. 78–84.

10. Кювета [Электронный ресурс]: патент 2640390 Рос. Федерация : МПК А61С 13/16) / авторы и заявители Маскадынов Л.Е., Чижов Ю.В., Маскадынов Е.Н., Береговой А. А, Енютина Т.А., Афанасьев В.Е., Алямовский В.В.; патентообладатель Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский федеральный университет» (RU). № 2016139863; заявл. 10.10.2016 ; опубл. 28.12.2017. URL: <http://www1.fips.ru/iiss/document.xhtml?faces-redirect=true&id=66e6887dbbae12835440ad5d05f5b181> (дата обращения: 13.02.2019).

Сведения об авторах

Маскадынов Лев Евгеньевич, Вивар-Дент; адрес: Российская Федерация, 655001, г. Абакан, ул. Тельмана, д. 185; тел. +7 (3902) 35–00–32; e-mail: vivar-dent.ru.

Чижов Юрий Васильевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; e-mail: gullever@list.ru.

Маскадынов Евгений Николаевич, Вивар-Дент; адрес: Российская Федерация, 655001, г. Абакан, ул. Тельмана, д. 185; тел. +7 (3902) 35–00–32; e-mail: vivar-dent.ru.

Митрофанов Павел Викторович, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №7, адрес: Российская Федерация, 660121, г. Красноярск, ул. Парашютная, д. 82; тел. +7 (391) 261 89 16 ; e-mail: MUZ-GSP7@Yandex.ru.

Казанцева Тамара Владимировна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес:

Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А. И. Крыжановского, адрес: Российская Федерация, 660133, г. Красноярск, ул. Смоленская, д. 16; e-mail: Luka_LRC@mail.ru.

УДК 616.31:[616.98:578.82]

ИНФЕКЦИОННАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ К ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

*Миллер Оксана Владимировна¹, Орешкин Игорь Валерьевич¹,
Арутюнян Вячеслав Фаравонович²*

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация

²Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 3, Красноярск, Российская Федерация

Резюме. В статье приведены данные эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Европе, России, Красноярском крае. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Красноярском крае многие годы остается напряженной.

Врач-стоматолог в своей повседневной практике встречается с ВИЧ-инфицированными пациентами, часть из которых может не знать о своем заболевании или скрывать его. Врач-стоматолог может быть первым врачом заподозрившим заболевание по клиническим проявлениям в полости рта и направившим пациента на обследование.

Существующий риск инфицирования стоматологического персонала ВИЧ-инфекцией требует обязательного соблюдения рекомендаций по инфекционной безопасности при оказании стоматологических услуг.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, медицинский персонал, инфицирование, стоматологический прием, настороженность врача-стоматолога.

Актуальность. В опубликованном в конце 2018 года докладе Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний и Европейского регионального бюро ВОЗ приведены данные (за 2017 год) эпидемиологического обследования в 50 европейских государствах (включая Россию) о почти 160 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции, что соответствует 20,0 впервые диагностированным случаям на 100 тыс. населения. А на востоке Европейского региона (включая Россию) эта цифра уже 51,13 на 100 тыс. населения. Самые высокие показатели на 100 тыс. населения отмечаются в Российской Федерации—71,1. Установлено, что 53%, а на востоке Европейского региона 57% случаев ВИЧ-инфекции были выявлены на поздней стадии [1].

По данным Красноярского краевого центра профилактики и борьбы со СПИД эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Красноярском крае продолжает оставаться напряженной. По состоянию на 01 сентября 2018 года количество впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции за весь период наблюдения в крае составило 33237 человек. Количество ВИЧ-инфицированных проживающих на территории края составляет 21860 человек, показатель пораженности ВИЧ-инфекцией населения Красноярского края составляет 760 на 100 тыс. человек населения. По уровню заболеваемости наиболее пораженными территориями являются города: Норильск, Лесосибирск, Красноярск, Канск, Ачинск, на которые приходится 63,5% от всех впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Красноярском крае [2].

Цель исследования: акцентировать внимание врачей-стоматологов на проблеме ранней диагностики ВИЧ-инфекции и профилактики внутрибольничного заражения пациентов и персонала.

Врач-стоматолог в своей повседневной практике непременно встречается с ВИЧ-инфицированными пациентами. На стоматологическом приеме могут быть пациенты, которые не знают о своем заболевании или же

скрывают его. Необходимо помнить, что больные в стадии инкубации способны стать источником инфекции.

Врач-стоматолог может быть первым врачом заподозрившим заболевание и направившим пациента на обследование. У лиц с неизвестным статусом по ВИЧ проявления в полости рта могут служить признаком возможного наличия ВИЧ-инфекции. У ВИЧ-положительных пациентов, не подвергающихся лечению, наличие определенных проявлений в полости рта может служить признаком прогрессирования заболевания.

Для диагностики поражения слизистой оболочки рта у ВИЧ-инфицированных больных принята рабочая классификация (1992). Все поражения разделены на 3 группы:

1-я группа - поражения, четко связанные с ВИЧ-инфекцией:

- кандидозы (эритематозный, псевдомембранозный, гиперпластический);

- волосистая лейкоплакия;

- маргинальный гингивит;

- язвенно-некротический гингивит;

- деструктивный пародонтит;

- саркома Капоши;

- Нон-Ходжкинская лимфома;

2-я группа - поражения, менее четко связанные с ВИЧ-инфекцией:

- бактериальные инфекции;

- болезни слюнных желез;

- вирусные инфекции;

- тромбоцитопеническая пурпура;

3-я группа - поражения, которые могут быть при ВИЧ-инфекции, но не связаны с ней.

Клинические проявления часто встречающихся поражений следующие.

Кандидоз полости рта. Эритематозный (атрофический) характеризуется гиперемизированными участками слизистой без налета с

локализацией, чаще на твердом нёбе, спинке языка и слизистой щек. При локализации на языке отмечается атрофия сосочков. Псевдомембранозный – наличие беловато-желтоватых снимающихся бляшек либо налета. Локализация – любой отдел слизистой оболочки. Гиперпластический – налет плотно соединен с подлежащей тканью.

Ангулярный хейлит. Характеризуется гиперемией, трещинами и эрозиями в области углов рта. Чаще всего наблюдается на ранних и прогрессирующих стадиях болезни.

Волосистая лейкоплакия. Встречается у 98% инфицированных ВИЧ-инфекцией. По клиническим проявлениям выглядит в виде выступающих над поверхностью складок или выступов белого цвета, которые по форме напоминают волосы. Излюбленная локализация – боковая и нижнебоковая поверхность языка. Иногда проявления могут быть на губе или дне полости рта. Характерной особенностью волосистой лейкоплакии является плотное прикрепление к основанию и отсутствие воспалительной реакции. В большинстве случаев течение волосистой лейкоплакии бессимптомно, поэтому осмотр полости рта должен быть очень тщательным.

Язвенно-некротический гингивит проявляется изъязвлением и некрозом десневых сосочков и маргинальной десны.

Пародонтит. Характеризуется быстро протекающей деструкцией альвеолярной кости и периодонта, сопровождающейся болезненностью и спонтанным десневым кровотечением.

Вирусная инфекция у ВИЧ-инфицированных больных проявляется в виде вирусных папиллом и *рецидивирующего герпетического стоматита*. Появляются круглые или овальные мелкие множественные резко болезненные эрозии. Локализация – губы, твердое или мягкое нёбо, щеки. Эрозии могут сливаться и образовывать обширные кровоточащие поверхности, покрытые желтоватым налетом. Частые рецидивы и обширные сливные поражения появляются на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Саркома Капоши с локализацией на нёбе характеризуется наличием пятен различной окраски – красных, синеватых, фиолетовых – и различной интенсивности. Затем пятна темнеют, увеличиваются в размерах, могут изъязвляться. Поражения болезненны. Возможна локализация на десне.

Профилактика профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников остается актуальной и социально значимой [3].

Медработники имеют непосредственный профессиональный риск заражения ВИЧ ввиду своей деятельности, 1 случай возможного инфицирования приходится на 200–300 инцидентов с контаминированным ВИЧ медицинским инструментарием [4, 5].

Риск инфицирования ВИЧ стоматологического персонала повышен, в силу своей профессиональной деятельности ему приходится контактировать с биологическими жидкостями организма. Кровь является биологической жидкостью с наиболее высоким содержанием вируса, достаточным для заражения. Слюна относится к жидкостям с низким содержанием ВИЧ, но при наличии в ней крови становится потенциально опасной для заражения. Большинство стоматологических манипуляций от удаления на зубных отложений до удаления зуба связано с травмированием кровеносных сосудов и попаданием крови в слюну, что значительно повышает риск передачи ВИЧ-инфекции.

С целью снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией при оказании стоматологической помощи медицинские работники обязаны придерживаться правил профилактики. Стоматологическая помощь больным ВИЧ-инфекцией оказывается в полном объеме с соблюдением всех мер безопасности. В ходе своей работы врач-стоматолог должен использовать средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, защитные очки или экран. Использование одноразового инструментария всюду, где это возможно, а именно слюноотсосы, пылесосы, одноразовые карпульные шприцы. В практике врача должна соблюдаться осторожность при работе с колющимися и режущими предметами (иглы, скальпели, ножницы,

эндодонтический инструментарий). При наличии ран на руках, экссудативных поражений кожи или мокнущего дерматита, медицинский работник на время заболевания должен быть отстранен от работы с пациентами. Медицинский работник не должен забывать относиться к биологическим жидкостям человека как к потенциально заразному материалу.

Основными нормативными документами, регламентирующими санитарно-противоэпидемический режим в стоматологическом кабинете, являются:

- Федеральный закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ;
- СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;
- СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»;
- СанПин 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В»;
- СанПин 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие положения к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами»;
- СанПин 3.5.1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности»;
- СанПин 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Рабочее место врача-стоматолога в обязательном порядке должно быть обеспечено аптечкой «Анти СПИД». Врач должны знать о профессиональном риске заражения и осознавать необходимость соблюдения всеобщих мер предосторожности при работе со всеми пациентами и биоматериалом, а в случае «аварийной ситуации» с риском парентерального инфицирования знать экстренный алгоритм действия [6]:

- При повреждении кожных покровов (порез, укол) необходимо немедленно обработать перчатки дезинфицирующим раствором и снять их. Выдавить кровь из ранки. Затем водой тщательно вымыть руки с мылом,

обработать их 70% этиловым спиртом и смазать ранку 5% раствором йода. На место травмы после обработки наложить бактерицидный пластырь.

- При попадании крови или другой биологической жидкости на открытые части тела немедленно обработать кожу в течение 30 секунд тампоном, смоченным кожным антисептиком, вымыть их двукратно теплой проточной водой с мылом и насухо вытереть индивидуальным полотенцем.

- При попадании крови или других биологических жидкостей на слизистые оболочки глаз сразу же следует промыть водой или 1% раствором борной кислоты.

– При попадании крови на халат, одежду немедленно обработать одним из дезинфицирующих средств, затем обеззаразить перчатки, снять халат.

Заключение: врач-стоматолог в своей ежедневной практике должен иметь настороженность по проблеме высокого распространения ВИЧ-инфекции среди населения с целью раннего выявления и направления на обследование пациентов с первичными проявлениями заболевания в полости рта.

Ввиду потенциальной опасности стоматологических пациентов для профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников обязательным является неукоснительное соблюдение требований по инфекционной безопасности при оказании стоматологических услуг. Медицинский персонал должен быть гарантом соблюдения санитарно-противоэпидемического режима по ВИЧ-инфекции с целью исключения внутрибольничного инфицирования.

Список литературы

1. Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДу в Европе 2018 [Электронный ресурс]. URL: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hiv-aids-surveillance-in-europe-2018.pdf> (дата обращения: 13.04.2019).

2. Об эпидемиологической ситуации в Красноярском крае за первый квартал 2019 года [Электронный ресурс] // URL: <http://aids.krsn.ru/?p=2262> (дата обращения: 13.04.2019).

3. Шлепотина Н.М., Ивашко А.С. Риск профессионального заражения вирусом иммунодефицита человека и выбор будущей специальности у студентов медицинского вуза // Беликовские чтения: материалы IV Всероссийской научно-практической конференции. Пятигорск, 2015. С. 182–183.

4. Красильникова И.В., Ястребцев М.С. Профилактика ВИЧ-инфекции в стоматологической практике // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2016. Т. 2, № 3 (14). С. 40–41.

5. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология : учебник. 3-е изд. испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 1008 с.

6. Рабинович И.М., Голиусов А.А., Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г., Мартынов Ю.В. Профилактика ВИЧ/СПИДа в стоматологической практике : метод. рекомендации. М., 2006. 84 с.

Сведения об авторах

Миллер Оксана Владимировна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, г. Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +7(391)2203588; e-mail: oxi-koks@inbox.ru.

Орешкин Игорь Валерьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, г. Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. +7(391)2203588; e-mail: ivor68@rambler.ru.

Арутюнян Вячеслав Фаравонович, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 3; адрес: Российская Федерация, г. Красноярск, 660000, просп. имени газеты Красноярский Рабочий, д. 75; тел. +7(391) 201-28-64; e-mail: gsp3.krasnoyarsk@mail.ru.

**НУЖДАЕМОСТЬ В ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА,
СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,
ОПРЕДЕЛЕННОЙ ПО КРИТЕРИЯМ ПАРОДОНТАЛЬНОГО
ИНДЕКСА СРІТN**

*Митрофанов Павел Викторович¹, Чижов Юрий Васильевич², Казанцева
Тамара Владимировна²*

*¹Красноярская государственная стоматологическая поликлиника № 7,
Красноярск, Российская Федерация*

*²Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф.
Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. С применением кодов пародонтального индекса СРІТN обследовано 63 женщины пожилого и старческого возраста, страдающих психическими заболеваниями. Определены критерии пораженности тканей пародонта в зависимости от возраста. Выявлены группы наиболее нуждающихся в пародонтологической помощи.

Ключевые слова: пародонтальный индекс СРІТN, пожилой возраст, пародонтологическое лечение, психические заболевания.

Актуальность. Нуждаемость в различных видах стоматологической помощи, в том числе пародонтологической, у лиц с хроническими психическими заболеваниями, как правило, высока, а с возрастом актуальна для каждого пациента [1, 4] Эпидемиологические обследования с определением пародонтологического индекса СРІТN дает возможность определения врачебных мероприятий как для каждого пациента, так и для всей популяции обследуемых, определяя терапевтические, хирургические и ортопедические протоколы [2, 3, 5, 6].

В последние годы для проведения эпидемиологических исследований во всем мире часто применяют индекс СРІТN. Индекс СРІТN был разработан в 1978 году Всемирной организацией Здравоохранения (ВОЗ).

От других индексов он отличается тем, что позволяет определять не только степень тяжести гингивита (кровоточивость) и пародонтита (глубина карманов), но и предоставляет информацию о типе заболевания и объеме необходимого лечения. Таким образом получают данные не только о распространенности гингивита и пародонтита внутри популяции, но и необходимых затратах времени и средств для лечения определенной группы населения.

Специальным градуированным зондом, утолщенным на конце, оценивается состояние десневой борозды и пародонта в области 9 зубов. У взрослых пациентов оценка индекса проводится у всех 10 зубов.

Для определения индексов CPITN зубной ряд условно делится на 6 частей (сектантов), включающих следующие зубы:

1.7–1.4 1.3–2.3 2.4–2.7
4.7–4.4 4.3–3.3 3.7–4.4

При этом предусматривается обследование пародонта в области индексных зубов и оценка по наиболее выраженному клиническому признаку.

Сектант учитывается, если в нем присутствуют два или больше зубов, не подлежащих удалению. Если остается лишь один зуб, то сектант оценивают как исключенный.

У взрослого населения, начиная с 20 лет и старше, осматривают пародонт в области 10 индексных зубов: У людей старше 20 лет исследуют ткани пародонта в области шести групп зубов (17/16, 11,26/27, 37/36, 31, 46/47) на верхней и нижней челюстях (всего 10 зубов). При обследовании каждой пары моляров учитывают и записывают только один код, характеризующий наихудшее состояние. Если в осматриваемом секстанте нет ни одного индексного зуба, тогда в нем обследуют все оставшиеся зубы.

Оценка индекса CPITN производится следующими кодами:

- 0 отсутствие признаков заболевания;
- 1 кровоточивость после зондирования, десневой край слегка воспален;
- 2 над - и поддесневой камень, десневая бороздка – до 3 мм;
- 3 патологический зубодесневой карман 4-5 мм;
- 4 патологический зубодесневой карман 6 мм и более.

Цель исследования: изучить пародонтологический статус у женщин старших возрастных групп методом определения пародонтального индекса CPITN, определить взаимосвязь пародонтологического статуса с психиатрическим статусом психических пациентов.

Материалы и методы исследования: Нами, методом анкетирования, выкипировки данных историй болезни, объективного обследования изучены особенности психиатрического и пародонтологического стоматологического статуса: 63 женщин в возрасте от 55 лет до 90 лет. Из 63 женщин 39 были пожилого возраста (55-74) и 24 женщины были старческого возраста (75–90 лет).

Все обследованные пациентки находились на стационарном лечении в Красноярском краевом психиатрическом диспансере №1.

В работе также была использована авторская карта изучения психиатрического, соматического и стоматологического статуса (в том числе пародонтологического) лиц с психиатрическими заболеваниями.

Результаты исследования. Исследуя данные таблицы 1, где отражены коды индекса CPITN для женщин пожилого возраста, можно выявить следующее.

В коде 0, где клиническая картина подразумевает отсутствие патологии тканей пародонта и десен пожилых женщин не выявлено (0%).

В коде 1, где клиническая картина подразумевает кровоточивость при зондировании, наличие зубной бляшки при отсутствии зубного камня выявлено 24 (61,5%) женщин пожилого возраста.

В коде 2, где клиническая картина подразумевает над и поддесневой камень, кровоточивость, зубодесневой карман 3мм, выявлено 10 (25,7%) женщин пожилого возраста.

Таблица 1

Показатели пародонтального индекса SPITN у женщин пожилого возраста (55–74 года), страдающих психическими заболеваниями

№ п/п	Вид психического заболевания	Кол-во пациентов		Индекс SPITN (коды)									
				код 0		код 1		код 2		код 3		код 4	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
1	Деменция	2	5,1	0	0	0	0	2	5,1	0	0	0	0
	Шизофрения	35	89,7	0	0	23	58,9	7	18,0	3	7,7	2	5,1
	Умственная отсталость	2	5,1	0	0	1	2,6	1	2,6	0	0	0	0
	Итого:	39	100	0	0	24	61,5	10	25,7	3	7,7	2	5,1

В коде 3, где клиническая картина подразумевает глубину зондирования 4–5мм, выявлено 3 (7,7) женщин пожилого возраста.

В коде 4, где клиническая картина подразумевает глубину зубодесневого кармана 6 мм и более, зубную бляшку, кровоточивость, зубной камень выявлено 2 (5,1%) женщин пожилого возраста.

По данным таблицы 1, можно заключить, что наибольшее число женщин пожилого возраста по индексу SPITN относятся к коду 1 – 24 чел. (61,5%), на втором месте женщины с кодом 3–10 чел. (25,7%), на третьем месте женщины с кодом 3 – 3 чел. (7,7%). С самым тяжелым состоянием тканей пародонта и глубиной зубодесневого кармана более 6 мм (код 4) выявлено 2 женщины (5,1%), они занимают 4 место.

Анализируя таблицу 2, где отражены коды индекса SPITN для женщин старческого возраста можно выявить следующее:

В коде 0, где клиническая картина не подразумевает патологии женщин не выявлено. 0 чел. (0%).

В коде 1, где клиническая картина подразумевает кровоточивость при зондировании, наличие зубной бляшки при отсутствии зубного камня выявлено 13 (54,2%) женщин.

В коде 2, где клиническая картина подразумевает над- и поддесневой камень, кровоточивость, зубодесневой карман 3мм, выявлено 5 (20,8%) женщин.

В коде 3, где клиническая картина подразумевает глубину зондирования зубодесневого кармана 4-5 мм, выявлено 4 (16,7%) женщин.

В коде 4, где клиническая картина подразумевает глубину зубодесневого кармана 6 мм и более, выявлено 2 (8,3%) женщины.

Таблица 2

Показатели пародонтального индекса у женщин старческого возраста (75 лет и старше), страдающих психическими заболеваниями

№ п/п	Вид психического заболевания	Кол-во пациентов		Индекс SPITN(коды)									
				код 0		код 1		код 2		код 3		код 4	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
1	Деменция	8	33,3	0	0	4	16,7	2	8,3	2	8,3	0	0
	Шизофрения	14	58,4	0	0	9	37,5	2	8,3	1	4,2	2	8,3
	Умственная отсталость	2	8,3	0	0	0	0	1	4,2	1	4,2	0	0
	Итого:	24	100	0	0	13	54,2	5	20,8	4	16,7	2	8,3

По данным таблицы 2 можно заключить, что наибольшее число женщин старческого возраста по индексу SPITN относятся к коду 1 – 13 чел. (54,2%), на втором месте женщины с кодом 2 – 5 чел. (20,8%), на третьем месте женщины с кодом 3 – 4 чел. (16,7%). С самым тяжелым состоянием тканей пародонта и глубиной зубодесневого кармана более 6 мм (код 4), (как и у женщин пожилого возраста) выявлено 2 чел. (8,3%).

Заключение. Анализируя таблицу 1 по виду психического заболевания и наполнения кодов индекса SPITN, можно выявить следующее.

Так как у большинства обследованных женщин пожилого возраста имелся диагноз «шизофрения» – 35 чел. (89,7%), наибольшие

количественные значения были у данных пациенток в каждом коде индекса СРІТN, кроме кода 0, где также нет лиц и с другими психическими заболеваниями.

В коде 1 наблюдается наибольшее количество лиц с шизофренией – 23 (58,9%). С умственной отсталостью в данном коде только 1 (2,6%) женщина.

В коде 2 наблюдается значительно меньшее количество пожилых женщин с шизофренией – 7 (18,0%). С умственной отсталостью выявлена 1 (2,6%) женщина, с деменцией – 2 (5,1%) женщины.

В кодах 3 и 4 наблюдаются пожилые женщины только с шизофренией и в небольшом количестве: 3 (7,7%) чел. в коде 3 и 2 (5,1%) в коде 4.

По данным таблицы 1 можно заключить, что наибольшее количество женщин пожилого возраста по индексу СРІТN и по психическому заболеванию относятся к пациентам с шизофренией – 23 чел. (58,9%) по коду 1 (1 место).

На втором месте – женщины с шизофренией и кодом 2 – 7 чел. (18,0%). На третьем и четвертом местах также женщины с шизофренией с кодом 3 – 3 чел. (7,7%) и с кодом 4 – 2 чел. (5,1%) соответственно.

Анализируя таблицу 2 по виду психического заболевания и наполнения кодов индекса СРІТN можно выявить следующее.

Так же, как и в пожилом возрасте, большинство обследованных пациенток старческого возраста имели психический диагноз «шизофрения» – 14 чел. (58,4%).

В коде 0, где клиническая картина не подразумевает патологии, женщин старческого возраста не выявлено ни с каким-либо психическим заболеванием.

В коде 1 наблюдается наибольшее количество лиц с шизофренией – 9 (37,5%). В то же время лиц с деменцией тоже значительное количество – 4 (16,7%).

В коде 2 наблюдается равное количество женщин с шизофренией – 2 (8,3%) и деменцией – 2 (8,3%).

В коде 3 пациентки пациенткам с деменцией составили 8,3%, с шизофренией – 4,2% и 14,2% пациентки с умственной отсталостью.

В ходе исследования нуждаемости в лечении заболеваний тканей пародонта по кодам индекса CPITN женщин пожилого и старческого возраста, страдающих психическими заболеваниями выявлено:

1. Полностью отсутствуют лица без пародонтологической патологии (к коду 0 не отнесен никто)

2. Наибольшее количество в пожилом и старческом возрасте составляют женщины с начальными стадиями пародонтологических заболеваний:

по коду 1 – пожилой возраст – 61,5%; старческий – 54,2%;

по коду 2 – пожилой возраст – 25,7%; старческий – 20,8%.

3. Женщины с более тяжелыми формами заболеваний тканей пародонта (код 3, код 4) составляют наименьшую часть обследованных (не более 20,0%).

4. По виду психического заболевания и критериям индекса CPITN в пожилом возрасте на 1 месте женщины с шизофренией и кодом 1 – 58,9%, в старческом возрасте женщины с шизофренией и кодом 1 на первом месте – 37,5%.

5. Женщины с более тяжелыми формами заболеваний пародонта (код 3, код 4) по видам психических заболеваний составляют малое количество – 5 - 8% по каждому заболеванию в каждом «тяжелом» коде.

Список литературы

1. Акулович А.В., Орехова Л.Ю. Зубы на склоне лет (геронтостоматология) // Мир медицины. 1997. № 8. С. 29–30.

2. Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология. Цветной атлас : пособие : руководство. М.: Медпресс-информ, 2014. 548 с.

3. Втлерскаузен-Ценнхен Б., Глейснер С. Заболевания пародонта у пожилых пациентов // Клиническая стоматология. 1998. № 2. С. 56–63.

4. Луцкая И.К. Потребности в стоматологической помощи лиц старших возрастных групп // Стоматология. 1995. № 4. С. 62–64.

5. Чижов Ю.В., Цимбалистов А.В., Новиков О.М. Методика комплексной оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста : метод. пособие. Красноярск: Изд-во КрасГМА, 2005. 53 с.

6. Цимбалистов А.В., Михайлова Е.С., Пикур О.Л., Гончаренко Е.Т. Особенности стоматологического и соматического статуса пациентов пожилого и старческого возраста // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2006. № 4. С. 11–12.

Сведения об авторах

Митрофанов Павел Викторович, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №7, адрес: Российская Федерация, 660121, г. Красноярск, ул. Парашютная, д. 82; тел. +7 (391) 261 89 16; e-mail: MUZ-GSP7@Yandex.ru.

Чижов Юрий Васильевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; e-mail: gullever@list.ru.

Казанцева Тамара Владимировна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А. И. Крыжановского, адрес: Российская Федерация, 660133, г. Красноярск, ул. Смоленская, д. 16; e-mail: Luka_LRC@mail.ru.

**ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ
МЕТОДИК ПЕРЕЛЕЧИВАНИЯ ЗУБОВ (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ
СЛУЧАЕВ)**

*Орешкин Игорь Валерьевич¹, Лихошерстова Инна Николаевна²,
Матвеева Наталья Александровна²*

*¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

²Центр Стоматологии «АСТРЕЯ», Красноярск, Российская Федерация

Резюме. В статье рассматриваются клинические случаи перелечивания зубов после эндодонтических осложнений или развития воспалительных процессов в периодонте. Описывается опыт и результаты применения современных эндодонтических методик с использованием операционного микроскопа. Проведена оценка их эффективности на примере клинических ситуаций.

Ключевые слова: эндодонтическое лечение, корневые каналы зубов, операционный микроскоп, осложнения, повторное лечение.

Актуальность. Повторное эндодонтическое лечение зубов в практике стоматологов-терапевтов встречается часто. Прежде всего, оно связано с развитием воспалительного процесса в периодонте в ближайшие или, как правило, отдаленные сроки. Основными клиническими и рентгенологическими признаками для проведения повторного эндодонтического лечения считаются: наличие деструктивного периапикального процесса, наличие жалоб на боли в зубе в анамнезе, изменение цвета зуба, слабоконтрастный материал в корневом канале расположенный не на всем протяжении канала [1].

При эндодонтическом лечении, в том числе повторном, не исключены случаи широко известных осложнений: отлом инструмента в корневом канале, выведение пломбировочного материала за верхушку корня зуба,

перфорации дна полости зуба или стенок корня [2]. Нередко при повторном эндодонтическом лечении имеется необходимость в извлечении инородных тел (отломков инструментов, внутрикорневых штифтов) из корневого канала. Данная процедура является достаточно сложным лечебным процессом и требует дополнительного оснащения рабочего места [3, 4].

Распространенный ранее в стоматологии метод девитальной ампутации с последующей импрегнацией в большинстве случаев в отдаленные сроки требует перелечивания корневых каналов. Причем в современных условиях повторное эндодонтическое лечение таких зубов оправданно, т.к. уже в первое посещение удается пройти до верхушки корневые каналы в 57,4% случаев [5].

Цель исследования: оценить клиническую эффективность современных эндодонтических методик при повторном лечении зубов.

Материалы и методы исследования: проведено повторное эндодонтическое лечение 129 зубов у пациентов направленных врачами стоматологами на перелечивание корневых каналов или обратившихся самостоятельно при наличии жалоб со стороны ранее леченных зубов. Всем пациентам проводилось рентгенологическое исследование (конусно-лучевая компьютерная томография для диагностики, прицельная рентгенография на этапах лечения). Эндодонтические манипуляции проводились с применением оптического стоматологического микроскопа (Leica M320, под 16-кратным увеличением), ультразвуковой обработки каналов, медикаментозной обработки каналов с активацией (2% раствор хлоргексидина, 17% раствор ЭДТА).

Результаты исследования. К современным эндодонтическим методикам можно с уверенностью отнести:

- использование никель-титановых инструментов повышенной конусности для обработки корневых каналов;
- ультразвуковую активацию ирригационных растворов;
- применение в качестве ирригационных растворов 15-17% раствора ЭДТА, 3% раствора гипохлорита натрия, 0,5-2% растворов хлоргексидина;

- временное использование препаратов на основе гидроксида кальция оказывающих антисептическое, антитоксическое, противовоспалительное действие;

- герметизацию корневых каналов гуттаперчей с полимерными силерами, в том числе термопластифицированной гуттаперчей;

- работа с применением различных видов оптики, в том числе оптического стоматологического микроскопа;

Все перечисленные методики использовали для лечения пациентов с осложнениями после эндодонтического лечения. Для демонстрации эффективности перечисленных методик приводим описание клинических ситуаций.

Клинический случай № 1. Пациент П., 45 лет, обратился с жалобами на периодические ноющие боли, усиливающиеся при накусывании на 2.1 зуб. Анамнез: 15 лет назад зуб лечен по осложнённой кариесу, 10 лет назад проведена попытка перелечивания корневого канала, но распломбировать и обработать канал не смогли. Была проведена операция резекции верхушки корня зуба 2.1.

При осмотре: на мезиально-вестибулярной и небной поверхности 2.1 зуба – реставрация. Перкуссия зуба болезненная. На КЛКТ: канал obturated до резецированной верхушки. В периапикальных тканях очаг деструкции костной ткани с чёткими границами (рис. 1). Диагноз: Хронический апикальный периодонтит 2.1 зуба (К 04.5).

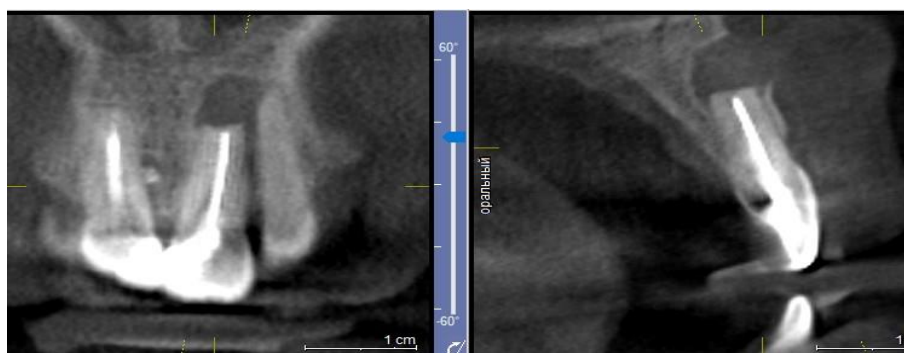


Рис. 1. Фрагмент КЛКТ: очаг деструкции костной ткани в области резецированной верхушки корня 2.1 зуба

Лечение: все манипуляции проводили под операционным микроскопом. В первое посещение: доступ к корневому каналу, извлечение серебряного штифта, инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала (2% хлоргексидин, 17% ЭДТА). Временное вложение в канал гидроксида кальция на две недели. Во второе посещение: эвакуация гидроксида кальция, ирригация канала 3% гипохлоритом натрия, obturation корневого канала методом латеральной конденсации гуттаперчи с AN plus (Dentsply).

Контрольный осмотр спустя 12 месяцев показал клиническое выздоровление: жалоб на боли нет, перкуссия безболезненная, подвижность зуба в пределах физиологической нормы. Рентгенографическое исследование – продолжающийся процесс восстановления очага поражения костной ткани (рис. 2).

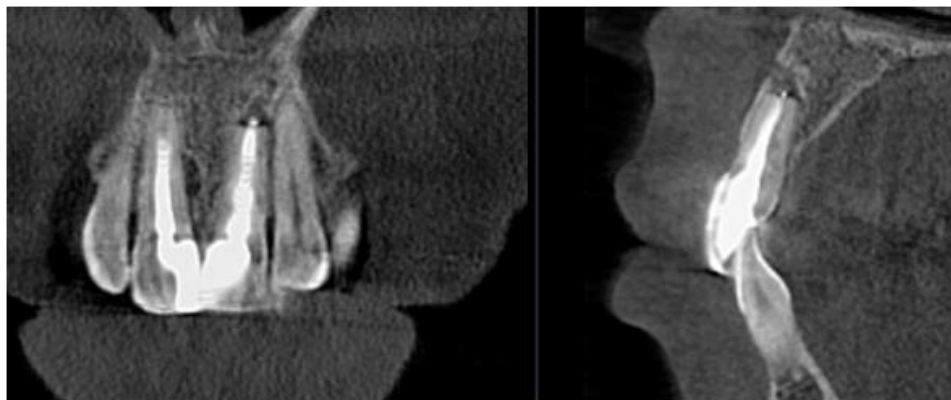


Рис. 2. Фрагмент КЛКТ: частичное восстановление костной ткани в области верхушки корня 2.1 зуба через 12 мес. после перелечения

Клинический случай №2. Пациент М., 54 лет, обратился с жалобами на периодические ноющие боли, усиливающиеся при накусывании на 3.6 зуб. При осмотре 3.6 зуб находился под коронкой и штифтово-культевой вкладкой. Перкуссия болезненная. Рентгенологическое исследование: тень пломбировочного материала прослеживается на всём протяжении в мезиальных и дистальном каналах. В области средней трети корня визуально определяется тень металлической плотности, по конфигурации

соответствующая фрагменту эндодонтического инструмента в мезиальном язычном и щёчном каналах. В области вершук мезиального и дистального корней определяется деструкция костной ткани без чётких контуров (рис. 3а). На основании клинических и рентгенологических данных поставлен диагноз: Хронический апикальный периодонтит 3.6 зуба (К 04.5).

В первое посещение снята искусственная коронка и извлечена штифтово-культевая вкладка. После изоляции 3.6 зуба коффердамом проведена диагностика под операционным микроскопом на предмет целостности твердых тканей зуба (отсутствие трещин). Первым этапом было создание доступа в каналы путём очистки от пломбировочного материала в устьях мезиальных каналов (дистальный открыт, так как в нём фиксировалась вкладка). Следующим шагом было размягчение пломбировочного материала, находящегося в каналах с помощью растворителя (Endosolv E) и дальнейшая эвакуация пломбировочного материала при помощи стальных ручных файлов и никель-титановых вращающихся инструментов Profile 25.06. В области инородных тел обрабатывали ручными файлами 06, 08, 10 и использовали методику Bypass, одновременно пытаясь извлечь отломки по мере прохождения рядом и освобождения от пломбировочного материала. В данном клиническом случае удалось извлечь отломки из мезиально-язычного канала с помощью Hedstroem file 20. В мезиально-щёчном канале извлечь отломки инструмента не удалось. Канал пройден вдоль отломка инструмента (рис. 3 б).

Биомеханическая обработка каналов была выполнена никель-титановыми вращающимися инструментами Profile 25.06; 30.06 с ирригацией каналов 3% раствором гипохлорита натрия. Финальная ирригация проведена 17% раствором ЭДТА, после чего корневые каналы временно заполнили пастой гидроксида кальция. Полость зуба была закрыта материалами Cavit (ESPE) и IRM (Dentsply). Две недели спустя, клинические симптомы воспаления у пациента отсутствовали. Гидроксид кальция извлечён из

каналов путем обильной ирригации раствором гипохлорита натрия, затем проведена ирригация раствором ЭДТА.

Все каналы были высушены и obturированы комбинированной техникой: апикальная треть – с помощью техники латеральной компакции гуттаперчи с использованием ручных NiTi спредеров, средняя и устьевая трети – техникой вертикального уплотнения горячей гуттаперчи (Calamus) с помощью плагеров Машту. В качестве силера использовался материал ВJM RCS (ВJM Laboratory). Полость доступа закрыта временным цементом. Пациент направлен на протезирование.

Контрольные осмотры спустя 6 и 12 месяцев показали клиническое выздоровление: жалоб на боли нет, перкуссия безболезненная, слизистая оболочка розового цвета. Рентгенографическое исследование – с продолжающийся процесс восстановления очага поражения костной ткани (рис. 3 в).

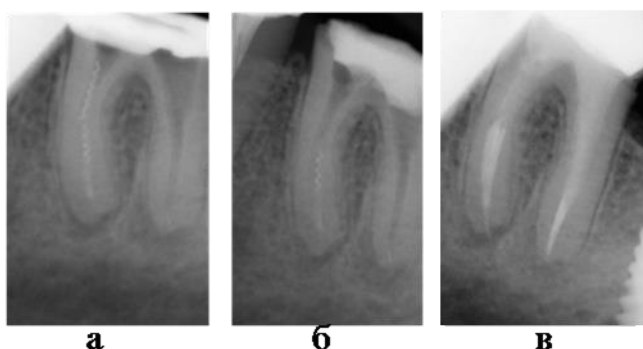


Рис. 3. Прицельная рентгенограмма 3.6 зуба: а) отломки двух инструментов в щечных корневых каналах; б) на этапе удаления одного из отломков; в) через 12 месяцев после перелечения

Клинический случай № 3. Пациентка Н., 40 лет, обратилась с жалобами на ноющие боли в 1.6 зубе. Анамнез: три года назад зуб лечен по осложнённому кариесу (хронический пульпит). Две недели назад появились ноющие боли, усиливающиеся при накусывании на зуб 1.6. Обратилась к врачу-стоматологу, но при попытке распломбировать каналы

обтурированные термофилом произошла перфорация в щёчно-дистальном канале. Пациентка направлена на продолжение лечения под микроскопом.

Объективно: Коронка зуба 1.6 отсутствует полностью. Перкуссия болезненна, слизистая по переходной складке бледно-розовая, безболезненная при пальпации. На внутриротовом снимке: в области верхушки мезиально-щёчного корня очаг деструкции без чётких границ. В нёбном и щечно-дистальном каналах термофил. В нёбном – выведен за апикальное отверстие. В щечно-дистальном канале в области изгиба верхушечной трети определяется перфорация (рис. 4 а, б). Диагноз: Хронический апикальный периодонтит зуба 1.6 (К 04.5). Лечение: все манипуляции проводились под микроскопом. Первое посещение: биомеханическая обработка каналов никель-титановыми вращающимися инструментами с ирригацией каналов 3% раствором гипохлорита натрия. Извлечь термофил из верхушечной части щечно-дистального канала не удалось. На перфорационное отверстие и во все каналы наложена гидроокись кальция на две недели. Второе посещение: эвакуация кальция, инструментальная и медикаментозная обработка. Закрытие перфорации МТА PROROOT (Dentsply) (рис. 4 в). Третье посещение: obturation корневых каналов методом латеральной компакции гуттаперчевых штифтов с материалом BJM RCS (BJM Laboratory).

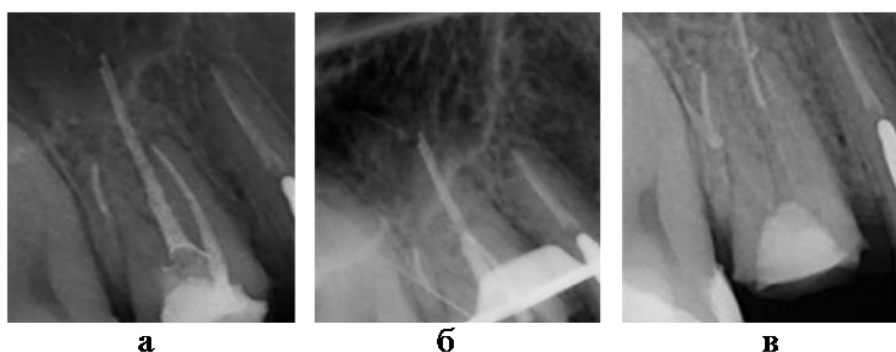


Рис. 4. Прицельная рентгенограмма 1.6 зуба: а, б) перфорация щечно-дистального корня; в) перфорация корня закрыта пломбировочным материалом

Контрольный осмотр спустя 6 месяцев подтвердил клиническое выздоровление: жалоб на боли нет, перкуссия безболезненная. По данным рентгенографии – деструктивных процессов в периодонте (в том числе в области перфорации корня) не наблюдается (рис. 5).



Рис. 5. Прицельная рентгенограмма 1.6 зуба через 6 месяцев после перелечения

Заключение. Широкое внедрение в клиническую практику современных методик для эндодонтического лечения – ультразвуковых систем, никель-титановых инструментов, антисептических средств для промывания и временного пломбирования корневых каналов, различных вариантов оптики, позволило увеличить эффективность повторного лечения периапикальной патологии и эндодонтических осложнений. Использование современного оборудования и умение врача применять современные технологии дает уверенность в успешном результате лечения даже в сложных клинических ситуациях.

Список литературы

1. Севбитов А.В., Браго А.С., Васильев Ю.Л. Золотова Е.В., Агаркова М.Ю. Повторное эндодонтическое лечение: в каких случаях нужно настоять на его проведении // Эндодонтия Today. 2016. № 2. С. 30–32.
2. Матвеева Р.Н., Недосеко В.Б. Анализ осложнений при повторном эндодонтическом лечении зубов по материалам стоматологических клиник г. Омска // Институт стоматологии. 2005. № 4. С. 70–74.

3. Вайц С.В., Даурова Ф.Ю., Вайц Т.В., Кодзаева З.С., Кодзаева Э.С. Клинические случаи. Повторное лечение корневых каналов. Извлечение отломков инструментов // Эндодонтия Today. 2016. № 4. С. 62–63.

4. Алямовский В.В., Курочкин В.Н. Организационные и клинические аспекты дентальной микроскопии // Эндодонтия Today. 2013. № 2. С. 47–50.

5. Сокольская О.Ю., Варсонофьева С.О. Анализ успеха восстановления проходимости корневых каналов в зубах, леченных ранее методом девитальной ампутации с последующей импрегнацией // Проблемы стоматологии. 2010. № 3. С. 54–57.

Сведения об авторах

Орешкин Игорь Валерьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка д. 1; тел. +7(391)2203588; e-mail: ivor68@rambler.ru.

Лихошерстова Инна Николаевна, Центр Стоматологии «АСТРЕЯ»; адрес: Красноярск, 660028, ул. Ладо Кецховели д. 71; тел. +7(391)2180518; e-mail: inna_lix@mail.ru.

Матвеева Наталья Александровна, Центр Стоматологии «АСТРЕЯ»; адрес: Красноярск, 660028, ул. Ладо Кецховели д. 71; тел. +7(391)2180518; e-mail: milovana@yandex.ru.

УДК 616.314-002-08-053.9

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ КАРИЕСА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Панфилова Светлана Анатольевна, Требушевский Вадим Михайлович

*Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 7, Красноярск,
Российская Федерация*

Резюме. При обследовании и лечении пациентов пожилой возрастной группы необходимо учитывать особенности течения воспалительных процессов, соотносить и анализировать данные клинического и рентгенологического исследований для постановки правильного диагноза.

Внимательное обследование и своевременное обнаружение патологии позволяет сохранить максимально возможное количество зубов пациентов.

Ключевые слова: Кариес зубов, осложненные формы кариеса, пожилые люди.

Актуальность. Современная демографическая ситуация в России характеризуется увеличением доли лиц более старшего возраста, что соответствует общемировому процессу старения населения. По прогнозам ВОЗ, количество пожилых людей в мире должно увеличиться в два раза к 2050 году. Согласно международным критериям население считается старым, если доля людей в возрастах 65 лет и более во всем населении превышает 7%. В настоящее время по данным Федеральной службы государственной статистики 12,9% жителей страны составляют лица в возрасте 65 лет и более. Демографическая ситуация в Красноярском крае отражает основные российские тенденции [1].

В результате совокупности мероприятий государственной программы «Здоровая нация» направленных на формирования ответственного отношения к здоровью многие пожилые люди больше озабочены поддержанием своего здоровья, чем собственной старостью. Сохранение каждого из зубов может иметь стратегическое значение, и старение не стоит форсировать, замещая зубы съёмными и несъёмными протезами. Многие пожилые пациенты сохраняют нормальную жизненную активность и осознают необходимость в хорошей стоматологической помощи и настроены на сохранение зубов.

Одним из важнейших факторов, предотвращающих развитие зубочелюстных аномалий, является сохранение максимально возможного количества зубов пациента в процессе санации полости рта. До недавнего времени возможности стоматологов при лечении осложненного кариеса были весьма ограничены. Но с развитием современной технической базы появилась возможность существенно расширить показания для

консервативного лечения зубов с осложнённым кариесом. К числу таких показаний можно отнести эндодонтическое лечение у лиц пожилого возраста (60-75 года по классификации ВОЗ). Если раньше полноценное депульпирование зубов у пожилых людей практически не рассматривалось как вариант лечения, то теперь это входит в повседневную практику врача. Нелеченые или некачественно леченые дентальные очаги инфекции являются причиной удаления зубов, развития одонтогенных гайморитов, воспалительных процессов в челюстно-лицевой области, иногда приводящих к летальному исходу. В связи с возрастными изменениями зубов и пародонта у пожилых людей, часто возникают трудности при диагностировании и лечении. Диагностический процесс направлен на то, чтобы определить, какой зуб является причинным, имеется ли патология пульпы и периодонта, какова жизнеспособность пульпы.

Одной из особенностей патологического процесса в пожилом возрасте является его хроническое течение со скудной симптоматикой. Боль, вызванная воспалением пульпы, может быть ослаблена. К возрастным изменениям пульпы относят уменьшение нервно-сосудистой трофики, уменьшение объёма пульпы, изменение характеристик основного вещества. В результате этого на раздражители пульпа реагирует иначе, чем в молодом возрасте [2]. Пульпа людей пожилого возраста содержит меньше нервных окончаний. Возможно причина кроется в регрессивных изменениях, связанных с дистрофией нерва и его оболочки. Следовательно, на стимуляторы такая пульпа реагирует слабее, чем хорошо иннервированная молодая пульпа. Не выявлено зависимости между результатами электроодонтометрии и степенью её воспаления. Эти данные необходимо соотносить с данными клинического и рентгенологического исследований. Электроодонтометрия при диагностике у пациентов старшего возраста недостаточно информативна. М.Л. Заксон (1969) установил, что в возрасте от 61 до 70 лет порог чувствительности пульпы равен 20–40 мА, от 71 до 80 лет данные электроодонтометрии могут быть 40 - 50 мА, у пациентов от 81 до 90

лет находятся в пределах 50–55 мА. В пожилом возрасте, как правило, мы можем наблюдать множественные пломбы в одном зубе. Значительные повреждения коронковой части зуба, обусловлены рецидивирующим кариесом и его лечением. Это также может быть ограничением для проведения и интерпретации электроодонтометрических и температурных проб. При обширных реставрациях происходит отложение заместительного дентина, что в свою очередь влияет на чувствительность пульпы к раздражителям. Диагностическое препарирование также обычно не информативно, из-за снижения иннервации дентина. Часто при витальной пульпе полость зуба может быть вскрыта и даже введён файл практически безболезненно.

Частота апикального верхушечного периодонтита, который обычно развивается как исход пульпита, в том числе после лечения, у пожилых людей резко возрастает. Патологический процесс в околоверхушечных тканях развивается медленнее, чем у молодых. Это объясняется тем, что деструкция сухой, волокнистой, нередко нитевидной пульпы не связана с обильным распадом ткани, а также тем, что нередко облитерация верхушечного отверстия как бы защищает околоверхушечные ткани от контакта. В пожилом возрасте в этиологии верхушечного периодонтита возрастает удельный вес микротравм зубов, приводящих к некрозу пульпы интактных зубов. Случаи острого периодонтита наблюдаются редко, а вот хронические процессы обостряются часто. Чаще всего хронические периодонтиты диагностируются случайно, при рентгенологическом исследовании для протезирования. Лечение стандартное. При возможности прохождения корневых каналов и хорошем общем состоянии проводится эндодонтическое лечение.

Изменение в цвете одного зуба может свидетельствовать о гибели пульпы, однако в пожилом возрасте эта причина не является ведущей. Вдоль сосудов пульпы, подвергшейся дегенерации, происходит фиброз, участки которого могут служить очагами кальцификации пульпы. Толщина дентина

увеличивается, дентинные каналцы склерозируются и становятся менее проницаемыми для продуктов распада, поступающих из пульпы. Отложение дентина приводит к изменению зубов в сторону желтого и матового. В молодом возрасте это служит свидетельством о прогрессирующей кальцификации пульпы, в то время как в пожилом возрасте это распространённое явление [2].

С возрастом наблюдаются изменения пародонта. Принципиальной проблемой у пациентов старшего возраста являются заболевания пародонта. Рecessия десны плохо поддается контролю. С постепенным обнажением шейки зуба увеличивается вероятность возникновения кариеса в корневой его части. Более того, можно утверждать, что кариес корня является одним из показателей старения, поскольку в молодом возрасте он диагностируется довольно редко. В основе патогенеза болезней пародонта лежит нарушение баланса между микроорганизмами зубного налета и продуктами их жизнедеятельности, с одной стороны, и защитными факторами организма, с другой. Местные и общие факторы организма могут нарушать этот баланс. Особенностью пожилой возрастной группы является то, что у них чаще встречается общая патология. Кроме того, сам процесс старения приводит к изменениям в организме, которые как непосредственно, так и опосредованно могут усугубить хроническое течение заболеваний пародонта. Частота чистки зубов в пожилом возрасте значительно уменьшается. Большинство пожилых пациентов не знает о связи между плохой гигиеной полости рта и степенью тяжести заболеваний пародонта. Пациенты считают гигиену полости рта частью ухода за телом, а не медицинским мероприятием. Ухудшение гигиены полости рта может быть связано с физическим недомоганием, причины которого серьезные проблемы со здоровьем. Выявлена прямая зависимость между субъективным самочувствием пожилых людей и функциональным состоянием полости рта, зубов, наличием зубного налета и камня. Чаще всего пациенты пенсионного возраста обращаются при обострении хронических форм пульпита и периодонтита. Кариозные полости

у пожилых лиц чаще всего локализуется в пришеечной области. Кариес дентина и цемента корня на апроксимальных поверхностях протекает бессимптомно, и только при обострении или при случайном обнаружении скрытой полости в пришеечной области при рентгенологическом обследовании удаётся диагностировать то или иное заболевание пульпы. Нередки случаи, когда часть пульпы многокорневого зуба, которая расположена в непосредственной близости к кариозной полости, некротизирована, а часть сохраняет жизнеспособность, при этом также течение бессимптомное. Наша задача даже при таких сложных для реставрации ситуациях (поддесневых апроксимальных кариозных полостей, кариесе цемента корня и т.д.) стремиться к качественному эндодонтическому лечению и максимальному сохранению зубов. Хронический периодонтит, при котором возникает свищевой ход, часто может маскироваться пародонтальными карманами [2]. При заболеваниях пародонта свищевой ход при обострении хронического процесса может пролегать через костные карманы. Этот момент тоже должен учитываться при диагностике. Такие пациенты могут попадать на прием к врачу пародонтологу и вовремя поставленный диагноз, и правильное лечение может спасти такой зуб от удаления. Исчезновение свищевого хода после эндодонтического лечения является хорошим прогностическим признаком.

Этиологически пульпит связан с прогрессированием кариозного процесса. В старческом возрасте можно встретить случаи поражения пульпы, вызываемые патологической стираемостью зубов, трещинами твердых тканей зубов, травмой и деструктивными заболеваниями пародонта (восходящий пульпит).

Возрастной особенностью является стираемость зубов. В возрасте 60–70 лет у 62% людей наблюдается стираемость зубов. У людей старших возрастных групп преобладает горизонтальный вид (86,62%–88,89%) и генерализованная форма (94,97%–95,21%) повышенной стираемости зубов, которая у пожилых людей протекает при суб- (22,75%) и

декомпенсированном (27,78%) течении патологического процесса на фоне I степени стертости зубов (72,22%), а у людей старческого возраста патологический процесс носит декомпенсированный характер (62,87%). С возрастом повышенная стираемость зубов возникает вследствие частичной утраты зубов, нерационального протезирования, парафункции жевательных мышц, а также при сочетании указанных факторов [3]. Повышение стираемости зубов может осложниться некрозом пульпы. Такие зубы нуждаются в эндодонтическом лечении и рациональном протезировании.

Этиологию трещин зубов принято связывать с термическими и механическими воздействиями. Механизм образования трещин при термических воздействиях объясняют тем, что при повышении температуры эмаль расширяется быстрее и в большей степени, чем дентин. При охлаждении объем эмали уменьшается и ощущается препятствие со стороны дентина, в результате чего возникает повреждение в области эмалево-дентинного соединения. Трещины могут увеличиваться при механических нагрузках. А термические воздействия приводят к их расширению. К образованию трещин зубов приводит окклюзионная травма, которая может быть при аномалиях положения зубов, чрезмерной нагрузке на сохранённые зубы при частичной адентии, патологической стираемости зубов. Трещины возникают и в зубах, в которых дефекты твердых тканей устранены пломбами или вкладками. Часто трещины образуются при использовании штифтов, особенно винтовых. Довольно быстро трещины образуются на депульпированных зубах. Выделяют неосложненные и осложненные трещины зубов.

Неосложненные трещины характеризуются отсутствием субъективных ощущений, могут быть обнаружены при обычном осмотре или при окрашивании тканей зуба 1% раствором метиленового синего.

Трещины могут осложниться пульпитом, верхушечным периодонтитом, а также отломом коронки зуба.

В результате окрашивания твердых тканей зубов могут становиться видны множественные линии переломов и трещин, однако это не означает, что поражение проходит до пульпы зуба. Если из-за трещины возникает поражение пульпы, у пожилых людей оно протекает, как правило, не остро; часто возникает сообщение с десневой бороздой, наряду с периапикальным дефектом развивается пародонтальный. При отсутствии жалоб наличие трещин не имеет особого значения, так как в большинстве случаев имеются на зубах пожилых людей. Если имеются симптомы патологии пульпы или периапикальных тканей, но клинические и рентгенологические исследования не указывают на возможную причину, можно заподозрить вертикальный перелом зуба. Использование большого увеличения во время раскрытия полости зуба или зондирования каналов позволяет увидеть, какова распространённость трещин и уточнить прогноз. При наличии живой пульпы прогноз хороший при условии качественной реставрации с перекрытием бугров зуба. Хроническое течение периапикальной патологии при вертикальных переломах указывает на его давность и прогноз неблагоприятный.

Цель исследования: выявить особенности зубочелюстной системы у пациентов пожилого возраста и основные причины обращения их за стоматологической помощью.

Материалы и методы исследования: В условиях КГБУЗ «КГСП №7» с применением основных и дополнительных методов осмотра и диагностики было осмотрено 249 человек в возрасте с 60 до 75 лет.

Результаты исследования. По статистическим данным за 2017 год из всех пациентов, находившихся на лечении в терапевтическом отделении стоматологической поликлинике № 7 Свердловского района города Красноярска, 33% составляют лица пенсионного возраста. Основными причинами обращения за стоматологической помощью были кариес зубов, осложненные формы кариеса зубов и по поводу протезирования. Все обследованные пациенты нуждались в санации полости рта.

При обследовании пациентов пожилого возраста были выявлены возрастные изменения: рецессия десны и убыль костной ткани, приводящие к обнажению цемента корня и дентина, наклон и стираемость зубов, из-за утраты рядом стоящих зубов, уменьшение чувствительности пульпы. При решении вопроса о сохранении жизнеспособности пульпы зуба, а также имеется ли патология пульпы и пародонта, необходимо учитывать особенности течения воспалительных процессов у пожилых людей, сопутствующие изменения в тканях пародонта.

Было вылечено 70 зубов с осложненными формами кариеса, в 100% случаев это были хронические формы или их обострения. 52 зуба были со скрытыми полостями на апроксимальных поверхностях и кариозными полостями в пришеечной области. Во всех случаях были диагностированы изменения в тканях пародонта различной степени тяжести. 18 зубов пролечено по поводу осложнений, возникших в результате патологической стираемости зубов.

Знание особенностей кариозного процесса и его осложнений у лиц пожилого возраста, комплексное лечение даёт возможность для сохранения большего количества зубов, чем это было возможно всего несколько десятилетий назад. При решении вопроса о сохранении зуба необходимо учитывать его функциональную ценность, возможность его реставрации, состояние пародонта, а также пожелания пациента.

Заключение:

1. Хроническое течение со скудной симптоматикой является одной из особенностей присущей пожилым пациентам. Это связано с возрастными изменениями в строении пульпы, с уменьшением нервно-сосудистой трофики.

2. Принципиальной проблемой у пациентов старшего возраста являются заболевания тканей пародонта. Плохо контролируемая рецессия десны приводит к обнажению шейки зуба и возникновению кариеса в

корневой его части. Также хронический периодонтит, при котором возникает свищевой ход, часто может маскироваться пародонтальными карманами.

3. Патологическая стираемость зубов, хронические травматические повреждения зубов пожилых людей вследствие возникновения патологического прикуса при частичной утрате зубов и нерационального протезирования приводит к бессимптомной гибели пульпы зуба и возникновению очагов хронической инфекции.

Список литературы

1. Алямовский В.В., Дуж А.Н., Соколова О.Р., Кан В.В. Анализ обращаемости населения различных возрастных групп в стоматологическую поликлинику // В мире научных открытий. 2013. № 7-3. С. 92–109.

2. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия: русское издание / под ред. А.М. Соловьевой. М.: STBOOK, 2007. 979 с.

3. Иорданишвили А.К., Янковский В.В., Сериков А.А. Возрастные особенности клинической картины и лечения повышенной стираемости твердых тканей зубов у взрослого человека // Человек и здоровье. 2014. № 2. С. 33–40.

Сведения об авторах

Панфилова Светлана Анатольевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №7, адрес: Российская Федерация, 660121 г. Красноярск, ул. Парашютная, д. 82; тел.+7(391)2618916; e-mail: Panfilova-sv@mail.ru.

Требушевский Вадим Михайлович, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №7, адрес: Российская Федерация, 660121 г. Красноярск, ул. Парашютная, д. 82; тел.+7(391)2618916.

ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ КАК СРЕДСТВО МАРКЕТИНГА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Петухова Елена Геннадьевна, Потылицына Наталья Владимировна

*Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8, Красноярск,
Российская Федерация*

Резюме. В эпоху рыночных отношений актуальным является качественное оказание платных услуг в медицине, и в частности в стоматологии. Важным вопросом в работе стоматолога остается, как оказывается услуга, чтобы пациенты оставались преданными и постоянными клиентами.

Ключевые слова: платные стоматологические услуги, маркетинг, качество лечения.

Актуальность. В эпоху рыночных отношений актуальным является качественное оказание платных услуг в медицине, и в частности в стоматологии. Не секрет, что и доход врачей зависит не только от того, сколько пациентов к ним приходит, но больше от того, сколько их уходит довольными. Тогда они будут возвращаться снова и снова, и приводить своих родных и близких. Для этого мало быть хорошим специалистом. Надо ещё проявлять хорошее отношение – уважение к персоне пациента и внимание к его проблеме.

В поведении врача пациенту очень важно и ценно душою услышать: 1) «Вы мне нравитесь»; 2) «Я о Вас забочусь». Он хочет не только видеть хорошего врача, но и чувствовать, что и он в глазах врача хороший человек. Мы не можем изменить график работы или стоимость услуги. Но мы можем проводить приём так, чтобы пациенту было комфортно и приятно. Есть рекомендации о том, как это сделать:

1. Начинать приём вовремя. Не усугублять дискомфорт мучительным ожиданием. Согласно опросу пациентов, добродушное настроение сохраняется лишь в течение 15 минут ожидания. Страх делает ожидание более долгим. Ожидание без объяснений дольше, чем объяснённое. Если всё же не получилось принять пациента по времени, необходимо принести извинения. Дать понять, что цените время пациента, что задержка приёма не норма, а накладка. Тогда недовольство обычно растворяется.

2. Стараться быть привлекательным и доброжелательным. «Привлекательная внешность – это необходимое качество в любом деле, связанном с обслуживанием людей» [1]. Привлекательность услаждает глаза, доброжелательность согревает душу. Чем лучше специалист выглядит, тем лучшим он кажется специалистом. Свою улыбку можно считать средством маркетинга. В отзывах о нашей клинике пациентка недавно написала: «Не может плохо лечить зубы врач с идеальной белой улыбкой». Рекомендации необходимо давать в форме совета, а не критики, дабы клиент ушёл благодарным, а не обиженным.

3. Создать эмоциональный контакт с пациентом. Общаться не только как врач с пациентом, но и как человек с человеком. Обращаться к пациенту по имени. Для человека его имя – это «восьмая нота» – самый красивый звук. В ходе опроса пациента можно поинтересоваться, что происходит в его жизни. Чем больше пациент откроется, тем больше он будет привязан именно к данному врачу. Пытаться находить общие точки: дети, питомцы, увлечения, места отдыха. Чем больше доктор будет казаться ему «своим», тем больше он будет «моим».

4. Дать пациенту возможность почувствовать свою значимость. Стараться увидеть не только зубы, но и личность. Любой человек хочет почувствовать себя важной персоной, ощутить, что в глазах врача он стоит гораздо больше, чем платит.

5. Слушать пациента. Слушать, как радио, не перебивая, пока он не закончит вещать, а потом отвечать на его слова. Стараться увлечься его

рассказом, реагировать на его реплики. Тем самым дать понять, что заинтересованы его проблемами. Это занимает время, но оно не тратится впустую, а инвестируется в благодарность пациента.

6. Сначала выяснить потребности пациента, а затем оказывать услугу. Не решать за него, а спрашивать, каким он видит желаемый результат. Задавать уточняющие вопросы, чтобы увидеть его желание глазами пациента. Иначе наши представления могут разойтись и ожидания пациента не оправдаются. Стараться обратить внимание пациента на проблемы, которые он не замечал, чтобы появилось желание их решить. Например, если пациент хочет красивую улыбку, то в процессе разговора он может заинтересоваться отбеливанием депульпированных зубов, заменой неэстетичных пломб, реставрацией излишне стёртых зубов, коронками или имплантами. В сложных клинических ситуациях, чтобы установить правильный диагноз, можно следовать совету Останина В.Ф.: «Изматывайте пациента своими вопросами».

7. Подбирать деликатные и безобидные слова, описывая проблемы полости рта пациента, чтобы его не уязвить и не обидеть. Например, если есть галитоз, говорить, что на зубах имеются камни, которые рано или поздно будут давать запах, поэтому избавиться от них лучше сейчас. Если есть налёт, говорить, что, судя по всему, щётка не справляется: либо слишком старая, либо слишком мягкая. Поэтому стоит её заменить и увеличить время чистки. Тем самым снимается вина с пациента, и назначаются виновниками другие вещи.

8. Стараться проводить максимальное обследование. Не удовлетворяться минимальной самодиагностикой пациента. Не делать то, что говорит пациент, а говорить пациенту, что надо делать. Например, не ограничиваться одной коронкой, которую просит пациент, если полость рта в целом требует оздоровления. Чем больше проблем будет найдено, тем больше возможностей предложить по их решению и, в итоге, тем больше возможностей заработать.

9. Разговаривать на языке пациента – языке не медицинском, а «обиходном». Иначе он может испугаться неизвестных слов, наполнить их своим неправильным смыслом или подумать, что это вредно или опасно. А понятное объяснение успокаивает. Например, некоторые соглашались на рентген-снимок только после того, как называется безопасная доза облучения в месяц.

10. Оценивая предварительную стоимость, называть разные варианты в зависимости от сложности процедуры и предупреждать, что конечная стоимость выяснится в процессе работы. Верхний предел стараться не занижать, а завышать, чтобы итоговая цена за него не выходила. В общем, следовать простому правилу: «никаких сюрпризов» [1-3].

11. Стараться принять пациентов как можно раньше. Самое позднее – через 3-4 рабочих дня после первичного обращения. Тогда пациенты не будут уходить в другие клиники или откладывать лечение.

12. Поддерживать обратную связь. Пациентам нравится получать накануне приёма смс-напоминание о его дате и времени. Так исключается проблема испорченного телефона, когда один недослышал, а другой недопонял. Бумажные талоны могут потеряться, а смс всегда можно снова открыть в телефоне. Нет необходимости перезванивать и переспрашивать.

13. А главным своим правилом считать слова из клятвы великого врача Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого: «следовать голосу своей совести и профессиональному долгу». Это не только правильно, но и выгодно. Ведь стремясь сделать свою работу как можно лучше, мы делаем её так, что пациенты не только нам платят, но и возвращаются к нам, чтобы снова заплатить, а также становятся нашими самыми эффективными рекламными агентами – рекомендуют нас своим родным и близким.

Цель исследования. Определить, что для пациентов является наиболее важным в отношениях врач-пациент в условиях платного стоматологического приема.

Материалы и методы исследования: Мы провели добровольное анонимное анкетирование пациентов, обратившихся за платной стоматологической помощью в КГАУЗ КГСП №8. Всего в опросе приняло участие 50 человек. Из них 37,5% мужчин, 62,5% женщин. Анкета содержала 6 вопросов. Для обработки результатов использовали статистический пакет программ PASW Statistics 18.0.

Результаты исследования: В результате проведенного нами анкетирования пациентов, обратившихся в поликлинику за платной стоматологической помощью, были получены следующие сведения. На вопрос: «Важно ли Вам попасть на приём в точно назначенное время?» 22% пациентов ответили – да, это принципиально для них, 78% считают это непринципиальным и согласны немного подождать. На следующий вопрос анкеты «Важен ли Вам внешний вид врача?» 83% опрошенных отметили, что для них важнее качество лечения, и лишь 17% ответили утвердительно.

Анкетированием было выявлено, что 90% респондентов считают важным, чтобы между пациентом и врачом была тёплая и дружеская атмосфера, а для 10% анкетированных это не имеет значения. 75% опрошенных отметили, что для них значимо, чтобы врач внимательно выслушал все жалобы, для 25% пациентов важнее, чтобы врач сам определил проблему.

Анкета включала вопрос, касательно стоимости лечения. 83% респондентов считают, что для них важнее качество лечения, а для 17% цена остается самой главной в лечении.

На вопрос: «Важно ли наличие у врача высшей категории?» мнение пациентов было следующим: 60% считают, что наличие высшей категории у врача достоверно свидетельствует о его высокой квалификации, 40% опрошенных это не кажется необходимым, важнее качество проведенного лечения.

В результате анкетирования нами было установлено:

1). Пациентам качество лечения важнее его стоимости, поэтому большинство готовы его начинать, не зная стоимости.

2). Пациентам очень важно, чтобы врач проявлял к ним тёплое и дружеское отношение, а не просто делал своё дело, как машина, и внимательно выслушивал все их жалобы, прежде чем начинать лечение.

3). Большинство пациентов лояльно и терпимо относятся к небольшим сдвигам времени приёма.

4). Хороший внешний вид воспринимают как должное, а большее значение имеет квалификация врача и наличие высшей категории.

Список литературы

1. Лево́й Б. 201 секрет успешной работы частной стоматологической клиники: пер. с англ. / под общ. ред. В.Д. Вагнера. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2010. 224 с.

2. Джирард Д. Как продать себя / пер. с англ. С.Э. Борич. Минск: Попурри, 2003. 336 с.

3. Максимовский Ю.М., Ларенцова Л.И. Межличностные отношения стоматолога с пациентом – важная составляющая стоматологической практики // Стоматология для всех. 2006. № 4. С. 56–57.

Сведения об авторах

Потылицына Наталья Владимировна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника №8; адрес: Красноярск, 660115, ул. Мирошниченко, 1; e-mail: l4n8868@rambler.ru.

Петухова Елена Геннадьевна Красноярская городская стоматологическая поликлиника №8; адрес: Красноярск, 660115, ул. Мирошниченко, 1; e-mail: elena475dkk@mail.ru.

ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ КАК МЕТОД ВЫБОРА АНЕСТЕЗИИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Соколова Ольга Романовна¹, Буянкина Римма Геннадьевна¹, Дегтярева Людмила Геннадьевна², Цыганкова Светлана Викторовна²

¹*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

²*Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5, Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. В статье проведен анализ наиболее частых показаний к общему обезболиванию при санации полости рта детей с ограниченными возможностями здоровья. Общее обезбоживание позволяет создать детям комфортные условия, а врачу-стоматологу оказывать высококвалифицированную стоматологическую помощь, что расширяет диапазон стоматологической помощи детям данной категории.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, санация полости рта, общее обезбоживание.

Актуальность. Детская инвалидность – чрезвычайно важная современная медико-социальная проблема. В Российской Федерации в последнее десятилетие численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии, неуклонно растет. Так, по данным Росстата, число детей-инвалидов в 2012 году в Российской Федерации составило 560422 человек, в Красноярском крае – 10376. В 2015 году эта цифра возросла до 604850 в России, а на территории Красноярского края – до 11910 человек. На первое января 2017 года данный показатель составил 636024 и 12253 соответственно [1, 2].

Характер медико-социальных проблем ребенка-инвалида зависит от вида имеющейся патологии и комбинации нарушений тех или иных

функций. Основные причины, обусловившие возникновение инвалидности у детей, впервые признанных инвалидами в возрасте до 18 лет, распределяются следующим образом в порядке убывания: психические расстройства и расстройства поведения; болезни нервной системы; врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. Среди причин инвалидности соматического профиля преобладают заболевания эндокринной системы [2].

Основными патологиями детей-инвалидов Красноярского края, аналогично, являются: психические расстройства – 27,4%, вторая позиция – болезни нервной системы – 25,8%, третья – врожденные аномалии – 20,5% [3].

Дети с ограниченными возможностями здоровья имеют серьезные физиологические, физические и интеллектуальные проблемы. Вместе с неспособностью самостоятельно рационально осуществлять гигиену полости рта это приводит к высоким показателям распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний у детей данной категории [4, 5, 6].

Наиболее типичными для детей-инвалидов являются проблемы самообслуживания (80% детей нуждаются в постоянной посторонней помощи), передвижения; проблемы, в общении с окружающими, психологические проблемы. Это создает сложности в посещении детских стоматологических учреждений, увеличивает длительность лечения, усложняет проведение лечебных манипуляций. Также нужно отметить отсутствие у врачей-стоматологов специальных навыков для грамотного общения с лицами с ограниченными возможностями здоровья [7].

Сложности оказания специализированной амбулаторной стоматологической помощи, связанные со здоровьем и поведением такого ребенка, зачастую обуславливают невозможность использования местного обезболивания. Это приводит к отказу от санации полости рта, или врач-стоматолог не имеет возможности осуществить ее в полном объеме с

благоприятным прогнозом. Таким образом, на приоритетные позиции в проведении санации полости рта у детей с ограниченными возможностями здоровья выходят методы общего обезболивания.

Для обоснования возможности расширения использования общей анестезии у детей с ограниченными возможностями здоровья проведен анализ основных показаний для проведения общего обезболивания при санации полости рта в амбулаторных условиях стоматологического приема.

Материалы и методы исследования: Наше исследование основано на анализе работы отделения челюстно-лицевой хирургии Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5 за период 2011–2016 годов. За период исследования в условиях анестезиологического пособия на базе КГБУЗ «КМДКБ № 5» была осуществлена комплексная санация полости рта у 724 детей с ограниченными возможностями здоровья. Под общим обезболиванием проведены стоматологические вмешательства с целью плановой санации полости рта у детей-инвалидов с различными тяжелыми нарушениями интеллекта и опорно-двигательного аппарата. Половозрастная характеристика группы детей с ограниченными возможностями здоровья, участвовавших в исследовании, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Половозрастная структура группы исследования

Показатели	Период исследования					
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Мальчики	88	69	72	69	93	75
Девочки	35	58	42	54	39	30
Возраст до 14 лет	107	114	91	102	114	93
Возраст 15-17 лет	16	13	23	21	18	12
Всего	123	127	114	123	132	105

Для обработки полученных данных использовался электронный пакет SPSS 19.00.

Результаты исследования. Врачи-стоматологи отделения челюстно-лицевой хирургии Красноярской межрайонной детской клинической

больницы № 5 по показаниям проводят под общим обезболиванием санацию полости рта у детей.

Абсолютными показаниями к проведению наркоза в амбулаторной детской стоматологии являются: заболевания центральной нервной системы со снижением интеллекта, отсутствие контакта с пациентом, медикаментозная поливалентная аллергия (невозможность использовать препараты для другого метода обезболивания). Кроме того, по результатам клинической работы выделяют категории детей, лечение которых требует многочисленных посещений врача-стоматолога. А также детей с общесоматическими заболеваниями: врожденными и приобретенными пороками, бронхиальной астмой, астматическим бронхитом, аллергическими реакциями и другими.

Обоснования проведения общего обезболивания при стоматологической санации полости рта у детей-инвалидов определялось совместно с врачом-анестезиологом, педиатром и стоматологом. Подготовка к проведению санации полости рта включала обязательное клинико-лабораторное обследование ребенка.

Показания для общей анестезии у детей с ограниченными возможностями здоровья разделены на общесоматические и стоматологические. Все дети группы исследования имели как соматические, так и стоматологические показания для санации полости рта под общим обезболиванием. Во всех случаях наркоз стал единственно возможным способом обезболивания у детей этой группы.

Стоматологическое обследование детей выявило очень высокий уровень интенсивности кариеса зубов согласно критериям ВОЗ. Пациенты нуждались в большом объеме стоматологического лечения, включающем пломбирование кариозных полостей, эндодонтическое лечение корневых каналов и экстракцию зубов.

Сложность, а, иногда, и невозможность проведения полноценного обследования ребенка до лечения затрудняют выполнение общепринятого

правила предоставления родителям или опекунам детей до начала лечения полной информации о плане лечения. Достаточно часто возникала ситуация необходимости изменения плана лечения после постановки окончательного диагноза по ходу выполнения лечебных мероприятий. Поэтому именно для этого контингента во избежание конфликтной ситуации необходимо до начала лечения получить согласие родителей на возможно максимальный и радикальный объем стоматологических вмешательств.

Пути введения и препараты для общей анестезии выбирались анестезиологом после обследования пациента, прочтения результатов анализов лабораторных исследований, выписки из амбулаторной карты от кардиолога, врача-педиатра.

Лечение под наркозом ограничено временем. Оно должно быть использовано настолько рационально, чтобы минимизировать его, но без ущерба объему и качеству лечебных манипуляций. Продолжительность обезболивания в нашем исследовании составляла 40–60 минут, максимальное значение времени – 90 минут. Данная продолжительность обеспечивала проведение полного стоматологического лечения, включающего терапевтические и хирургические манипуляции. Обеспечивался стандартный при наркозе мониторинг пациента, условия для оказания неотложной помощи и возможность при необходимости госпитализации пациента в стационар.

У всех детей наркоз протекал при стабильной гемодинамике, функции центральной нервной системы восстанавливались после наркоза в среднем на протяжении 30 мин. Ни у одного пациента не наблюдалось посленаркозной рвоты, тошноты или гипертермии.

За анализируемый период исследования врачами детской клинической больницы под общим обезболиванием проведена санация полости рта 724 детей с ограниченными возможностями здоровья. В возрастном аспекте основную группу составили дети до 14 лет – 621 (85,77%), пациенты 15–17 лет – 103 (14,23%) человека. Среди участников исследования значительно

преобладали мальчики – 465 (64,23%), девочек – 258 (35,64%). Такая тенденция прослеживалась каждый год анализируемого периода (таблица 1). Численность детей, участвовавших в исследовании, с перечнем основных патологий представлена в таблице 2.

Таблица 2

Структура группы исследования по основному заболеванию (абс.)

Основное заболевание	Период исследования					
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
ЗПМР*	92	109	88	96	89	84
ДЦП**	23	15	24	27	29	20
Аутизм	6	-	-	-	8	-
Синдром Дауна	2	1	-	-	3	1
Другая патология	-	2	2	-	3	-
Всего	123	127	114	123	132	105

*ЗПМР – задержка психомоторного развития

**ДЦП – детский церебральный паралич

Анализ показаний для проведения общего обезболивания у детей с ограниченными возможностями здоровья при стоматологической санации выявил различные виды тяжелой психологической и общесоматической патологии. Преобладающая патология, обусловившая показания для проведения общей анестезии при санации полости рта – это диагноз «задержка психомоторного развития» у 558 (77,07%) детей.

Психомоторное развитие ребенка – процесс, тесно связанный с этапностью созревания мозга, который усложняется по мере взросления ребенка и взаимодействия его с окружающей средой. В последние годы специалисты педиатрического профиля отмечают рост случаев задержки психомоторного развития у детей раннего возраста, обусловленной повреждением мозговых структур и сопровождающуюся различной неврологической симптоматикой.

Замедление нормального темпа психического созревания в сравнении с общепринятыми возрастными нормами приводит к отставанию (задержке) развития. Оно может касаться одной или нескольких психических функций, которые создают многочисленные и разнообразные взаимосвязи с двигательными нарушениями. Это выражается в замедлении темпов

формирования двигательных, речевых, коммуникативных функций нервной системы, а также когнитивной и эмоциональной сфер.

Данные о распространенности стоматологической патологии и подходах к лечению детей с задержкой психомоторного развития довольно скудные и противоречивые. В связи с этим, необходимо дальнейшее изучение этого вопроса с целью оптимизации подходов к оказанию стоматологической помощи детям этой группы.

Следующая по численности группа – дети с диагнозом «детский церебральный паралич»: 138 (19,06%) пациентов. Данные литературы, посвященные изучению клинических показателей стоматологического статуса детей с детским церебральным параличом свидетельствуют о неудовлетворительном состоянии здоровья их полости рта, что напрямую связано с основным заболеванием [4]. Дети с детским церебральным параличом не способны соблюдать полноценно рациональную гигиену полости рта из-за нарушения двигательного развития. Этим пациентам необходима специализированная медицинская помощь, в том числе и стоматологическая, так как качество жизни детей ухудшается, а вместе с тем ухудшается и гигиеническое состояние полости рта.

Небольшую по численности группу составили дети-инвалиды с диагнозами «аутизм»: 14 (1,93%). Анализ литературных источников об изучении стоматологической заболеваемости и подхода к лечению детей с аутистическими расстройствами показал, что в этой группе детей наблюдается недостаточный уровень гигиены полости рта, высокая интенсивность кариеса зубов, распространенность гингивита и зубочелюстных аномалий, самотравмирующее поведение.

Дети с синдромом Дауна составили группу из 7 (0,97%) человек. Особенности стоматологического статуса в виде высоких показателей интенсивности кариеса зубов и заболеваний пародонта обусловлены целым спектром общих и местных факторов риска у этих детей. Врачам практического здравоохранения необходимо учитывать взаимосвязь между

соматической патологией и развитием процессов в челюстно-лицевой области у детей с синдромом Дауна при выборе методов лечения стоматологических заболеваний.

Меньше одного процента составила группа детей, которые имели другие единично встречающиеся в данном исследовании патологии (например, энцефалопатия, спастический тетрапарез) – 7 (0,97%) пациентов.

Стоматологическое лечение детей с ограниченными возможностями здоровья под общим обезболиванием является одним из эффективных методов плановой санации полости рта детей-инвалидов. Под общим обезболиванием в отделения челюстно-лицевой хирургии Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5 проводится санация 1,14% детей-инвалидов Красноярского края (за период исследования 2011–2016 гг.). Сюда специалисты направляют детей с тяжелой общесоматической патологией, которые нуждаются в санации полости рта под общей анестезией. Объем стоматологических терапевтических и хирургических вмешательств, выполненный за период исследования представлен в таблице 3.

Таблица 3

Объем выполненной работы в группе исследования

Показатели	Период исследования					
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Вылечено зубов всего:	560	90	126	212	792	682
- по поводу кариеса	192	27	34	37	296	215
- осложненного кариес	368	63	92	175	396	472
Удалено зубов:	245	174	63	75	254	217
- временных	210	164	54	59	206	152
- постоянных	35	10	9	16	48	58

В период временного прикуса (у детей до шести лет) и у детей старше 11 лет в ходе санации полости рта отмечалось значительное преобладание терапевтических мероприятий. Явное превалирование хирургических мероприятий было у детей в возрасте от 8 до 10 лет, что объясняется периодом физиологической смены зубов.

Санация полости рта под общим обезболиванием – вынужденный специфический вид лечения. Он имеет свои строгие показания и, с точки зрения стоматолога, обладает рядом преимуществ и недостатков.

К преимуществам работы в условиях наркоза можно отнести: полное отсутствие сопротивления пациента; отсутствие необходимости постоянно «развлекать и отвлекать» ребенка, что в обычных условиях существенно осложняет работу стоматолога; работа в сухой полости рта; возможность лучшего обзора полости рта и зубов.

Вместе с этим следует отметить и существенные сложности: необходимость работать в условиях дефицита времени, не снижая качества лечения; работа стоматолога и анестезиолога на общем операционном поле; особые трудности в диагностике и лечении заболеваний. Так, достаточно часто невозможно поставить полный диагноз на этапе обследования. Полное отсутствие реакции пациента на раздражители затрудняет уточнение диагноза и контролирование некоторых этапов лечения. Как правило, нет возможности осуществить рентгенологический контроль качества пломбирования корневых каналов.

Заключение. Наиболее частым показанием к общему обезболиванию при санации полости рта явился психоневрологический патологический статус и лабильная нервная система с непреодолимым страхом перед манипуляциями.

Работа врача-стоматолога требует применения травмоопасных стоматологических инструментов, что сопряжено со значительными сложностями проведения лечебных и профилактических мероприятий у детей, имеющих патологию нервно-психического развития, испытывающими трудности в общении с окружающими, эмоционально неустойчивыми.

Особый психосоматический статус этой категории детей не позволяет в полном объеме осуществить качественную стоматологическую помощь, используя местные способы обезболивания. Поиск путей устранения проблем в организации оказания лечебно-профилактической помощи детям с

особенностями развития, является актуальной задачей стоматологии детского возраста. Расширение возможности использования общей анестезии при санации полости рта у детей с ограниченными возможностями здоровья, не исключая при этом другие методы обезболивания, позволит создать детям комфортные условия, а врачу-стоматологу оказывать высококвалифицированную стоматологическую помощь, что расширяет диапазон стоматологической помощи детям данной категории.

Список литературы

1. Управление Федеральной государственной службы государственной статистики по Красноярскому краю, Республике Хакасия и Республике Тыва [Электронный ресурс]. URL: <http://krasstat.gks.ru> (дата обращения: 19.03.2019).

2. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 19.03.2019).

3. Доклад «О реализации Конвенции о правах инвалидов в Красноярском крае» (2014 год) [Электронный ресурс] // Министерство социальной политики Красноярского края. Красноярск, 2014. URL: <https://szn24.ru/node/5539> (дата обращения: 19.03.2019).

4. Aliamovskii V., Duzh A., Tarasova N., Galonsky V. Dentoalveolar anomalies in children with cerebral plasy // Int. Dent. J. 2015. Vol. 65, № 1. P. 92.

5. Alyamovskiy V., Tarasova N., Galonskiy V., Duzh A., Eliseeva O. Oral hygiene education in children with sensory hearing deprivation // Int. Dent. J. 2013. Vol. 63, № 1. P. 195–196.

6. Галонский В.Г. Тарасова Н.В., Елисеева О.А. Обоснование психолого-педагогических приемов к проведению «Уроков стоматологического здоровья» у детей с сенсорной депривацией слуха // Сибирское медицинское обозрение. 2013. № 3. С. 11–17.

7. Тарасова Н.В., Буянкина Р.Г., Алямовский В.В., Федорова Т.В., Дегтярева Л.Г. Общее обезболивание как один из методов санации полости

рта у детей с ограниченными возможностями здоровья // Успехи современного естествознания. 2015. № 4. С. 70–74.

Сведения об авторах

Соколова Ольга Романовна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2243144; e-mail: olga-sokolova@list.ru.

Буянкина Римма Геннадьевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2243144; e-mail: buyankinar@mail.ru.

Дегтярева Людмила Геннадьевна, Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5; адрес: Российская Федерация, 660122, г. Красноярск, ул. Щорса, д. 83; тел. 8 (391) 260-23-17

Цыганкова Светлана Викторовна, врач-стоматолог Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5; адрес: Российская Федерация, 660122, г. Красноярск, ул. Щорса, д. 83; тел. 8 (391) 260-23-17

УДК 616.314-083.98-053.2(571.51-25)

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ КРАСНОЯРСКА

Соколова Ольга Романовна¹, Буянкина Римма Геннадьевна¹, Репиленко Ирина Федоровна², Репиленко Евгения Юрьевна²

¹ *Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

² *Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5, Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. Проведен анализ причин обращения за неотложной стоматологической помощью и видов помощи детям с острой зубной болью. Исследование показало высокую нуждаемость в неотложной стоматологической помощи детского населения в возрасте до 14 лет по поводу осложненных форм кариеса зубов.

Ключевые слова: стоматология детского возраста, неотложная помощь, осложнения, кариес зубов, временные зубы.

Актуальность. Стоматологическая помощь детям, являясь одним из массовых видов медицинского обслуживания, имеет свои особенности и трудности [1, 2]. По данным обследования ряда авторов и собственным исследованиям в городе Красноярске распространенность и интенсивность заболеваний полости рта у детского населения в различные возрастные периоды остаются высокими. Особенностью стоматологического статуса детей и подростков в городе Красноярске является высокая интенсивность поражения зубочелюстного аппарата, одновременное развитие нескольких самостоятельных видов патологии: кариеса зубов, заболеваний пародонта, зубочелюстных аномалий и деформаций [3, 4, 5].

Высокий уровень заболеваемости основными стоматологическими патологиями детского населения, развитие острых состояний и осложнений являются реальной угрозой здоровью детей, что требует рассмотрение вопроса не только о проведении плановой стоматологической помощи, но и, в случае необходимости оказания экстренной стоматологической помощи.

Данные литературы об анализе обращаемости детского населения за неотложной стоматологической помощью показывает, что она занимает важное место в различных регионах России [6, 7].

В нормативных документах нет характеристики неотложных состояний в стоматологии. Исходя из п. 4 ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» неотложная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента может соответствовать обмороку, шоку, коллапсу, но в общепринятой стоматологической практике к «неотложной» относят острую зубную боль, возникающую при различных стоматологических заболеваниях.

Обязанность соблюдения порядков оказания медицинской помощи медицинскими организациями предусмотрена ч. 1 ст. 37, п. 2 ч. 1 ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Приказ Минздрава России от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» регламентирует оказание стоматологической помощи детям на основании статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации. 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446), П.19 – детям до 3 лет с множественными осложнениями кариеса, а также детям по медицинским показаниям с применением общего обезболивания. Детям до 3-летнего возраста лечение должно проводиться в детских отделениях челюстно-лицевой хирургии (койки), а при их отсутствии – в отделениях челюстно-лицевой хирургии медицинской организации, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение. В части п. 26 приказа Минздрава России от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» оказание медицинской помощи детям с воспалительными заболеваниями, с травмой осуществляется врачом стоматологом-хирургом детских стоматологических поликлиник, а при тяжелом течении заболевания – врачом-челюстно-лицевым хирургом детских отделений челюстно-лицевой хирургии, а при их отсутствии – отделений челюстно-лицевой хирургии медицинской организации, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

На базе приемно-диагностического отделения КГБУЗ Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5 с 2005 года работает центр неотложной стоматологической помощи, оказывающий стоматологическую помощь детскому населению в вечернее и ночное время, круглосуточно в выходные и праздничные дни (на основании приказа ГУЗ администрации г.

Красноярска № 140 от 03.05.2005 г. «Об оказании стоматологической и хирургической помощи в МУЗ «ГДКБ № 5»). В дневное время в соответствии с действующим законодательством в стоматологических поликлиниках организовано оказание первичной медико-санитарной помощи детскому населению по территориальному принципу.

Цель исследования: Анализ нуждаемости детей в неотложной стоматологической помощи и структуры заболеваемости при оказании неотложной стоматологической помощи детскому населению города Красноярска.

Материал и методы исследования: Информационной базой для изучения показателей работы центра неотложной стоматологической помощи приемно-диагностического отделения Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5 г. Красноярска явился ретроспективный анализ данных годового статистического отчета формы «Учета работы врача стоматолога по неотложной стоматологической помощи» за 2015, 2016, 2017 и 9 месяцев 2018 года.

Результаты исследования. Центр неотложной стоматологической помощи приемно-диагностического отделения Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5 г. Красноярска оказывает медицинскую помощь детям города Красноярска и Красноярского края с заболеваниями зубов, тканей пародонта, слизистой оболочки полости рта, зубочелюстными аномалиями по Программе обязательного медицинского страхования. Платные медицинские услуги в кабинете не оказываются. Основной задачей является оказание доступной, качественной, высококвалифицированной, специализированной неотложной стоматологической помощи детскому населению. Основной объем проделанной работы представлен в таблице 1.

Таблица 1

**Количество обращений и объем оказанной неотложной
стоматологической помощи**

Период	Принято больных	В том числе			Выработано УЕТ
		дети до 14 лет	дети 15-17 лет	сельские жители	
2015	3917	3663	254	382	11071,20
2016	3115	2859	256	271	9499,59
2017	3803	3537	266	403	13173,89
9 мес 2018	2902	1758	186	172	10189,05

Данные таблицы свидетельствуют о высокой востребованности данного вида стоматологической помощи. Количество принятых пациентов остается на высоком уровне в течение последних трех лет без тенденции к снижению. Распределение нагрузки в течение года показывает, что минимальное количество посещений приходится на летние месяцы анализируемых лет, что, по нашему мнению, связано с массовым выездом детей из города на летний период. Большой объем проделанной работы за анализируемый период времени, выраженный в условных единицах трудоемкости, подтверждает количество врачебных манипуляций, осуществленных для оказания детям неотложной помощи. Основную группу принятых пациентов составляют дети до 14 лет. Гендерных различий в группе не выявлено. Отмечены единичные обращения детей иностранных граждан: 2–3 ребенка в год. Основным поводом для обращения за неотложной стоматологической помощью детского населения являются осложнения кариеса зубов и травмы челюстно-лицевой области. Данные о структуре заболеваний представлены в таблице 2.

Таблица 2

Структура заболеваемости при обращении за неотложной помощью

Период	Диагноз при обращении				Консультация
	пульпит	периодонтит	периостит	травма	
2015	854	249	816	641	2288
2016	984	367	893	760	1763
2017	1154	428	739	521	1296
9 мес 2018	857	262	685	476	846

Основной патологией по данным анализа обращений являются острый и обострившийся хронический пульпит. С данным диагнозом чаще обращаются дети до 7 лет. Распределение количества обращений в течение года равномерное. Регистрируемое время обращения – ночное. С острыми и обострившимися хроническими периодонтитами наиболее часто обращаются дети более старшего возраста. Распределение обращений в течение года выявило сезонную закономерность: максимальное число обращений приходится на осенние месяцы. Традиционное время обращений – вечернее, с 18 до 24 часов.

Тяжесть течения периостита в детском возрасте и возможность развития серьезных осложнений требует госпитализации пациента для проведения хирургического лечения и назначения соответствующей терапии. Поэтому, у пациентов с диагнозом «периостит» проводится 100% госпитализация. Госпитализация часто требуется и пациентам с травмами челюстно-лицевой области. В зависимости от степени тяжести проводится распределение потока детей с травмой на круглосуточный и дневной стационар. За исследуемый период от 12% до 20,4% детей, обратившихся с травмой челюстно-лицевой области, нуждались в госпитализации в стационар круглосуточного пребывания. Остальные дети получали лечение в условиях стационара дневного пребывания. Объем терапевтической, хирургической и консультационной работы, проделанной врачами центра, представлен в таблице 3.

Таблица 3

Объем проделанной работы при оказании неотложной помощи

Период	Лечение зубов		Удаление зубов				Консультация
	Пульпит	Периодонтит	Всего	Временных	Постоянных		
					До 14 лет	15-17 лет	
2015	854	249	670	622	31	17	2288
2016	984	367	-	-	-	-	1763
2017	1154	428	988	981	5	2	1296
9мес 2018	857	262	958	948	3	7	846

По анализу результатов проделанной работы нужно отметить, что количество случаев лечения пульпита и периодонтита консервативным методом имеет тенденцию к постоянному росту в течение последних трех лет. Также отмечается рост и хирургического лечения зубов по поводу периодонтита. Удаление временных зубов включает удаление зубов в связи с их физиологической сменой в отдельных случаях. В 2016 году в результате организационных изменений порядка оказания неотложной помощи в больнице удаление зубов в кабинете неотложной помощи не проводилось. Данные других лет демонстрируют рост обращений по поводу неотложного удаления временных зубов. Как положительный критерий, можно констатировать тенденцию к снижению количества удаленных постоянных зубов.

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о высокой потребности детского населения в неотложной стоматологической помощи. Наиболее высокая степень нуждаемости с тенденцией к росту отмечена у детей в возрасте до 14 лет. Востребованы как терапевтическая, так и хирургическая виды неотложной стоматологической помощи. Высокая потребность детского населения в неотложной стоматологической помощи является индикатором проблем в организации и осуществлении плановой и профилактической помощи детскому населению города Красноярска.

Список литературы

1. Литвинова Л.А. Размышления о проблемах стоматологической профилактики и диспансеризации в детском возрасте // Стоматология детского возраста и профилактика. 2008. Т. 7, № 2. С. 16–19.
2. Сокольская О.Ю. Изменения психо-эмоционального состояния детей в процессе диспансерного наблюдения у детского стоматолога // Стоматология детского возраста и профилактика. 2014. Т. 13, № 2. С. 27–31.

3. Буянкина Р.Г., Соколова О.Р., Дерр М.Я. Мальчикова Е.М., Горячкина Т.А. Стоматологический статус детей г. Красноярска в современных условиях // Здоровье семьи-21 век. 2014. № 1. С. 25–35.

4. Петровская Н.Т., Веселова А.П., Власов Д.В., Соколова О.Р., Буянкина Р.Г. Некоторые недостатки школьной стоматологии // Сибирский стоматологический форум. Инновационные подходы к образованию, науке и практике в стоматологии: труды X Всероссийской научно-практической конференции, Красноярск, 16-18 марта 2016 г. Красноярск, 2016. С. 73–75.

5. Веревкина Т.И., Борисова Г.Г., Давыденко Н.В., Высоцкая Л.В., Соколова О.Р. Состояние детской стоматологической службы Кировского и Свердловского районов города Красноярска // Сибирский стоматологический форум. Инновационные подходы к образованию, науке и практике в стоматологии : труды XI Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию основания Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск, 1-3 марта 2017 г.). Красноярск, 2017. С. 7–11.

6. Пилипенко П.П., Дашкевич Е.В. Оказание неотложной стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях в г. Минске // Современная стоматология. 2011. № 1. С. 118–120.

7. Проценко Н.А. Организация и осуществление деятельности неотложной стоматологической помощи на примере Воронежской клинической стоматологической поликлиники № 4 г. Воронеж // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. № 1. С. 141–146.

Сведения об авторах

Соколова Ольга Романовна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2243144; e-mail: olga-sokolova@list.ru.

Буянкина Римма Геннадьевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2243144; e-mail: buyankinar@mail.ru.

Репиленко Ирина Федоровна, Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5; адрес: Российская Федерация, 660122, г. Красноярск, ул. Щорса, д. 83; тел. 8 (391) 260-23-17.

Репиленко Евгения Юрьевна, Красноярской межрайонной детской клинической больницы № 5; адрес: Российская Федерация, 660122, г. Красноярск, ул. Щорса, д. 83; тел. 8 (391) 260-23-17.

УДК 616.314.26-007.26/.271-084-053.2

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА У ДЕТЕЙ

*Соколович Наталия Александровна, Петрова Наталья Петровна,
Черноморченко Никита Сергеевич*

*Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург,
Российская Федерация*

Резюме. Профилактическое направление в современной ортодонтии представлено не очень широко. Научная литература описывает данные, свидетельствующие о нарушениях окклюзии, начиная с трех лет. В статье описывается применение функциональных ОТ-корректоров, которые устраняют предрасполагающие факторы при формировании нарушений окклюзии. Таким образом, происходит развитие профилактического направления и лечение нарушений прикуса уже на ранних стадиях.

Ключевые слова: профилактика, ортодонтия, съемные аппараты, корректоры, аномалия прикуса.

Актуальность. В структуре распространенности стоматологических заболеваний у детей, зубочелюстные аномалии (ЗЧА) занимают третье место после кариеса и заболеваний пародонта [1]. Зубочелюстные аномалии относятся к группе основных стоматологических заболеваний и характеризуются высокой распространенностью. Получение научно сопоставимых показателей распространенности зубочелюстных аномалий

может быть достигнуто при строгом соблюдении принципов возрастной группировки обследуемых контингентов, одинаковом методическом подходе к оценке состояния зубов, зубных рядов и прикуса на основе единой классификации, с учетом этнических особенностей строения лица и отдельных его частей [2]. Согласно проведенному авторами обследованию, у 5299 детей в возрасте 3–14 лет, частота зубочелюстных аномалий составила $42,7 \pm 0,6\%$. У дошкольников они выявлены в $40,1 \pm 1,1\%$, у школьников – в $43,8 \pm 0,8\%$ случаев. Аномалии отдельных зубов наблюдались у $0,7\%$ обследованных, аномалии зубных рядов – у $14,7\%$, аномалии прикуса – у $27,3\%$.

По распространенности ЗЧА лидирующее место занимают нарушения в сагиттальной плоскости, а именно дистоокклюзия, а также нарушения в вертикальной плоскости, к которым относятся глубокая резцовая окклюзия. С возрастом может меняться структура аномалий и их клиническая характеристика. В исследованиях Образцова Ю. Л. (2007 г.), приводятся данные, что в возрасте 3 лет аномалии прикуса составляют $90,6\%$ и 40% из них сочетаются с различными функциональными нарушениями – речи, глотания, дыхания, жевания. К 6–7 годам увеличивается не только частота аномалий (до $47,1–47,7\%$), но и частота функциональных нарушений (до $44,6\%$).

Понимание важности профилактических мероприятий среди детского населения, особенно в раннем возрасте, дает возможность ограничить развитие процесса формирования аномалий, снизить их тяжесть, а иногда и не допустить дальнейшего развития патологического компонента [3]. Особенное внимание надо уделять детям младшего и среднего возраста, потому что именно в эти годы, когда наиболее интенсивно происходит рост ребенка, ортодонтическое лечение очень эффективно и не требует много времени. Именно применение съемных ортодонтических аппаратов в этом периоде помогает достигать максимальных результатов при минимальном сроке вмешательства и обеспечивать стабильность положительных

изменений. Следует обратить внимание на применение съемных конструкций в виде капп, которые не требуют снятия оттисков, что не всегда является комфортной манипуляцией для детей. Применение таких капп у детей достаточно просто и комфортно, потому, что дети самостоятельно учатся контролировать величину силы, заложенную в аппарат, тем самым не доставляя себе дискомфорта и исключая перегрузку тканей пародонта при воздействии прилагаемой силы [4].

Цель исследования: определить эффективность применения функциональных корректоров у детей с нарушениями прикуса.

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 35 детей в возрасте от 9 до 13 лет. В группу А 1 вошли 19 детей со следующими нарушениями по прикусу:

- скученность;
- ротации зубов во фронтальном отделе;
- несоответствие в сагиттальной плоскости ≥ 3 мм и отсутствие контакта между резцами;
- резцовое перекрытие ≥ 3 мм;
- вестибулярное положение резцов.

Контрольная группа А 2 составила 16 детей в возрасте от 9 до 13 лет. В этой группе не было выявлено изначально нарушений по прикусу, но отмечались некоторые незначительные отклонения в положении отдельных зубов.

Результаты исследования. В процессе изучения контрольно-диагностических моделей челюстей (КДМ), было установлено, что в группе пациентов, которым было назначено ортодонтическое лечение с применением миофункционального корректора, нарушения в сагиттальной плоскости фронтального сегмента составляли изначально $3,6 \pm 1,2$ мм и через 6 месяцев ношения аппарата эти соотношения составляли $2,8 \pm 0,8$ мм. Происходило постепенное уменьшение щели по сагиттали. В контрольной группе детей происходило увеличение этих параметров. Соотношения по II

классу, которые изначально наблюдались в группе А 1 в 80% случаев имели тенденцию к нормализации. В контрольной группе, наоборот, происходило ухудшение этих соотношений. Такая же динамика наблюдалась по параметрам в вертикальной плоскости. Группа пациентов, которая носила корректор, уже за 6 месяцев демонстрировала улучшение по всем показателям. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Изменение параметров в сагиттальной и вертикальной плоскостях при применении миофункциональных корректоров

	Сагиттальные соотношения до лечения	Сагиттальные Соотношения через 6 месяцев от начала лечения	Выявленные несоответствия
А 1 (передний сегмент) А 2 (передний сегмент)	3,6 ± 1,2 мм 2,6 ± 0,8 мм	2,8 ± 0,8 мм 3,1 ± 1,1 мм	- 0,8 мм + 0,5 мм
А 1 (боковой сегмент) А 2 (боковой сегмент)	80% (изначально II класс) 30% (изначально II класс)	30% (II класс) 40% (II класс)	
	Вертикальные соотношения до лечения	Вертикальные соотношения через 6 месяцев от начала лечения	
А 1 А 2	4,1 ± 1,3 мм 3,0 ± 0,9 мм	3,8 ± 1,1 мм 4,5 ± 1,3 мм	- 0,3 мм + 1,5 мм

У пациентов с изначально установленными нарушениями прикуса применение миофункциональных корректоров в виде капп позволило нормализовать соотношение размеров зубных дуг по трансверзали, что подтверждает корректную работу аппаратов в период роста ребенка. При этом происходило уменьшение показателей скученности, как на верхнем зубном ряду, так и на нижнем. У пациентов контрольной группы, ранее не имевших нарушений по прикусу, но с установленными незначительными отклонениями в положении отдельных зубов, наблюдалось увеличение параметров скученности в виду того, что происходивший рост не коррелировал с прорезыванием зубов и ранее имеющиеся отклонения в позиции некоторых зубов препятствовали осуществлению роста в нужных

направлениях. Таким образом, начинали формироваться зубо-альвеолярные нарушения у растущих пациентов контрольной группы. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Оценка тесного положения зубов при применении миофункциональных корректоров.

	Скученность на в. зубной дуге до лечения	Скученность на в. зубной дуге через 6 месяцев	Выявленные несоответствия
A 1	$3,7 \pm 1,2$ мм	$2,9 \pm 0,8$ мм	- 0,8 мм
A 2	$2,6 \pm 0,8$ мм	$3,9 \pm 1,1$ мм	+ 1,4 мм
	Скученность на н. зубной дуге до лечения	Скученность на н. зубной дуге через 6 месяцев	
A 1	$3,9 \pm 1,3$ мм	$3,0 \pm 1,1$ мм	- 0,9 мм
A 2	$2,5 \pm 0,9$ мм	$3,9 \pm 1,3$ мм	+ 1,4 мм

Заключение: Таким образом, данные нашего исследования показывают, что ортодонтическое лечение пациентов в возрастной группе 9–13 лет эффективно, с использованием функционального корректора. Применение этого съемного аппарата показано у пациентов с имеющимися нарушениями в сагиттальной плоскости, вертикальной плоскости, II классом по молярам и несоответствием по смыканию резцов $3,6 \pm 1,2$ мм по горизонтали и $4,1 \pm 1,3$ мм по вертикали. Через 6 месяцев ношения этого аппарата у 80% пациентов, имеющих изначально соотношения по II классу, произошло снижение этого показателя до 30%.

Что касается данных по наличию скученности на верхней и нижней зубной дуге до начала ортодонтического лечения, $3,7 \pm 1,2$ мм и $3,9 \pm 1,3$ мм соответственно, то через полгода эти показатели уже составляли $2,9 \pm 0,8$ мм и $3,0 \pm 1,1$ мм. Следовательно, аппарат эффективен при одновременной работе во всех трех плоскостях. Также в нашем исследовании мы наблюдали устранение ротаций отдельных зубов во фронтальном отделе до 45° , и коррекцию вестибулярного наклона резцов.

В течение ортодонтического лечения, прорезывающиеся постоянные резцы, моляры и премоляры были направлены в их оптимальные позиции в зубных рядах, применение функционального ОТ-Корректора способствовало

нормализации формы самой зубной дуги в области фронтальных зубов, следствием чего создавалось пространство для остальных постоянных зубов боковой группы, что помогало им стать в правильную позицию в уже расширенные зубные дуги.

Список литературы

1. Сунцов В.Г., Леонтьев В.К., Дистель В.А., Вагнер В.Д. Стоматологическая профилактика у детей: рук. для студентов и врачей. М.: Мед. книга; Н. Новгород: НГМД, 2001. 344 с.

2. Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н. Пропедевтическая ортодонтия : учеб. пособие. СПб.: СпецЛит, 2007. 160 с.

3. Петрова Н.П., Статовская Е.Е., Чернобровкина М.И. Применение функциональных корректоров в практике врача-ортодонта: метод. пособие. СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. 36 с.

4. Petrova N. The use of OT-correctors for prevention and treatment of growing patient [Electronic resource] // Oral Health Dent. Manag. 2017. Vol. 16. P. 68. URL: <https://www.omicsonline.org/conference-proceedings/2247-2452-C1-049-013.pdf> (date of access: 12.04.2019). DOI: 10.4172/2247-2452.C1.049

Сведения об авторах

Соколович Наталья Александровна, Санкт-Петербургский Государственный Университет; адрес: 199034, г. Санкт-Петербург, ул. Университетская набережная д. 7–9, e-mail: lun_nat@mail.ru

Петрова Наталья Петровна, Санкт-Петербургский Государственный Университет; адрес: 199034, г. Санкт-Петербург, ул. Университетская набережная д. 7–9, e-mail: natpetrovarus@gmail.com

Черноморченко Никита Сергеевич, Санкт-Петербургский Государственный Университет; адрес: 199034, г. Санкт-Петербург, ул. Университетская набережная д. 7–9.

**АНАЛИЗ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ОСЛОЖНЁННОГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ РЕЗОРЦИН-
ФОРМАЛИНОВЫМ МЕТОДОМ**

*Солодовник Елена Владимировна¹, Курилович Светлана Юрьевна¹,
Евланова Алена Евгеньевна¹, Овчинникова Светлана Анатольевна²*

¹*Красноярская межрайонная детская больница № 4, Красноярск, Российская
Федерация*

²*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. Вопрос целесообразности применения резорцин-формалинового метода при лечении осложнённого кариеса временных зубов остается дискуссионным. Из преимуществ данного метода можно отметить его экономичность, доступность, простоту в применении. Однако существующее мнение о токсическом влиянии резорцин-формалинового метода на весь организм в целом, заставляет с осторожностью применять его широко в стоматологической практике.

Ключевые слова: временные моляры, осложнённый кариес, резорцин-формалиновый метод.

Актуальность. Критерием успешного лечения пульпита временных зубов считают его сохранение до физиологической смены прикуса. Согласно общепринятым данным в среднем:

- первые временные моляры должны прорезаться в возрасте от 1 года до 1 года 4 месяцев (формирования корня заканчивается к 4 годам, начало рассасывания начинается с 7 лет), физиологическая смена по возрасту должна наступить к моменту прорезывания постоянных четвёртых зубов в возрасте – 9–10 лет.

- вторые временные моляры прорезываются в возрасте от 1 года 8 месяцев до 2 лет 6 месяцев (формирования корня заканчивается к 4 годам,

начало рассасывания начинается с 7 лет), физиологическая смена по возрасту должна наступить в 11–12 лет к моменту прорезывания постоянных вторых премоляров. Таким образом, временные моляры должны функционировать с момента прорезывания приблизительно десять лет.

Как правило, на приём по поводу осложненного кариеса временных моляров маленькие пациенты начинают обращаться в возрасте начиная с 4 лет. До смены прикуса эти зубы должны функционировать ещё 6–8 лет в зависимости от групповой принадлежности [1].

В доступных источниках информации (стоматологические журналы, научная и учебная литература, сборники статей научно-практических конференций, материалах сети «Интернет» и др.), не нашлось однозначных ответов на вопрос о целесообразности применения резорцин-формалинового метода (РФМ) при лечении осложнённого кариеса временных моляров. Информация по этому поводу была получена разнообразная, достаточно противоречивая и весьма дискуссионная [2, 3]. Существующее мнение о токсическом влиянии РФМ на весь организм в целом, при лечении осложненного кариеса временных моляров, по-прежнему остаётся не достаточно изученным и предположительным. Следует отметить, что данный метод – экономичен, доступен, прост в применении, разрешён к использованию приказом МЗ РФ № 620 от 30.12.2003 г. «Об утверждении протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями» в муниципальных клиниках страны.

РФМ на детском стоматологическом приёме применяется с целью лечения осложнённого кариеса временных моляров и сохранения их до физиологической смены прикуса, а на базе бюджетных клиник, до недавнего времени, был практически единственным методом лечения и сохранения временных зубов до их физиологической смены. Метод основан на импрегнации девитальной корневой пульпы резорцин-формалиновой смесью с последующей её мумификацией в корневых каналах временных зубов.

Цель исследования. На основании записей в архивной медицинской документации проанализировать отдалённые результаты лечения осложнённого кариеса временных моляров резорцин-формалиновым методом.

Задачи:

- определить характер и процент возникших осложнений;
- выявить влияние РФМ на физиологическую смену прикуса.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на базе стоматологической поликлиники КГБУЗ «КМДБ № 4» г. Красноярск.

При изучении архивного материала (324 амбулаторные карты пациентов 1998 года рождения) было подсчитано количество временных моляров, пролеченных РФМ с диагнозами: «хронический фиброзный пульпит» или «обострение хронического фиброзного пульпита». Лечение проводили методом девитальной ампутации с последующей мумификацией. Согласно записям в амбулаторных картах для девитализации пульпы использовали «Мышьяковистую пасту» в рекомендованных дозировках или «Девит-П (параформальдегид)» по показаниям. В качестве резорцин-формалинового препарата во всех случаях использовали «Форедент» (Spofa Dental). Состав и качество препарата полностью соответствует европейским стандартам. Лечение проводили по классической схеме: у детей до 7 лет – в 3 посещения, после 7 летнего возраста – в 2 посещения соответственно.

У пациентов в возрасте после 8 лет, при отсутствии жалоб, в связи с возрастными особенностями, лечение временных моляров не показано в целях профилактики местной гипоплазии постоянных зубов.

Результаты исследования. При подсчёте количества пролеченных зубов учитывали только законченные случаи, в период наблюдения с 2002 по 2012 годы, когда пациенты находились в возрасте от 4 до 14 лет, в разные сроки формирования: от временного до сменного прикуса. Полученные данные заносили в таблицу 1 по годам.

Таблица 1

Количественные показатели лечения осложнённого кариеса временных
моляров, пролеченных РФМ у детей 1998 года рождения
в период с 2002 по 2012 годы

Год	Возраст (лет)	Зубы				Всего (%)
		54, 64	74, 84	55, 65	75, 85	
2002	4	10	10	45	54	18,3%
2003	5	60	64	59	62	37,8%
2004	6	59	66	42	34	31%
2005	7	22	28	12	6	10,5%
2006	8	2	3	4	6	23%

Из таблицы 1 следует, что процент лечения временных моляров на верхних и нижней челюстях был практически одинаковым. Так на верхних челюстях в анализируемый период было вылечено РФМ 153 (23,6%) первых временных моляра и 162 (25%) вторых временных моляра. На нижней челюсти распределение был идентичным: 171 (26,4%) первых временных моляра и 162 (25%) вторых временных моляра были пролечены с применением данного метода. Всего было вылечено 648 зубов.

Анализ отдаленных результатов лечения осложненного кариеса временных зубов с применением резорцин-формалина позволил выявить следующие данные (табл. 2).

Таблица 2

Количественные показатели удаления временных моляров, пролеченных
РФМ у детей 1998 года рождения в период с 2002 по 2012 годы

Год	Возраст (лет)	Удаление по поводу (диагноз)			«кариес депульпированного зуба»	самостоят ельная смена
		«хронический периодонтит», «обострение хронического периодонтита»	«периостит»	«смена прикуса»		
2003	5	29	1		48	
2004	6	45	3		84	
2005	7	13			82	
2006	8	2		4		25
2007	9			6		188
2008	10			28		144
2009	11			31		45
2010	12			34		28
2011	13			20		
2012	14			7		

Всего по поводу «хронического периодонтита», «обострения хронического периодонтита» было удалено 89 зубов, 4 временных моляра удалили с диагнозом «периостит», 130 зубов удалили в связи со «сменой прикуса». В 214 зубах, пролеченных данным методом, был поставлен диагноз «кариес депульпированного зуба». 425 (65,6%) временных моляра смена произошла самостоятельно, что было выявлено путём анализа амбулаторных карт (зубные формулы перестали отражать информацию о наличии временных моляров в полости рта пациентов).

По записям зубной формулы, которая заполняется ежегодно при первичном посещении пациента, врачами-стоматологами (хирургами, терапевтами), в хронологическом порядке отслеживали историю каждого зуба, от начала лечения до возникновения возможных осложнений или до физиологической смены по возрасту. Так, удаления по поводу периодонтита составили 13,7% случаев (жалобы возникли через 1–3 года после начала лечения), по поводу периостита 0,7% (жалобы возникли в период от полугода до 2 лет от начала лечения причинного зуба). С диагнозом смена прикуса были удалены 20% зубов (от начала лечения прошло от 3 до 5 лет, из них 14% зубов удалены в возрасте от 11 до 14 лет ввиду поздней смены или нарушения процесса физиологической резорбции корней. В 30% случаев зубов, пролеченных РФМ, были выявлены дефекты или выпадения пломб, возникшие на протяжении от 1 до 4 лет от начала лечения.

Выводы:

Анализ архивной медицинской документации показал:

- чаще всего на приём по поводу осложнённого кариеса временных моляров обращались дети в возрасте – 5-ти (37,8%) и 6-ти лет (31%);

- 85,6% зубов сменились через 3-5 лет от момента, проведённого лечения РФМ.

- 14,4% зубов были удалены в результате возникновения жалоб через 1–3 года с момента лечения РФМ, что также можно рассматривать, как

отсроченные методы лечения, и возможность зубов функционировать ещё 1–3 года до предстоящей смены прикуса.

Заключение: В настоящее время, учитывая существующее мнение о возможной токсичности, негативном влиянии на весь организм резорцин-формалинового метода, при принятии решения о тактики лечения, данный метод следует рассматривать, как один из методов выбора лечения осложнённого кариеса временных моляров, и использовать его только в тех случаях, когда по каким-либо причинам применение витальных методов лечения не представляется возможным.

Список литературы

1. Бинцаровская Г.В. Демьяненко Е. А., Валеева З. Р., Трофимова Е.К. Ретроспективный анализ результатов лечения пульпитов временных зубов // Стоматологический журнал. 2008. № 3. С. 241–244.

2. Кисельникова Л.П., Щербинина И.С. Влияние состояния здоровья ребёнка на эффективность применения различных методов лечения пульпита временных зубов // Клиническая стоматология. 2016. № 1 (77). С. 10–15.

3. Гажва С.И., Пожиток Е.С. Анализ осложнений возникающих в результате лечения пульпита молочных зубов методом девитальной ампутации // Клиническая стоматология. 2009. № 3 (51). С. 68–71.

Сведения об авторах

Солодовник Елена Владимировна, Красноярская межрайонная детская больница №4 стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 660062, г. Красноярск, ул. Крупской, д. 40; тел. +7(391) 247-51-30; e-mail: valhva2@mail.ru.

Курилович Светлана Юрьевна, Красноярская межрайонная детская больница №4 стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 660062, г. Красноярск, ул. Крупской, д. 40; тел. +7(391) 247-51-30.

Евланова Алена Евгеньевна, Красноярская межрайонная детская больница №4 стоматологическая поликлиника; адрес: Российская

Федерация, 660062, г. Красноярск, ул. Крупской, д. 40; тел. +7(391) 247-51-30.

Овчинникова Светлана Анатольевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391)2243144; e-mail: narikova@inbox.ru/

УДК 616.31-056.8-053.4/7-06:617.7

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ У ДЕТЕЙ С СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИЕЙ ЗРЕНИЯ

Сурдо Эльвира Сергеевна¹, Галонский Владислав Геннадьевич^{1,2},
Тарасова Наталья Валентиновна¹

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация

²Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук, НИИ медицинских проблем Севера, Красноярск, Российская Федерация

Резюме. В статье на основании анализа клинического стоматологического обследования слабовидящих и слепых детей и подростков в возрасте от 3 до 18 лет освещена проблема наличия вредных привычек у данной категории лиц. Распространенность вредных привычек составила 17,64%, наиболее часто встречающимися вредными привычками являются сосание пальцев (23,81%), сосание и прикусывание языка (19,04%). Вредные привычки являются одним из ведущих факторов формирования, развития и закрепления ЗЧАиД у детей с сенсорной депривацией зрения, устранение которых требует длительной высококвалифицированной помощи специалистов различного профиля.

Ключевые слова: вредные привычки, зубочелюстной аппарат, зубочелюстные аномалии, зубочелюстные деформации, дети с сенсорной депривацией зрения, слепые и слабовидящие дети, дети с ограниченными возможностями здоровья.

Актуальность. Дети и подростки с сенсорной депривацией зрения относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья, т.е. имеющие нарушения психофизического развития (которые не позволяют детям вести полноценную жизнь) и нуждающиеся в специальном (коррекционном) обучении и воспитании [1]. Согласно статистическим данным в Красноярском крае на 2015 г. в структуре выявленных заболеваний болезни глаза и его придаточного аппарата занимают третье место. В динамике заболеваемости детей первого года жизни за период с 2011 по 2015 г. отмечен прирост показателя заболеваемости в классе болезней глаза и его придаточного аппарата (109,2 чел. на 1000), что обусловлено ростом выживаемости детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела [2]. При этом наблюдается рост численности слабовидящих и слепых детей. Такие пациенты нуждаются в особом внимании врачей различных специальностей, персонализированном подходе к проведению профилактических и лечебных мероприятий. В результате проведённых нами исследованиям, распространённость кариеса зубов у слабовидящих детей дошкольного возраста была высокой (82,4%) [3], гигиеническое состояние полости рта по индексу гигиены Федорова-Володкиной у слабовидящих школьников оценивалось как неудовлетворительное ($2,5 \pm 0,1$) [4]. Частота встречаемости зубочелюстных аномалий и деформаций (ЗЧАиД) так же превышала соответствующий показатель у условно здоровых детей соответствующих возрастных групп, проживающих в г. Красноярске, достигая 73,10%. Во временном прикусе распространённость ЗЧАиД составила 44,68%, в периоде сменного прикуса патологию диагностировали у 76,92% детей, в постоянном прикусе у 85,13% подростков. В сформированном постоянном прикусе на первом месте по частоте встречаемости определены аномалии положения отдельных зубов (79,6%), на втором месте – аномалии структуры твёрдых тканей зубов (30,8%), на третьем месте – нарушение сроков прорезывания постоянных зубов (16,7%). В 14,7% случаев диагностированы аномалии формы зубных дуг, из них у 8

человек выявлена U-образная форма верхнего зубного ряда и саггитальная резцовая дизокклюзия [5]. Многие ЗЧАиД возникают после рождения, усугубляются и закрепляются с увеличением возраста ребёнка, что может быть связано с наличием детских вредных привычек детей на ранних этапах роста и развития. Наличие данных вредных привычек у ребёнка вызывает морфологические и функциональные изменения зубных рядов и челюстей, ротовой и околоротовой областей, формы лица в целом. Таким образом, имеется необходимость дальнейшего изучения стоматологического статуса слепых и слабовидящих детей, а именно выявления наличия вредных привычек.

Цель исследования. Изучить распространённость и характер вредных привычек и у детей с сенсорной депривацией зрения.

Материалы и методы исследования: На первом этапе был выполнен обзор литературы по изучаемой тематике, путём использования данных, индексируемых в отечественной интернет базе данных eLIBRARY.RU и аналоговых иностранных электронных медицинских информационных ресурсах в интернете (Medline Complete , Pubmed , Springer), относящихся к проблеме в целом и касательно особенностей её проявления у детей с сенсорной депривацией зрения в частности.

На втором этапе были обследованы 238 детей в возрасте от 3 до 18 лет, из них 110 (46,21%) – мальчики, 128 (53,78%) – девочки. Среди обследованного контингента 159 школьников в возрасте от 7 до 18 лет, обучающихся в «Красноярской школе №10» (коррекционной общеобразовательной школе-интернате №10 III–IV вида для незрячих и слабовидящих детей) и «Красноярской школе №1» (для слабовидящих детей), 79 детей в возрасте от 3 до 7 лет, посещающих МБДОУ «Детский сад №218 компенсирующего вида» (для детей с нарушениями зрения) г. Красноярск.

Наблюдение за детьми выполнено за период с 2013 по 2017 год, проводили периодические стоматологические осмотры и санитарно-гигиеническое обучение в виде «Уроков стоматологического здоровья».

Клиническое обследование включало: определение стоматологического статуса ребёнка, анализ форм зубных дуг и положения каждого зуба, прикрепления уздечек губ и языка, глубины преддверия полости рта, сбор анамнеза со слов родителей. Проведён анализ индивидуальных историй развития детей (особенностей семейного анамнеза, раннего развития, сведения о перенесённых заболеваниях ребёнком, наличия хронической патологии, заключения генетика).

Результаты исследования. Детские вредные привычки – это разнообразные привычки детей, отрицательно влияющие на рост и развитие костных и мягкотканых структур зубочелюстного аппарата (ЗЧА) и других анатомических структур челюстно-лицевой области (ЧЛО). К ним относят сосание или прикусывание пальца, губы, языка, карандаша и других предметов, привычки неправильного глотания и дыхания через рот, статические привычки определённого положения тела во время сна и ряд других.

Вредная привычка сосания пальцев возникает в результате повышенной активности сосания и недостаточного грудного вскармливания, при чрезмерно длительном кормлении грудью. При данной привычке часто возникает дистальное смещение нижней челюсти с уменьшением уплощением фронтального отдела нижней зубной дуги, а также вертикальная и сагиттальная резцовая дизокклюзия. При сосании большого пальца формируется смещение нижней челюсти вперёд или в сторону, что соответствует второй форме ложной прогении и перекрёстной окклюзии. Та или иная патология зависит от привычного положения большого пальца во рту. Данная привычка в большей мере влияет на формирование верхней челюсти, которая больше подвержена изменениям ввиду анатомических особенностей её строения и развития, а также тесной связи с полостью носа. Нарушения, возникающие в носоглотке, наиболее выражено отражаются на развитии верхней челюсти, чем нижней.

Вредная привычка сосания и прикусывания губ, щёк, языка предметов возникает, как последствия проявления не угасшего безусловного рефлекса сосания. Прикусывание нижней губы вызывает протрузию верхних резцов, прогнатию, дистальное смещение нижней челюсти, скученность нижних зубов в результате уплощения нижней зубной дуги. Также нарушается развитие верхней зубной дуги в виде формирования фронтальной прогнати. Вредная привычка сосания или прикусывания языка может быть следствием патологии ротоглотки, а именно наличия ротового дыхания. Прокладывание языка между боковыми зубами вызывает вертикальную боковую дизокклюзию, а между резцами – вертикальную резцовую дизокклюзию.

Зафиксированные неправильно протекающие функции. Нарушение функции жевания. При жевании на одной стороне формируется перекрестная и мезиальная окклюзия. Следствием давления языком на зубы является наличие трем, диастем, атрофия альвеолярного отростка. У детей с ротовым дыханием чаще всего развивается дистальная окклюзия с глубоким резцовым перекрытием.

Анализ доступной литературы по проблеме детских вредных привычек показал отсутствие каких-либо сведений об особенностях распространённости и проявления данной патологии у детей с сенсорной депривацией зрения.

В результате проведенного клинического обследования исследуемой выборки детей с сенсорной депривацией зрения в общем количестве 238 чел. выявлено, что наличие вредных привычек диагностировано у 42 чел. (17,64%), отсутствие данной патологии у 196 чел. (82,35%). Полученные результаты наглядно представлены на рис. 1. Детализированное распределение обследованных детей с сенсорной депривацией зрения, имеющих вредные привычки, по наличию основной вредной привычки представлено в табл. 1.

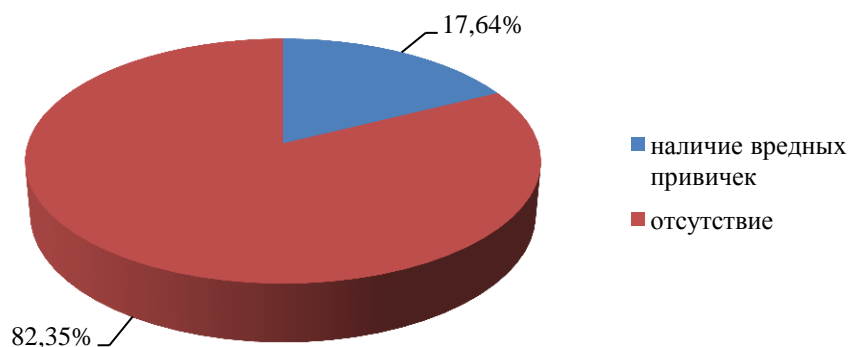


Рис. 1. Распространённость вредных привычек у детей сенсорной депривацией зрения.

Таблица 1.

Распределение обследованных детей с сенсорной депривацией зрения, имеющих вредные привычки, по основной вредной привычке

№	Вредная привычка	Кол-во детей, абс. число (%)
1	Сосание пальца	10 (23,81%)
2	Сосание и прикусывание языка	8 (19,04%)
3	Ротовое дыхание	6 (14,28)
4	Неправильное глотание	5 (11,9%)
5	Привычка давления языком на зубы	5 (11,9%)
6	Сосание предметов	5 (11,9%)
7	Сосание нижней губы	3 (7,14%)

Анализируя представленные на рис. 1 и в табл. 1 данные можно констатировать, что ЗЧА детей, имеющих сенсорную депривацию зрения, имеет ряд характерных морфологических особенностей, обусловленных спецификой процесса овладения речью и её функциями. Функцию речи оценивали в процессе непринуждённой беседы с ребёнком с использованием фраз, состоящих из слов с большим количеством шипящих и зубных звуков. Нечёткое произношение и расположение кончика языка между зубными рядами свидетельствовали о неправильной артикуляции языка с зубами,

губами, нёбом, что нередко сочеталось с наличием расстояния между зубными рядами в момент их смыкания. Основным выявленный дефект речи – это косноязычие, широко распространённое у слепых детей дошкольного и младшего школьного возраста. Чаще встречалось неправильное произношение свистящих и шипящих звуков (сигматизм); неправильное произношение звука «л» (ламбдацизм); недостатки произношения звука «р» (ротацизм). Наиболее частая речевая патология у таких детей – дизартрия, дислалия, рекомендуемая к коррекции логопедами.

Следует отметить, что у данной категории больных согласно анализу индивидуальных медицинских карт наряду с офтальмологической патологией, такой как амблиопия, афокия, интропия, хронический увеит, врождённая катаракта, врождённая глаукома, дистрофия роговицы, косоглазие, нистагм, анофтальм, отслойка сетчатки, отмечен высокий уровень патологии опорно-двигательного аппарата. Сколиоз, кифоз, кифосколиоз, сутулость, шейный лордоз, пострахитическая деформация скелета, крыловидные лопатки, плоскостопие и другие. Соматическое здоровье по результатам медицинского осмотра и комплексной оценки определялось по III–IV группе [6], что требует контроля за состоянием их здоровья и определенных лечебных и реабилитационных мероприятий. Исходя из вышеизложенного, низкий уровень соматического здоровья у данной категории лиц тесно взаимосвязан с нарушениями строения и функций органов ЗЧА, устранение которых требует длительной высококвалифицированной помощи специалистов различного профиля.

Выводы:

1. По результатам проведённого исследования распространённость вредных привычек среди детей с сенсорной депривацией зрения составляет 17,64%;

2. Наиболее часто встречающимися вредными привычками среди детей с сенсорной депривацией зрения являются сосание пальцев, сосание и прикусывание языка;

3. Чаще всего у детей с вредной привычкой сосания пальцев, нижней губы и с ротовым дыханием наблюдается дистальная окклюзия в сочетании с вертикальной и сагиттальной резцовой дизокклюзией.

4. Имеющиеся вредные привычки у детей с сенсорной депривацией зрения являются одним из ведущих факторов формирования, развития и закрепления ЗЧАиД, имея усугубляющий фактор прямо пропорционально с увеличением возраста ребёнка.

Заключение. Таким образом, на основании проведённого исследования выявлены особенности распространённости вредных привычек в среде детского контингента с сенсорной депривацией зрения, определены основные (превалирующие) из них, установлена взаимосвязь между имеющимися вредными привычками и характером развития патологии ЗЧА, путём определения наибольшей частоты встречаемости тех или иных форм ЗЧАиД. Полученные данные имеют важное диагностическое и прогностическое значение для профилактики возникновения данной патологии в рамках комплексных профилактических мероприятий, осуществляемых при диспансеризации детей с сенсорной депривацией зрения врачом-стоматологом детским.

Список литературы

1. Денискина В.З., Комова Н.С. Выбор образовательного маршрута для детей с нарушением зрения, поступающего в 1 класс // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2016. № 7. С. 7–20.

2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2015 году / Министерство здравоохранения Красноярского края. Красноярск, 2016. 283 с.

3. Тарасова Н.В., Сурдо Э.С., Галонский В.Г. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у слабовидящих детей дошкольного возраста // Сибирский стоматологический форум. Инновационные подходы к

образованию, науке и практике в стоматологии : труды XI Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию основания Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск, 1-3 марта 2017 г.). Красноярск, 2017. С. 93–96.

4. Тарасова Н.В., Алямовский В.В., Сурдо Э.С., Галонский В.Г. Результаты проведения программы стоматологического санитарно-гигиенического обучения школьников с сенсорной депривацией зрения // Вестник Уральской Медицинской Академической Науки. 2017. Т. 14, № 2. С. 220–226.

5. Сурдо Э.С., Галонский В.Г., Тарасова Н.В., Ящук В.О., Бриль Е.А. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков с сенсорной депривацией зрения г. Красноярска // Сибирский стоматологический форум. Инновационные подходы к образованию, науке и практике в стоматологии : труды XII Всероссийской научно-практической конференции, XXII Краевой научно-практической конференции, посвященных 40-летию специальности "Стоматологи" Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск, 28 февраля - 2 марта 2018 г.). Красноярск, 2018. С.198–203.

6. О комплексной оценке состояния здоровья детей [Электронный ресурс] : Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2003 г. № 621. URL: <http://docs.cntd.ru/document/901884588> (дата обращения: 12.05.2019).

Сведения об авторах

Сурдо Эльвира Сергеевна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка д. 1; тел. +7 (391) 220–35–97; e-mail: elvira_surdo@mail.ru.

Галонский Владислав Геннадьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка д. 1; Федеральный

исследовательский центр Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук, НИИ медицинских проблем Севера; адрес Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка д. 3Г; тел.+7 (391) 220–35–97; e-mail: gvg73@bk.ru.

Тарасова Наталья Валентиновна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка д. 1; тел.+7 (391) 220–35–97; e-mail: tarasovastom1@mail.ru.

УДК 616.516-031.6:616.311-06:[616.98:579.835.12]

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПОВЫШЕННОМ РВОТНОМ РЕФЛЕКСЕ

Талашкевич Александр Николаевич, Талашкевич Любовь Валерьевна

*Ачинская межрайонная стоматологическая поликлиника, Ачинск,
Российская Федерация*

Резюме. В данной статье рассмотрена актуальная, в практике стоматолога, проблема лечения пациентов с повышенным рвотным рефлексом. Проведено исследование пациентов с повышенным рвотным рефлексом. Выявлены и проанализированы причины, приводящие к повышенному рвотному рефлексу. В статье изложены рекомендации по решению проблемы.

Ключевые слова: повышенный рвотный рефлекс (ПРР); съемный протез, адентия, протезное ложе.

Актуальность. Наиболее часто встречающееся обстоятельство, затрудняющее работу врача-стоматолога, наличие у пациента выраженного рвотного рефлекса. Сам по себе рвотный рефлекс – это не что иное, как разновидность защитной физиологической реакции. В ее основе лежит, безусловно-рефлекторный, акт, целью которого является предотвращение попадания инородного тела в дыхательные пути [2]. Отдельно известен условно-рефлекторный механизм формирования рвотного рефлекса при участии вкусовых, обонятельных, зрительных центров, который закрепляется

при переживании индивидуально-значимого неприятного опыта стоматологического лечения. Повышенный рвотный рефлекс может быть симптомом ряда органических заболеваний, наличия патологии со стороны желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка, онкопатология). Причиной могут быть анатомические особенности иннервации, обуславливающие гиперчувствительность слизистой оболочки полости рта, физиологическая гиперактивность (беременность и т.п.) [3]. Многие стоматологи по своему опыту знают, что пациенты с повышенным рвотным рефлексом неохотно обращаются за стоматологической помощью. Полученный ранее неблагоприятный опыт, вынуждает таких пациентов отказываться от любых, даже самых необходимых, стоматологических процедур. В результате, такие больные приходят на прием к стоматологу с более сложными патологиями (наличие вторичных деформаций, генерализованный пародонтит, полной вторичной адентией в результате отсутствия адекватного лечения и т.д.).

Таким образом, сложность оказания стоматологической помощи такой группе больных связана не только с наличием повышенного рвотного рефлекса, но и сопутствующими осложнениями.

Цель исследования: изучение причин, приводящих к повышенному рвотному рефлексу у лиц, пользующихся съёмными протезами.

Материалы и методы исследования: Мы наблюдали 20 человек с полной и частичной адентией, у которых отмечался рвотный рефлекс различной степени выраженности. Больные жаловались на невозможность пользоваться съёмными протезами. Их беспокоили тошнота, рвота, повышенное слюноотделение и т. д. Из анамнеза выяснилось, что у 10 человек (1 гр.) до протезирования, указанные явления отсутствовали, а у 6 пациентов (2 гр.) наблюдались и до протезирования.

При обследовании (2 гр.) у 4 больных были выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, у 2 – психоэмоциональные расстройства.

Перед исследованием, пациентов обеих групп санировали. Накануне лечения, таким пациентам рекомендовали принимать седативные препараты (настойка валерианы, пиона, «Новопассит», «Афобазол»). Пациентам с обильным слюноотделением советовали полоскать полость рта содовым или солевым раствором. В качестве отвлекающего средства – леденцы с сильным мятным вкусом. Во время лечения использовали слюноотсос. За 3–4 дня был назначен препарат «Церукал» по одной таблетке в день и, непосредственно, в день приема. Во время приема проводилась местная анестезия (смазывание слизистой оболочки полости рта гелем с анестезином).

Большое значение имело положение пациента. Лежачее положение усиливало рвотный рефлекс. Лечение проводили с применением коффердама. Позитивный настрой и уверенность в успехе дали положительный результат.

При исследовании протезов были обнаружены следующие дефекты:

- неплотное прилегание в дистальном отделе,
- удлинение дистального края,
- недостаточная изоляция торуса,
- неравномерное смыкание зубных рядов.

В качестве примера приводим следующее наблюдение:

Больная М., 62 года, обратилась с жалобой на затрудненное пользование полным съёмным протезом для верхней челюсти, изготовленным около шести месяцев назад. Больная старалась привыкнуть к протезу, пользовалась им почти постоянно, снимала его лишь для «отдыха».

Объективно: полное отсутствие зубов на верхней челюсти, неравномерная атрофия альвеолярного отростка 2 ст., слизистая оболочка плотная, подслизистый слой слизисто-железистой зоны умеренно выражен. На нижней челюсти имелись 34 и 33 зубы и частичный съёмный протез. Больная жаловалась также на периодические боли в эпигастральной области, тошноту. При эндодонтическом обследовании обнаружены изменения функционального характера. Было проведено терапевтическое лечение

основного заболевания. Также были изготовлены новые съёмные протезы. Лечение дало положительный результат.

Результаты исследования. Наблюдение свидетельствует о том, что раздражителем, вызывающим условный рвотный рефлекс, может явиться некачественный протез. У больных (1 гр.) патологический рвотный рефлекс был нестойким и после изготовления качественных протезов исчез. Остальным больным для полного снятия патологического рвотного рефлекса (ПРР), одновременно с изготовлением новых протезов, проводили общетерапевтическое лечение основного заболевания, давшее положительный результат.

В повседневной стоматологической практике чаще всего встречаются пациенты, обладающие ПРР легкой и средней степени тяжести. Пациенты с тяжелым и психогенным ПРР составляют менее многочисленную группу и реже обращаются за стоматологической помощью. Понимание основных причин, лежащих в основе ПРР, позволяет разработать персональную тактику для установления контакта с пациентом и преодоления данной трудности:

- рекомендовать пациенту воздержаться от плотного приема пищи перед посещением врача,

- проинструктировать пациента в отношении техники правильного дыхания,

- назначать прием пациентов с ПРР во второй половине дня,

- использовать во время приема отвлекающие факторы (разговор),

- выполнение местной аппликационной или инъекционной анестезии,

- прием противорвотных и/или седативных средств.

На завершающем этапе следует тщательно контролировать все параметры протезов, провоцирующие ПРР:

- чрезмерное расширение границ (дистальная и подъязычная области протезов нижней челюсти и граница по линии «А» на верхней челюсти),

- увеличение вертикального размера высоты прикуса,

- в отдельных случаях слишком гладкую отделку протеза заменить на матовую отделку [4].

Необходимо иметь в виду, что при изготовлении полных протезов, качественным следует считать оттиск, полученный при отсутствии рвотных движений. В противном случае, рельеф тканей протезного ложа воспроизводится при опущенном положении мышц мягкого неба, а протез, изготовленный по такому оттиску, не обладает плотным прилеганием к протезному ложу [5]. Клинические наблюдения показывают, что чем плотнее протезы прилегают к слизистой оболочке протезного ложа, тем менее выражен рвотный рефлекс.

Заключение. Следовательно, для устранения раздражающего действия протеза, решающее значение имеет не длина, а плотность прилегания и равномерность погружения в ткани протезного ложа.

Список литературы

1. Желудев С.Е., Олешко В.П., Баньков В.И. Способы лечения непереносимости съёмных зубных // Панорама ортопедической стоматологии. 2003. № 3. С. 28–34.

2. Климашин Ю.И. О природе феномена повышенного рвотного рефлекса в практике ортопедической стоматологии // Проблемы стоматологии. 2001. № 5. С. 45–50.

3. Юмашев А.В., Михайлова М.В., Кудерова И.Г., Кристаль Е.А., Дорошина И.Р. Ортопедическое лечение пациентов с повышенным рвотным рефлексом // Стоматология для всех. 2014. № 4. С. 18–20.

4. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии. М.: Триада-Х, 2004. С. 395–399.

5. Аристархов И.В. Ортопедическая стоматология: практ. рук. Ростов-на-Дону, 2006. С. 174–183.

Сведения об авторах

Талашкевич Александр Николаевич, Ачинская городская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 662100, г. Ачинск, ул. Мира, д. 5; тел. +7(39151)77920; e-mail: spda736@gmail.com

Талашкевич Любовь Валерьевна, Ачинская городская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 662100, г. Ачинск, ул. Мира, д. 5; тел. +7(39151)77920; e-mail: talashkevich@mail.ru

УДК 616.314.18-002.4-07-08-036

ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА И ПРОГНОЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ НЕЙТРОПЕНИИ

Тарасова Наталья Валентиновна¹, Галонский Владислав Геннадьевич^{1,2}, Майгуров Александр Алексеевич¹, Градобоев Анатолий Владимирович³

¹ *Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

² *Научно–исследовательский институт медицинских проблем Севера, Красноярск, Российская Федерация*

³ *Стоматологическая клиника ООО «Гелиос», Шарыпово, Российская Федерация*

Резюме. В статье приведены клинические результаты оказания комплексной стоматологической помощи больным с пародонтальным синдромом при различных формах нейтропении. По результатам проведенного исследования, выявлено, что проведение комплексных профилактических и лечебных стоматологических мероприятий у больных с пародонтальным синдромом на фоне нейтропении может носить только превентивный, паллиативный и симптоматический характер лечения, о чем необходимо информировать больного до начала лечения, результаты которого уже в ближайшие периоды после лечения приведут сначала к частичной, а в дальнейшем к полной адентии.

Ключевые слова: пародонтальный синдром, нейтропения, полная адентия, превентивное лечение, паллиативное лечение.

Актуальность. Проблема диагностики и комплексного лечения заболеваний пародонта в настоящее время имеет чёткую структуру алгоритма с различными авторскими вариациями, изложенными в ряде специализированных руководств, посвящённых практической работе с пациентами детского и подросткового возраста, а также с контингентом более старших возрастных групп населения. Вместе с тем, следует констатировать, что отдельные аспекты науки и практики данной проблемы решены не полностью, а именно у больных с пародонтальным синдромом при редких общесоматических заболеваниях, например – заболевании крови – нейтропении, вызывающих значительные затруднения, разноречивость и неоднозначность в диагностике, тактике лечения, вышеуказанной нозологической формы, и прогноза его результативности у практических врачей-стоматологов [1]. Данное обстоятельство обусловлено эпизодическим представлением литературных сведений по проблематике в специальной учебной и научной литературе, отсутствием информированности практических врачей-стоматологов о сути проблемы и сложившийся в практике технизм в подходе специалистов к лечению заболеваниям пародонта, без учёта этиопатогенетических механизмов развития сущности заболевания в отдельных, редко встречающихся, клинических ситуациях [2].

Термин «нейтропения» означает уменьшение количества циркулирующих нейтрофилов в периферической крови ниже нижней границы нормальных значений. Данная нозологическая форма относится к редким болезням, распространённым в различных этнических группах, изучена недостаточно. Популяционная частота в странах Западной Европы и США составляет в среднем 2 случая на 1000000 населения. С точки зрения клинической стоматологической практики наибольший интерес вызывает врождённая циклическая нейтропения, имеющая значительный ряд специфических ярко выраженных проявлений пародонтального синдрома, ведущего в кратчайшие сроки к полной адентии, на фоне относительно

благоприятного общесоматического прогноза заболевания и жизни, с увеличением возраста пациентов [3].

Особенности клинических проявлений со стороны полости рта заключаются в том, что у детей на фоне нейтропении в тканях пародонта возникают генерализованные дистрофически-воспалительные изменения, приводящие к выпадению сначала временных, а затем постоянных зубов. Первые признаки болезни проявляются с первых месяцев жизни, когда без видимых причин возникают фурункулез, отит, пневмония. Прорезывание временных зубов сопровождается язвенным гингивитом. С 3-х летнего возраста гингивит усугубляется образованием глубоких десневых карманов, резорбцией кости альвеолярного отростка, подвижностью и ранней потерей временных зубов. Прорезывание постоянных зубов также сопровождается гингивитом, характеризующимся гипертрофическими явлениями. Дальнейшее развитие патологических изменений пародонта заканчивается потерей зубов обычно к 14 годам [4].

Пользование съёмными зубными протезами приводит к образованию пролежневых язв в местах прилегания базиса ортопедической конструкции к слизистой оболочке опорных тканей протезного ложа. На языке, нёбе, слизистой оболочки щёк и альвеолярных отростков челюстей формируются эрозии округлой формы диаметром от нескольких миллиметров до двадцати и более. Их края обычно приподняты над окружающей слизистой, кровоточат. Хронический болевой синдром – постоянное проявление этих поражений. Заживление ран носит затяжной характер. После нормализации количества форменных элементов крови патологические изменения слизистой оболочки полости рта постепенно уменьшаются. Кроме того, у детей возможны частые рецидивы остеомиелита (особенно верхней челюсти), абсцессы и флегмоны дна полости рта, гранулематозное поражение языка, припухлость слюнных желез, лимфаденит [5, 6].

Результаты исследования. Двадцатилетний опыт совместной лечебно-консультативной работы сотрудников кафедр-клиник

терапевтической стоматологии, ортопедической стоматологии, стоматологии детского возраста и ортодонтии КрасГМУ, стоматологии ИПО и НИИ медицинских проблем Севера СО РАН по вопросу оказания комплексной стоматологической помощи больным с пародонтальным синдромом и различными формами нейтропений позволили сформулировать ряд принципиальных положений, имеющих значение в практической работе с данным контингентом больных, для врачей-стоматологов различных специальностей:

1. При первичном обращении больных детского и подросткового возраста, а также в более старших возрастных группах, в диапазоне от 18 до 35 лет, с выраженной клинической картиной заболеваний пародонта, целесообразно проведение комплексного исследования крови (развёрнутый общий анализ крови, сахар крови, ВИЧ, гепатиты) с целью выявления наличия возможной общесоматической фоновой патологии, сопровождающейся симптоматическими проявлениями со стороны пародонта, в том числе различных форм нейторопении.

2. Проведение комплексных профилактических и лечебных стоматологических мероприятий у больных с пародонтальным синдромом на фоне нейтропении может носить только характеристики превентивного, паллиативного и симптоматического лечения, о чём необходимо информировать больного до начала лечения, результаты которого уже в ближайшие периоды после лечения приведут сначала к частичной, а в дальнейшем к полной адентии.

2.1. Превентивное лечение – способы и методы борьбы с заболеванием, которые предотвратят развитие инфекции. Подразумевает своевременное удаление зубов, имеющих декомпенсированное патологическое состояние пародонта, как источника вторичного инфицирования.

2.2. Паллиативное лечение – медицинская помощь, направленная на облегчение состояния пациента, чьё заболевание не поддаётся лечению. Применяют при невозможности проведения эффективной радикальной

терапии. Паллиативное лечение рассчитано на временный эффект. Используется в значении полумеры или средства, временно облегчающего проявление болезни, но не излечивающего её. Лечение направлено на продление жизнеспособности пораженного пародонта и отсрочивания прогрессирования расшатывания и выпадения либо удаления зубов, профилактику эстетических нарушений и психологических страданий, улучшения качества жизни больного.

2.3. Симптоматическое лечение – комплекс лечебных мероприятий, направленных на устранение отдельных, наиболее тягостных проявлений (симптомов) заболевания, либо на лечение осложнений или коррекцию последствий, связанных с проявлением пародонтального синдрома с больными с нейтропенией (устранение подвижности зубов, коррекция окклюзионных нарушений, вызванных вторичными деформациями положения зубов и зубных рядов, восстановление дефектов зубных рядов съёмными ортопедическими конструкциями).

3. Профилактические и лечебные стоматологические манипуляции целесообразно выполнять на фоне коррекционной терапии основной нозологической формы (нейтропении), назначенной врачом-гематологом. Диспансерное наблюдение за больными и выполнение профессиональной гигиены необходимо проводить ежемесячно в периоды ремиссии основного заболевания.

4. Выполнять ортодонтическое лечение по устранению сформировавшихся вторичных деформаций положения отдельных зубов и взаимоотношения зубных рядов нецелесообразно в связи со значительным прогрессирующим увеличением подвижности зубов после нормализации их положения в зубном ряду и преждевременной их утратой в ближайшие сроки после окончания аппаратного лечения.

5. Выполнение реконструктивной хирургии альвеолярных отростков челюстей возможно и целесообразно в период ремиссии и нормализации лабораторных показателей периферической крови, на фоне коррекционной

терапии основной нозологической формы (нейтропении), назначенной врачом-гематологом. Вместе с тем, следует отметить низкую эффективность хирургических мероприятий, реже в ближайший, чаще в отдаленный периоды после лечения в сравнении с аналогичными операциями у больных без наличия фоновой общесоматической патологии, о чём необходимо информировать пациентов до начала лечения.

6. Среди ортопедических методов комплексного лечения патологии пародонта у данной категории больных целесообразно применять избирательное пришлифовывание зубов с целью устранения вторичной травматической окклюзии и малоинвазивные методы шинирования зубов с использованием адгезионной техники. Эффективность вышеуказанных методов ортопедического лечения заболеваний пародонта низкая и имеет незначительную продолжительность ретенционной стабильности устранения подвижности зубов, ведущую в конечном результате к формированию частичной, а последующем полной вторичной адентии. Использование несъёмных шинирующих конструкций в виде соединённых коронок (полукоронок) и бюгельных протезов с различными системами литых шинирующих опорно-удерживающих кламмеров у данной категории пациентов противопоказано в связи с тем, что они обостряют клиническое течение патологии пародонта.

7. Устранение дефектов зубных рядов целесообразно выполнять с использованием съёмных пластинчатых протезов, либо протезов с литым металлическим базисом и проволочными фиксирующими элементами. Целесообразность использования данного типа ортопедических конструкций обусловлена возможностью динамической коррекционной правки протезов при утрате зубов, а также меньшим воздействием проволочных удерживающих кламмеров на ослабленный пародонт зубов, обеспечивающих ретенцию протеза.

В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение.

Пациентка О. обратилась по причине прогрессирующей потере зубов в связи с выявленной ранее (9 лет) врачом-гематологом по месту жительства нейтропенией циклической (г. Красноярск). В детском возрасте, со слов пациентки, сильно страдала от периодически, а именно с примерным интервалом в месяц, появляющихся в полости рта язв, резко болезненных при взаимодействии с механическими или термическими раздражителями. Прием пищи и проведение ежедневной гигиены полости рта являлись маловозможными, пищей являлись каши и отвары умеренной температуры. Мать пациентки пыталась чистить ей зубы при помощи марли, однако данные мероприятия были неэффективны. Эрозии самостоятельно проходили в течение полутора недель. Периодически пациентка страдала от приступов лихорадки неизвестного генеза, а также тяжело протекающих инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. Все это, в совокупности, побудило родителей пациентки обратиться в поликлинику для консультации, откуда она была направлена к врачу-гематологу. После постановки диагноза, были назначены инъекции препаратов, содержащих Г-КСФ. Частью мультидисциплинарного лечения пациентки было лечение у врача-стоматолога по месту жительства, где она была научена гигиене полости рта, а также раз в 6 месяцев, в период ремиссии ей проводили санацию полости рта, включающая в себя снятие наддесневых и поддесневых зубных отложений и оценка состояния полости рта. Проведение инъекций Г-КСФ позволило снизить количество проявлений в полости рта в периоды надир, а также увеличить период отсутствия клинических проявлений в целом и довести его к 26-ти годам (на момент обращения) до двух месяцев.

Пациентка обратилась с жалобами на подвижность всех зубов разной интенсивности, частичное отсутствие зубов, нарушение функции жевания и на заметное снижение эстетической ценности оставшихся зубов в виду оголения корней. Со слов пациентки, врача-стоматолога она последний раз посещала 3 года назад, после чего у него не наблюдалась в виду отсутствия времени из-за работы. В предыдущее посещение, в пародонтальные карманы

был помещен порошок никелида-титана с целью заполнения пространства пародонтального кармана и стабилизации оставшихся зубов (патент).

Данные объективного осмотра: конфигурация лица не нарушена, лимфатические узлы не пальпируются, красная кайма губ не изменена, слизистая оболочка щек, твердого и мягкого неба ярко-розового цвета. Маргинальная десна отечна, гиперемирована, кровоточит при зондировании в области всех зубов. Альвеолярная десна гиперемирована. Определяются пародонтальные карманы глубиной более 5-мм в области всех зубов, подвижность по А.И. Евдокимову II степени зубов 13, 23, 24, 28, 48, III степени зубов 18, 17, 15, 14, 12, 21, 25, 27, 38, 37, 34, 33, 41, 42, 43, 44, 47. Отсутствуют зубы 16, 11, 22, 26, 36, 35, 32, 31, 45, 46. Определяются обильные пигментированные наддесневые и поддесневые зубные отложения. Проведенная окклюзиограмма показала наличие множественных суперконтактов, вызванных, предположительно, подвижностью зубов.

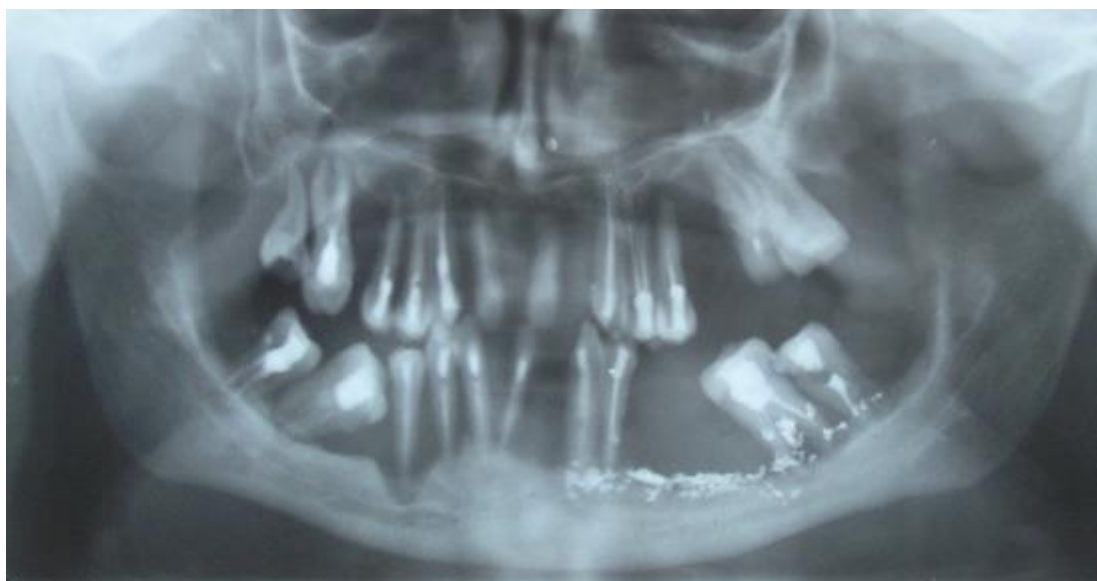


Рис. 1. Ортопантомограмма (ОПГ) пациентки в момент первичного обращения

Полученная в результате диагностических мероприятий ОПГ (рис. 1) выявила значительную горизонтальную убыль костной ткани, в том числе межзубных перегородок более чем на $\frac{3}{4}$ длины корня. Также выявлено образование очагов деструкции костной ткани округлой формы в области 18, 17, 21, 25, 44 лакунарного типа. Лечение данного пациента включало в себя удаление зубов с III степенью подвижности и резорбцией межзубных перегородок более $\frac{2}{3}$ длины корня в сочетании с превентивным однократным приемом антибиотиков перед посещением, включающее в себя удаление зубов. После удаления подвижных зубов, был проведен закрытый кюретаж в области 13, 23, 24, 28, 48 зубов при поддержке превентивной антибиотикотерапии и удаление наддесневых зубных отложений. Для восстановления функции жевания были изготовлены частичные съемные пластинчатые протезы с никелид-титановым базисом на верхнюю и нижнюю челюсть.

Пациентка поставлена на диспансерный учет и последующие посещения проходили раз в 6 месяцев.



Рис. 2. Ортопантомограмма пациентки через 2 года после проведенной санации полости рта

Пациентка исправно являлась на диспансеризацию (рис. 2), состояние тканей пародонта, несмотря на проводимое лечение, как врача-стоматолога, так и врача-гематолога являлось малоэффективным в качестве сохраняющего, вследствие чего были удалены зубы 13, 24, 48 с последующим изготовлением новых съемного частичного пластинчатого протеза на верхнюю челюсть и полного съемного пластинчатого протеза на нижнюю челюсть с никелид-титановым. Пациентка исправно наблюдалась еще 1 год, после чего перестала являться на диспансерный осмотр, на контакт не выходила.

Спустя три года, пациентка снова обратилась с жалобами на несостоятельность изготовленной ортопедической конструкции вследствие удаления зубов 23, 28 и нарушения прилегания протеза (рис. 3). За данный промежуток времени у пациентки значительно снизилась частота рецидивов эрозий слизистой оболочки в полости рта на фоне приема препаратов, содержащих Г-КСФ. Были изготовлены два полных съемных протеза с никелид-титановым базисом. В данное время пациентка исправно проходит плановый диспансерный осмотр раз в 6 месяцев.

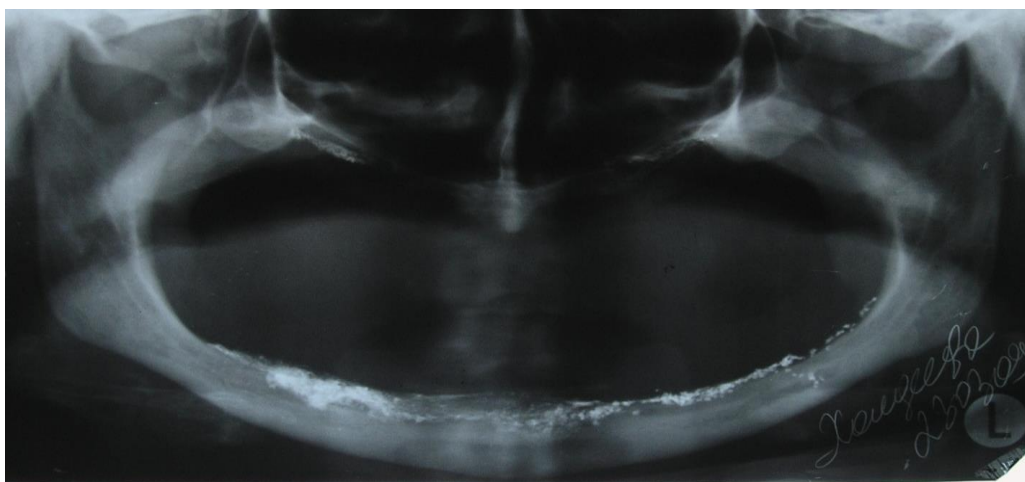


Рис. 3. Ортопантомограмма пациентки спустя 3 года после последнего наблюдения

Заключение. Таким образом, выполняемый комплекс пародонтологического лечения с использованием методов терапевтической стоматологии (противовоспалительная терапия), хирургической стоматологии (реконструктивная хирургия альвеолярных отростков челюстей) и ортопедической стоматологии (временное и постоянное шинирование) у больных с пародонтальным синдромом на фоне нейтропении уже в ближайшие периоды после лечения оказываются малоэффективными, что приводит к частичной, а в последствие и к полной адентии, необходимости изготовления съёмных зубных протезов, требующих периодической коррекции и постоянного диспансерного наблюдения за больным, о чём необходимо заблаговременно, до начала комплексного лечения информировать пациентов.

Список литературы

1. Еловикова Т.М., Уварова Л.В. Клинические проявления пародонтального синдрома при циклической нейтропении // Проблемы стоматологии. 2013. № 1. С. 16–19.
2. Назарян Р.С., Искоростенская О.В., Микулинская-Рудич Ю.Н., Мысь В.А., Власов А.В. Изменения в костной ткани, ассоциированные с наследственными синдромами в стоматологии детского возраста (обзор литературы) // Вісник проблем біології і медицини. 2014. Вып. 3, Т. 2 (111). С. 17–25.
3. Papadaki H.A., Eliopoulos G.D. An overview on the diagnosis, classification and differential diagnosis of severe neutropenias // Haema. 2002. Vol. 5, № 1. P. 39–49.
4. Nakai Y., Ishihara C., Ogata O., Shimono T. Oral manifestations of cyclic neutropenia in a Japanese child: case report with a 5-year follow-up // *Pediatr. Dent.* 2003. Vol. 4, № 25. P. 383–388.

5. Olvera K.I.O., Barrios V.M., Ríos R.F., Ruidíaz V.C. Cyclic neutropenia. Clinical case report // Revista Odontológica Mexicana. 2015. Vol. 19, № 4. P. 242–248.

6. Lu R.F., Meng H.X. Severe periodontitis in a patient with cyclic neutropenia : a case report of long-term follow-up // Chin. J. Dent. Res. 2012. Vol. 2, № 15. P. 159–163.

Сведения об авторах

Тарасова Наталья Валентиновна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка д. 1; e-mail: tarasovastom1@mail.ru.

Галонский Владислав Геннадьевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка д. 1; Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера; адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка д. 3г; e-mail: gvg73@bk.ru.

Майгуров Александр Алексеевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка д. 1; e-mail: maugurov@mail.ru.

Градобоев Анатолий Владимирович, Стоматологическая клиника ООО «Гелиос»; адрес: 662313, г. Шарыпово, 6-й м/р-н д. 25; e-mail: solutiomortalis@mail.ru.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА**

*Трофимова Ирина Николаевна, Захарова Ирина Владимировна,
Евтеева Ирина Владимировна, Пеганова Жанна Ивановна, Якимчук
Александр Иосифович*

*Норильская городская стоматологическая поликлиника, Норильск,
Российская Федерация*

Резюме. Работа на муниципальном приеме имеет ряд особенностей. В отличие от платных клиник бюджетный прием предусматривает применение материалов определенной ценовой категории, отечественного производства, а также должен обладать хорошим качеством, обеспечивать удобство и скорость в работе. По нашему мнению СИЦ хорошо отвечают этим требованиям. В связи с этим мы решили определить какой из доступных нам СИЦ наиболее эффективен.

Ключевые слова: стоматологические материалы, стеклоиономерный цемент, кариесостатический эффект.

Актуальность. В начале 70-х годов начались интенсивные поиски новых цементов для лечения зубов. Стеклоиономерный цемент (СИЦ) – это сравнительно новый тип цементов, изобретенный A.Wilson в 1971 году и состоящий из порошка и жидкости. В течение многих лет ведутся научно-исследовательские разработки по улучшению их качества. Одним из активных исследователей в этой области является доктор Mount Graham J., который принимал непосредственное участие в разработке и совершенствовании СИЦ, проводил клинические испытания в своей частной практике. В 1998 году им в соавторстве издана книга «Preservation and Restoration of Tooth Structure», а также было написано более 100 научных

статей и пособий в области профилактической и восстановительной стоматологии [1, 2].

Классический стеклоиономерный цемент представляет собой порошок, состоящий из алюмосиликатного стекла, в состав которого входит Са, F, а также незначительное количество Na и фосфатов. Жидкость цемента, представляет собой 50% водного раствора сополимера полиакриловой или другой поликарбоновой кислоты, содержащей около 5% винной кислоты. СИЦ классифицируют по нескольким критериям:

1. По форме выпуска:

- а) порошок-жидкость;
- б) пастообразная масса в тубах;
- в) аквацемент;
- г) капсулы;

2. По химическому составу:

- а) классические;
- б) гибридные: сюда входит 2 подтипа
 - эстетический
 - упроченный

По сфере применения СИЦ разделяют на 3 типа: фиксирующие, реставрационные, прокладочные.

СИЦ имеют ряд преимуществ по сравнению с традиционными цинк-фосфатными цементами, такие как: химическая адгезия к твердым тканям зуба, используются без кислотного травления, на заключительном этапе затвердевания наблюдается увеличение объема цемента, что обеспечивает хорошее краевое прилегание, наличие бактериостатического и кариесстатического эффекта, биологическая совместимость, низкий коэффициент эластичности, достаточная прочность на сжатие, минимальная усадка во время полимеризации, удобно и просто работать, отвердевает во влажности, низкая себестоимость.

В клинической практике стеклоиономерный цемент незаменим при множественном кариесе с низким уровнем гигиены полости рта, при кариозных процессах в пришеечной области – ниже уровня десны, невозможность выполнять реставрацию композитами у людей, страдающих аллергическими реакциями.

Из российских СИЦ можно отметить следующие материалы:

- Кемфил – стеклополиалкенадный цемент, обладающий высокой биологической совместимостью с тканями зуба. Характеризуется очень высокой прочностью при сжатии (200 МПа) и химической устойчивостью. Представляет собой порошок, состоящий из смеси алюмофторсиликатного стекла и полиакриловой кислоты, который при замешивании дистиллированной водой образует быстро отверждающийся плотный прочный материал. При твердении цемента в полости зуба происходит реакция, в результате которой образуется химическое соединение между материалом и тканями зуба, результатом которой является отсутствие краевой проницаемости. Фторид, содержащийся в материале, обеспечивает противокариозный эффект [3].

- Аквион – стеклоиономерный водоотверждаемый цемент, состоит из смеси алюмофторсиликатного стекла и полиакриловой кислоты. Замешивается на дистиллированной воде с образованием быстротвердеющего пломбировочного материала, обеспечивающего хорошую адгезию к эмали и дентину и плотное краевое прилегание. «Аквион» обладает высокой биологической совместимостью с тканями зуба, прочностью, низкой растворимостью [3].

- Цемион – стеклоиономерный цемент химического отверждения, состоит из порошка и жидкости. Порошок представляет собой измельченное алюмофторсиликатное стекло, жидкость – водный раствор модифицированной полиакриловой кислоты. Стеклоиономерная реакция начинается сразу после смешивания порошка и жидкости, сопровождается

выделением ионов фтора, что укрепляет дентин, оказывает бактерицидное действие и предупреждает развитие вторичного кариеса [3].

- Глассин рест – стеклополиалкенадный (стеклоиономерный) пломбировочный материал. Порошок представлен в виде мелкодисперсного алюминий-кальций латан фторкремниевого стекла с рентгеноконтрастными добавками. Жидкая часть препарата «Глассин рест» является водным раствором полиакриловой кислоты с улучшающими ее свойства органическими присадками. Обладает повышенной химической адгезией к эмали и дентину, характеризуется высокой биологической совместимостью с твердыми тканями зуба [3].

В практике у врачей-стоматологов возникает закономерный вопрос, каким разновидностям современных СИЦ стоит отдавать предпочтение на клиническом приеме при лечении неосложненного кариеса у взрослого населения.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты лечения неосложнённого кариеса у взрослого населения при восстановлении твердых тканей зубов различными видами СИЦ.

Материалы и методы исследования: В 2017 году с целью исследования нами была осмотрена группа, состоящая из 100 пациентов. Возрастная категория от 25-60 лет. При лечении неосложненного кариеса у данных пациентов были использованы СИЦ, применяемые в нашей практике на поликлиническом приеме («Кемфил», «Глассин Рест», «Аквион», «Цемион»). Наблюдение проводили в течение 6 и 9 месяцев

Эффективность лечения оценивалась по субъективным и объективным признакам, таким как:

- боли от температурных раздражителей;
- выпадение пломб;
- нарушение краевого прилегания;
- рецидивы кариеса (через 6 и 9 месяцев)

Исследуемую группу разделили на 4 подгруппы в соответствии с количеством исследуемого материала. Лечение проводили в полостях I, III и V классу по Блэку.

Результаты исследования. Согласно проведенным исследованиям, отображенным в таблице 1, можно сделать следующие выводы:

- самые высокие показатели у СИЦ «Кемфил», его применение наиболее предпочтительно в лечении неосложненного кариеса в полостях I, III, и V классах по Блэку.

Наиболее близким к «Кемфил» является «Аквион» - он также не дает болей от температурных раздражителей и у него низкий процент рецидива кариеса. В отличие от «Кемфил», он может применяться в полостях II класса по Блэку, если эстетические требования не являются приоритетными.

«Глассин-рест» и «Цемион», согласно проведенным клиническим исследованиям, показал худшие результаты: они дают боли от температурных раздражителей, не обеспечивают хорошее краевое прилегание (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение эффективности стеклоиономерных цемента

Материалы	«Аквион»				«Цемион»				«Глассин рест»				«Кемфил»			
	6 мес.		9 мес.		6 мес.		9 мес.		6 мес.		9 мес.		6 мес.		9 мес.	
Оценка результатов	Кол-во пац-тов/ %		Кол-во пац-тов/ %		Кол-во пац-тов/ %		Кол-во пац-тов/ %		Кол-во пац-тов/ %		Кол-во пац-тов/ %		Кол-во пац-тов/ %		Кол-во пац-тов/ %	
Сохранность пломб	25	100%	22	88%	23	92%	20	80%	23	92%	19	76%	25	100%	25	100%
Отсутствие рецидива кариеса	25	100%	25	100%	25	100%	21	84%	25	100%	23	92%	25	100%	25	100%
Краевое прилегание	25	100%	20	80%	20	80%	20	80%	20	80%	18	72%	25	100%	25	100%
Боль от температурных раздражителей	-	-	-	-	5	20%	7	28%	2	8%	3	12%	-	-	-	-

Выводы: Большой процент выпадения пломб может быть связан со сложностью замешивания материала. А боли от температурных раздражителей могут быть обусловлены тем, что в состав жидкости входит полиакриловая кислота. Таким образом, исследование показало, что в клинической практике наиболее удобно использовать «Кемфил».

Список литературы

1. Mount G.J. Техника ламинирования с применением стеклоиномерных цемента // Новое в стоматологии. 2004. № 2. С. 41–47.
2. Mount G.J. Минимальная интервенция в стоматологии. Кариозные поражения локализации 3 типа // Новое в стоматологии. 2006. № 4. С. 26–32.
3. Максимовский Ю.М., Ульянова Т.В., Заблоцкая Н.В. Современные пломбировочные материалы в клинической стоматологии. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 39 с.

Сведения об авторах

Трофимова Ирина Николаевна, Норильская городская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663302, Красноярский край, г. Норильск, пр. Солнечный, д. 6 тел. +7(3919)463747.

Захарова Ирина Владимировна, Норильская городская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663302, Красноярский край, г. Норильск, пр. Солнечный, д. 6 тел. +7(3919)463747.

Евтеева Ирина Владимировна, Норильская городская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663302, Красноярский край, г. Норильск, пр. Солнечный, д. 6 тел. +7(3919)463747.

Пеганова Жанна Ивановна, Норильская городская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663302, Красноярский край, г. Норильск, пр. Солнечный, д. 6 тел. +7(3919)463747.

Якимчук Александр Иосифович, Норильская городская стоматологическая поликлиника; адрес: Российская Федерация, 663302, Красноярский край, г. Норильск, пр. Солнечный, д. 6 тел. +7(3919)463747; e-mail: sashakrut1@rambler.ru.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ОСЛОЖНЁННЫМ КАРИЕСОМ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

*Фролова Ольга Александровна, Ионина Елена Ивановна, Хлыбова
Людмила Валентиновна*

Минусинская межрайонная больница, Минусинск, Российская Федерация

Резюме. В данной статье проведен анализ и выявлены основные различия в особенности течения заболеваний полости рта у лиц разных возрастных групп. В работе рассмотрено процентное соотношение кариеса и его осложнений на основе статистической обработки амбулаторных карт пациентов четырех возрастных групп. На основе данных анализа, приведены изменения соотношения пульпитов к периодонтитам, особенности эндодонтического лечения в отдельных возрастных группах пациентов. Сделаны выводы по данной проблеме и возможные пути ее решения.

Ключевые слова: кариес зубов, осложнения, пульпит, периодонтит, стоматологическая помощь, статистика.

Актуальность. Стоматологическая заболеваемость в нашей стране остаётся достаточно высокой и необходимы дальнейшие исследования её динамики. Важное значение в стоматологии отводится профилактике кариеса зубов, которая позволяет изменить сложившуюся ситуацию и оказать влияние на причины возникновения и развитие этого поражения. Определяющим условием при профилактики является знание интенсивности стоматологической заболеваемости в различных возрастных группах пациентов. Особенно тщательного изучения требуют наиболее распространённые стоматологические заболевания - кариес зубов и его осложнения [1]. Кариес зубов возникает и неуклонно прогрессирует с

раннего возраста, быстро приводя к развитию осложнений, потребность в лечении которых неуклонно возрастает в последние десятилетия [2]. Лечение зубов с пульпитом и периодонтитом требует большего количества посещений, затрат рабочего времени, материальных затрат и психологической нагрузки пациента. В условиях современной стоматологии приоритетное значение приобретает обеспечение гарантий качества и контроля стоматологической помощи, использование новых методик и технологий [3].

Целью нашего исследования явилось изучение показателей поражённости кариесом зубов и его осложнений в различных возрастных группах жителей города Минусинска.

Материалы и методы исследования: Для этого было проанализировано 300 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 18 до 60 лет.

Пациенты были распределены по возрасту на 4 группы:

- 1 группа – от 18 до 28 лет (2000-1990 г.р.);
- 2 группа – от 29 до 39 лет (1989-1979 г.р.);
- 3 группа – от 40 до 50 лет (1978-1968 г.р.);
- 4 группа – от 50 до 60 года (1968-1958 г.р.).

В каждой возрастной группе было подсчитано процентное соотношение неосложнённого кариеса к осложнённому, а также соотношение пульпитов и периодонтитов.

Результаты исследования: После проведённого анализа выявилось, что в 4-ой возрастной группе 100% поражение осложнённым кариесом (табл. 1).

Таблица 1

Процентное значение поражений осложнённым кариесом в каждой возрастной группе

Группы	1	2	3	4
Количество зубов, леченных по поводу осложнённого кариеса / значение в %	51 / 56 %	37 / 70 %	45 / 99,9 %	100 %

Учитывая это, можно предположить, что лечение данных пациентов требует больших временных затрат по сравнению, например, с 1-ой группой. На это есть ряд причин: склерозирование корневых каналов, наличие сопутствующих заболеваний, а, следовательно, и снижение резистентности организма, более тяжёлая психологическая подготовка пациента к длительным процедурам и некоторые другие причины.

При анализе также было выявлено, что с возрастом меняется соотношение пульпитов и периодонтитов, то есть увеличивается количество воспалительных процессов в периапикальных тканях, о чём свидетельствует больший процент периодонтитов (табл. 2).

Таблица 1

Соотношение пациентов с осложнённым кариесом к неосложнённому

Группы	1	2	3	4
Количество человек, всего	100	68	65	67
из них:				
- Неосложнённый кариес	39	16	1	-
- Осложнённый кариес	51	37	45	66
Соотношение осложненного кариеса к неосложненному	1 : 0,76	1 : 0,43	1 : 0,02	1 : 0

На ниже представленной таблице имеются данные, доказывающие, что с возрастом увеличивается интенсивность осложнённого кариеса (табл. 3).

Таблица 3

Интенсивность осложненного кариеса по возрастным группам

Группы	1	2	3	4
Всего человек	100	68	65	67
1-2 осложнённых кариеса	81 / 90 %	41 / 77 %	30 / 65 %	37 / 56 %
3 и более осложнённых кариеса	9 / 10 %	12 / 23 %	16 / 35 %	29 / 44 %

Учитывая все данные и результаты проведённой работы, мы сделали следующие *выводы*:

- почти 50 % населения старше 50 лет имеют 3 и более зубов, леченных либо удалённых по поводу осложнённого кариеса;

- у каждого второго пациента при обращаемости в стоматологическую поликлинику выявляется осложнённый кариес;

- чем старше пациент, тем больший процент поражения осложнённым кариесом (на одного человека);

- с возрастом меняется процентное соотношение пульпитов и периодонтитов, судя по результатам исследования, увеличивается количество периодонтитов.

- при плановой санации пациентов 3 и 4 групп требуется большее количество времени;

- необходимо проводить профилактику кариозного процесса с дошкольного возраста;

- желательно во всех школах открыть стоматологические кабинеты для своевременной профилактики и, если потребуется, лечения неосложнённого кариеса;

- проводить профилактические осмотры с целью повышения мотивации осмотренных граждан для дальнейшего лечения;

- при обращении пациента на приём необходимо доводить его до полной санации.

Список литературы

1. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 924 с.

2. Иванова Е.Н. Осложнения кариеса, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Ростов н/Д.: Феникс, 2007. 158 с.

3. Пихур О.Л., Кузьмина Д.А., Цимбалистов А.В. Современные подходы к эндодонтическому лечению зубов. СПб.: СпецЛит, 2013. 233 с.

Сведения об авторах

Фролова Ольга Александровна, Минусинская межрайонная больница, г. Минусинск, 662603, ул. Комарова, д.15, тел.: 8-902-010-32-33, olyaF777@yandex.ru.

Ионина Елена Ивановна, Минусинская межрайонная больница, г. Минусинск, 662603, ул. Комарова, д. 15, тел.: 8-923-218-50-12.

Хлыбова Людмила Валентиновна, Минусинская межрайонная больница, г. Минусинск, 662603, ул. Комарова, д. 15, тел.: 8-908-217-97-17, khly75@yandex.ru.

УДК 616.31-084-057.875[571.52]“2015/2018

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ, ПРИБЫВШИХ ИЗ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА ЗА 2015 – 2018 гг.

*Шеваркова Анна Леонидовна¹, Потылицына Марина Анатольевна¹,
Проездова Наталья Анатольевна¹, Тучина Ирина Викторовна¹, Рязанова
Ольга Юрьевна¹*

*Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8,
Красноярск, Российская Федерация*

Резюме. В данной статье рассмотрена динамика распространенности и интенсивности патологии твердых тканей зубов у студентов, приехавших из Республики Тыва, связанная с повышением мотивации по поддержанию здоровья полости рта.

Ключевые слова: профилактика, студенты, кариес, мотивация.

Актуальность. При анализе стоматологической заболеваемости следует учитывать то, что природные, климатические, социальные и другие условия того или иного региона, влияя на развитие и формирование местной популяции, могут существенно изменить силу и характер основных патогенетических условий возникновения стоматологических заболеваний [1, 2].

Уникальность Республики Тыва заключается в том, что из-за своей долгой изоляции от внешнего мира здесь сохранился традиционный образ жизни и быт кочевых азиатских народов. В республике Тыва проживает 310460 человек 53,92% из них живет в городах. Здесь относительно низкая средняя продолжительность жизни, всего лишь 57–60 лет. Частично это объясняется тем, что коренное население – тувинцы, ведет традиционный кочевой образ жизни, занимается скотоводством и испытывает нехватку как полезных для здоровья овощей и фруктов, так и нормального медицинского обслуживания. В связи с этим студенты, приезжающие из республики Тыва, имеют высокий показатель индекса КПУ (12.6).

Цель исследования: оценить в динамике стоматологический статус студентов, приехавших из республики Тыва.

Материалы и методы исследования: Проведено клиническое и социологическое обследование 150 студентов, прибывших из республики Тыва, в возрасте от 18 до 22 лет. Изучали заинтересованность студентов в поддержании здоровья полости рта, динамику распространенности и интенсивности кариеса зубов.

Результаты исследования. Согласно данным опроса 89,5% студентов, вновь прибывших из республики Тыва, информированы о необходимости посещать стоматолога с профилактической целью, но только 6,7% делают это регулярно, 19,5% крайне редко, 11,3% – однократно. При анкетировании 38,7% студентов не знали, что такое профессиональная гигиена полости рта.

Анализ причин обращений студентов, приехавших из республики Тыва, к врачу-стоматологу показал, что за время учебы в высших учебных заведениях г. Красноярска меняется их мотивация по поддержанию стоматологического здоровья полости рта и формированию здорового образа жизни. Так, количество обращений по поводу кариеса и его осложнений снизилось с 76,6% в 2015 году до 64,3% в 2018 году: по вопросам лечения кариозных полостей в 2015 году было 35,3% и в 2018 году 28,7%

обратившихся; посещения с острой болью составили в 2015 году – 41,3% 2018 г. – 35,6% соответственно.

В то время как, обращения по поводу плановой санации полости рта возросли с 23,4% в 2015 году до 35,7% в 2018 году: 1 раз в полгода предпочитали посетить врача-стоматолога в 2015 году – 7,5% и в 2018 году – 13,2% студентов; 1 раз в год посещать врача по поводу плановой санации предпочитали в 2015 году – 15,9% и в 2018 году – 22,5% студентов соответственно (рис. 1).

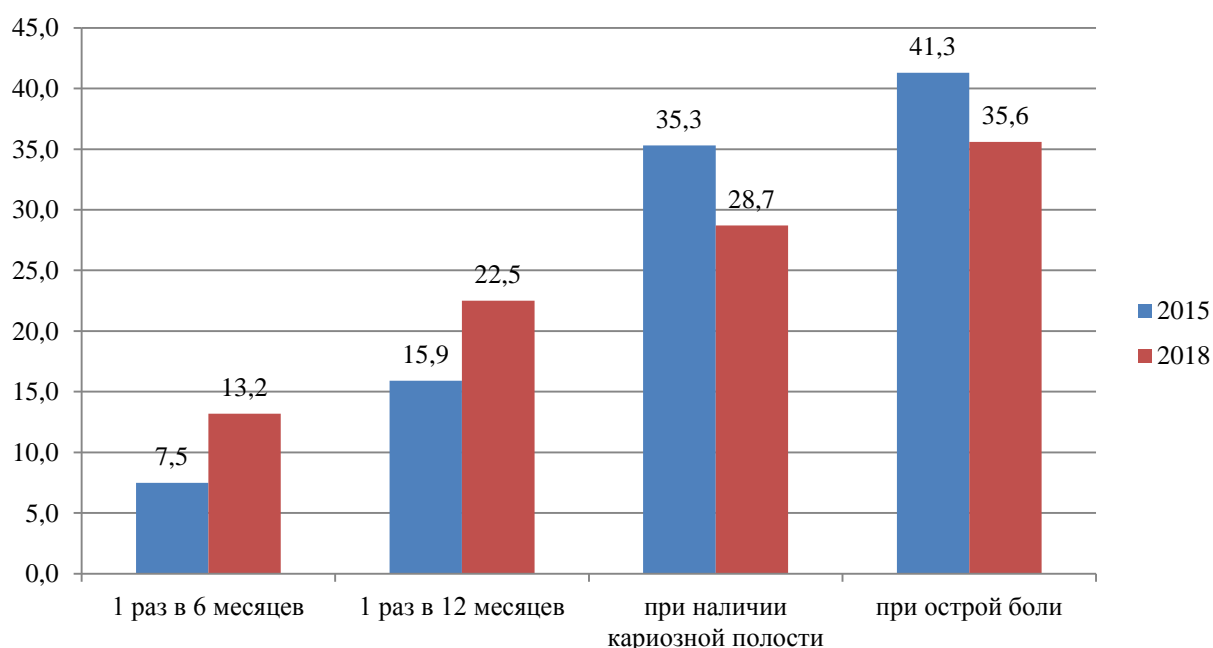


Рис. 1. Анализ причин обращений студентов, приехавших из республики Тыва, к врачу-стоматологу в 2015, 2018 годах.

В результате проведенного клинического исследования было установлено, что распространенность кариеса зубов у студентов в 2015 году составила 93,6%, в 2018 году наблюдалось снижение заболеваемости твердых тканей зубов на 9,7% (83,9%).

Исследованием также установлено, что распространенность кариеса зубов, у студентов, приехавших из республики Тыва на 1,2–1,6% выше, чем у студентов Красноярского края. Интенсивность кариеса зубов в 2015 году

была определена как высокая – 7,3. На 2018 год данный показатель снизился и составил 5,9. Среди структурных компонентов индекса «КПУ» у обследованных студентов преобладали леченые зубы «П», удельный вес компонентов «К» «П» «У» составил 2:4:1.

Заключение. Повышение мотивации молодежи к проведению профилактических мероприятий по поддержанию здоровья полости рта и формированию здорового образа жизни приводит к снижению распространенности и интенсивности патологии твердых тканей зубов у студентов, приехавших из республики Тыва.

Список литературы

1. Агарков В.И., Северин Г.К. Оценка популяционного здоровья студентов-первокурсников и пути ее предупреждения // Здоровье студентов : сборник тезисов научно-практической конференции. М.: РУДН, 1999. С. 99–100.
2. Адмакин О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климатогеографических зонах России : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М.: ММСИ, 1999. 125 с.

Сведения об авторах

Шеваркова Анна Леонидовна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8; адрес: 660130, г. Красноярск, ул. Мирошниченко, д. 1.

Потылицына Марина Анатольевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8; адрес: 660130, г. Красноярск, ул. Мирошниченко, д. 1.; e-mail: danilenko-1905@yandex.ru.

Проездова Наталья Анатольевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8; адрес: 660130, г. Красноярск, ул. Мирошниченко, д. 1.; e-mail: Proezdova@yandex.ru.

Тучина Ирина Викторовна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8; адрес: 660130, г. Красноярск, ул. Мирошниченко, д. 1.

Рязанова Ольга Юрьевна, Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 8; адрес: 660130, г. Красноярск, ул. Мирошниченко, д. 1.

СОДЕРЖАНИЕ

Авраменко С. В., Бунчук К. Н., Марьина И. В.

Лечение и профилактика основных стоматологических заболеваний населения города Канска и Канского района.....3

*Апраксина Е. Ю., Залавина С. В., Железный П. А., Железная А. П.,
Никольская М. В.*

Характеристика структуры зубных зачатков и минерального обмена при воздействии вибрации.....7

Бессонова Е. А., Вишневская Л. П., Моисеенко С. А., Бабич И. В.

Психология в стоматологии.....16

*Бриль Е. А., Макаруч М. Ю., Журавлева Т. Б., Макаруч Т. М.,
Шишков Н. Ю., Пустошилова А. С.*

Первичная профилактика основных стоматологических заболеваний на этапах ортодонтического лечения.....23

Власов Д. В., Бобровская Е. Г., Якушева Т. Т., Бондаренко Л. В.

Анализ воспитания навыков стоматологической гигиены у детей 2-х и 3-х летнего возраста ленинского района г. Красноярск.....29

Власов Д. В., Григорян И. А., Якушева Т. Т., Бондаренко Л. В.

Клинический опыт применения препарата «Pulpotec» для лечения пульпита методом витальной ампутации у детей от 4 до 8 лет Ленинского района г. Красноярск.....35

Галонский В. Г., Градобоев А. В.

Обоснование клинической эффективности применения временных ортопедических стоматологических конструкций.....39

Галонский В. Г., Казанцева Т. В., Градобоев А. В., Казанцев М. Е.

Проблема контрактуры челюстей при пострезекционном замещающем верхнечелюстном протезировании.....60

Галонский В. Г., Телятников А. Л., Макаруч М. Ю.

Клинический случай комплексной реабилитации пациентки подросткового возраста с остеобластокластомой нижней челюсти.....71

Грицкевич С. Г., Ярлыкова Г. В., Доценко С. А.

Клинический опыт применения препарата «Глуфторед» при лечении кариеса и гиперестезии у взрослого населения.....84

<i>Гуркова Н. Б., Кузнецова Е. Г.</i> Исследование уровня гигиенической культуры у студентов 3-го курса медицинского техникума г. Минусинска.....	88
<i>Евдокимова О. А., Ермухометов С. Н., Родина И. В.</i> Применение вакуум – дарсонвализации и лазерного излучения при лечении периодонтитов.....	92
<i>Елефтериади Л. Л., Нижегородова О. В., Сыроватко Л. Н.</i> Эффективность и преимущества применения материалов на основе минерального триоксидного агрегата при повторном эндодонтическом лечении.....	97
<i>Ермак Е. Ю., Хохлов А. М., Кудрявцев В. В., Павлюченко С. М., Попкова В. А.</i> Клинические аспекты использования различных видов абатментов в системе имплантатов ANKYLOS C/X.....	105
<i>Ерошкина Н. А., Пивнёва Е. Д., Соколова О. Р.</i> Факторы риска, приводящие к раннему удалению временных зубов у детей.....	113
<i>Кан И. В., Шульмин А. В., Левенец А. А., Симонов А. Г.</i> Проблемы оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с травмами челюстно-лицевой области в Красноярском крае.....	120
<i>Капустин А. П.</i> Опухолевидные новообразования кожи лица (клинический случай).....	130
<i>Кауниетис С. М., Кауниетис М. З., Давыдов Е. Л.</i> Взаимодействие врачей-стоматологов с пожилыми пациентами: проблемы и пути решения.....	138
<i>Кауниетис С. М., Кауниетис М. З.</i> Уровень знаний врачами-стоматологами в оказании помощи при неотложных терапевтических состояниях у лиц старших возрастных групп.....	144
<i>Курочкин В. Н., Баронкин В. В., Ермолина Л.Г.</i> Тактика ведения пациентов в сложных случаях повторного эндодонтического лечения (клинический случай).....	150
<i>Липко Н. Н., Новикова Э. Н., Афонин М. В., Мукин Т. С.</i> Профессиональные заболевания врача-стоматолога и производственная гимнастика.....	158

<i>Люлякина Е. Г.</i> Нуждаемость в стоматологической помощи трудоспособного контингента населения города Красноярска и городов Красноярского края.....	167
<i>Макарова В. Е.</i> Анализ качества оказания стоматологической помощи в КГАУЗ «Лесосибирская МСП» за период с 2015 по 2017 годы.....	173
<i>Маругина Т. Л., Киприн Д. В., Хасанов О. С.</i> Определение типа слизистой оболочки альвеолярного гребня при планировании эстетически реконструктивных операциях.....	179
<i>Маскадынов Л. Е., Чижов Ю. В., Маскадынов Е. Н., Митрофанов П. В., Казанцева Т. В.</i> Совершенствование компрессионного прессования пластмассы при изготовлении съемных протезов.....	184
<i>Миллер О. В., Орешкин И. В., Арутюнян В. Ф.</i> Инфекционная настороженность к ВИЧ-инфекции на стоматологическом приеме.....	197
<i>Митрофанов П. В., Чижов Ю. В., Казанцева Т. В.</i> Нуждаемость в пародонтологическом лечении женщин пожилого и старческого возраста, страдающих психическими заболеваниями, определенной по критериям пародонтального индекса CPITN.....	205
<i>Орешкин И. В., Лихошерстова И. Н., Матвеева Н. А.</i> Возможности современных эндодонтических методик перелечивания зубов (анализ клинических случаев).....	213
<i>Панфилова С. А., Требушевский В.М.</i> Особенности диагностирования осложнённых форм кариеса у пациентов пожилого возраста.....	221
<i>Петухова Е. Г., Потылицына Н. В.</i> Отношения между врачом и пациентом как средство маркетинга в практике врача стоматологической поликлиники.....	231
<i>Соколова О.Р., Буянкина Р. Г., Дегтярева Л. Г., Цыганкова С. В.</i> Общее обезболивание как метод выбора анестезии при стоматологической санации детей с ограниченными возможностями здоровья.....	237

<i>Соколова О. Р., Буянкина Р. Г., Репиленко И. Ф., Репиленко Е. Ю.</i> Оказание неотложной стоматологической помощи детям Красноярска.....	247
<i>Соколович Н. А., Петрова Н. П., Черноморченко Н. С.</i> Современные направления в профилактике аномалий прикуса у детей.....	255
<i>Солодовник Е. В., Курилович С. Ю., Евланова А. Е., Овчинникова С. А.</i> Анализ отдалённых результатов лечения осложнённого кариеса временных моляров резорцин–формалиновым методом.....	261
<i>Сурдо Э. С., Галонский В. Г., Тарасова Н. В.</i> Вредные привычки у детей с сенсорной депривацией зрения.....	267
<i>Талашкевич А. Н., Талашкевич Л. В.</i> Протезирование при повышенном рвотном рефлексе.....	276
<i>Тарасова Н. В., Галонский В. Г., Майгуров А. А., Градобоев А. В.</i> Диагностика, тактика и прогноз стоматологического лечения пародонтального синдрома при нейтропении.....	281
<i>Трофимова И. Н., Захарова И. В., Евтеева И. В., Пеганова Ж. И., Якимчук А. И.</i> Сравнительная оценка эффективности применения стеклоиономерного цемента у взрослого населения при лечении неосложненного кариеса.....	293
<i>Фролова О. А., Ионина Е. И., Хлыбова Л. В.</i> Сравнительная характеристика поражений осложнённым кариесом в различных возрастных группах.....	299
<i>Шеваркова А. Л., Потылицына М. А., Проездова Н. А., Тучина И. В., Рязанова О. Ю.</i> Оценка стоматологического статуса студентов, прибывших из республики Тыва за 2015 – 2018 гг.....	303

СИБИРСКО-АЗИАТСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБРАЗОВАНИЮ,
НАУКЕ И ПРАКТИКЕ В СТОМАТОЛОГИИ

Труды III Всероссийской научно-практической конференции с
Международным участием
(Красноярск, 29 мая – 31 мая 2019 г.)

Подписано в печать 24.06.2019. Формат 60x84^{1/16}.
Усл. печ. л. 19,5. Тираж 155 экз. Заказ 06-073

Отпечатано в типографии ИП Азарова Н.Н.
(«ЛИТЕРА-принт»),
Красноярск, ул. Гладкова, 6,
т. 8-902-924-15-77