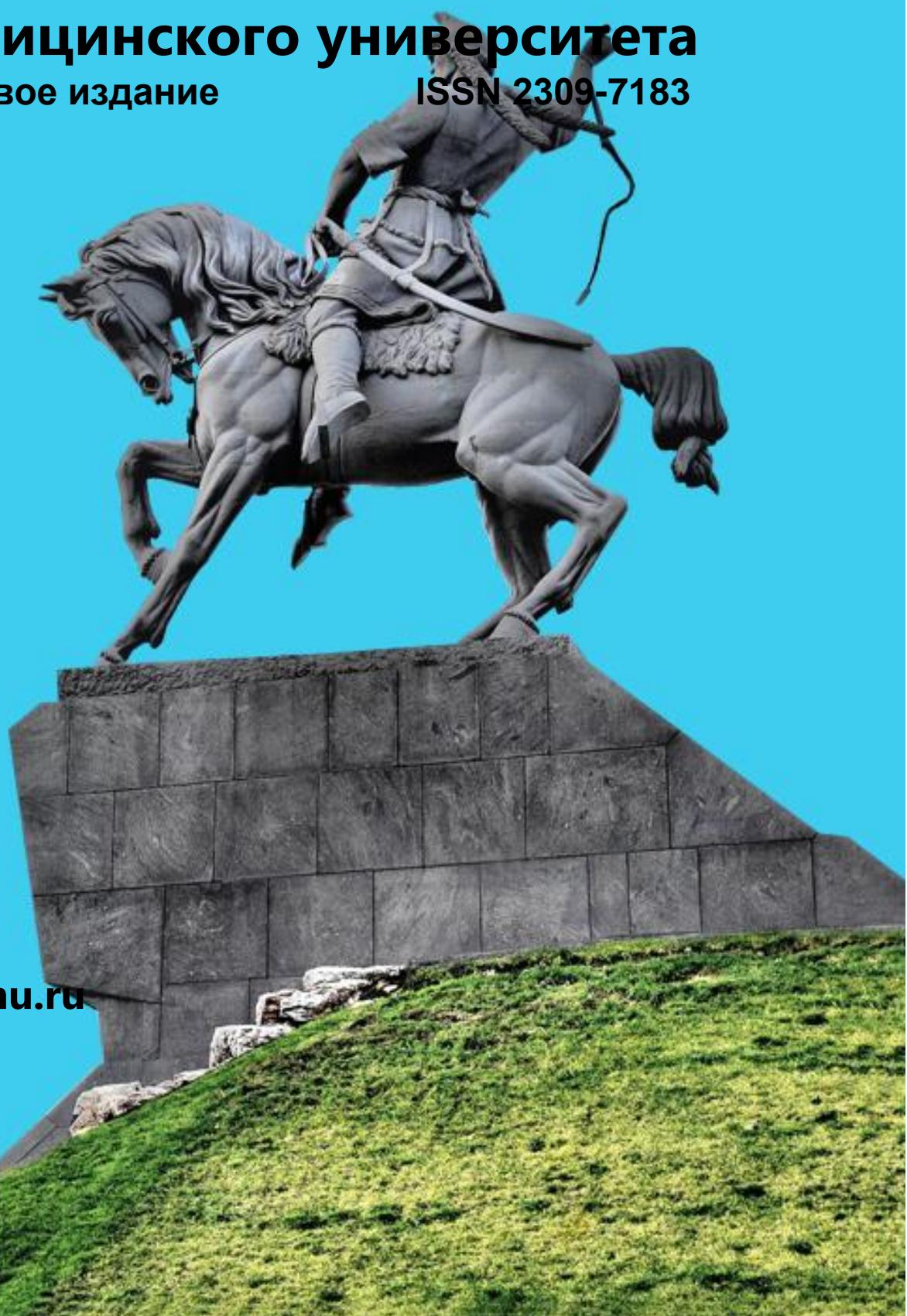




**ВЕСТНИК
Башкирского
государственного
медицинского университета**
сетевое издание ISSN 2309-7183



№ 3, 2025
vestnikbgmu.ru

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВЕСТНИК Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание №3, 2025 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Храмова К.В. (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии:

проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Катаев В.А. (Уфа); к.м.н. Кашаев М.Ш. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа)

Редакционный совет:

Член-корр. РАН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва); проф. Бакиров А.А. (Уфа); проф. Вольф Виланд (Германия); проф. Вишневский В.А. (Москва); проф. Викторов В.В. (Уфа); проф. Гальперин Э.И. (Москва); проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа); академик РАН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск); академик РАН, проф. Котельников Г.П. (Самара); академик РАН, проф. Кубышкин В.А. (Москва); проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа); проф. Прокопенко И. (Великобритания); проф. Созинов А.С. (Казань); член-корр. РАН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа); доц. Хартмани Б. (Австрия); академик РАН, проф. Чучалин А.Г. (Москва); доц. Шебаев Г.А. (Уфа); проф. Шигуан Ч. (Китай); проф. Баафен Я. (Китай)

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:
зав. редакцией – к.м.н. Насибуллин И.М.

научный редактор – к.филос.н. Афанасьева О.Г.
корректор-переводчик – к.филол.н. Майорова О.А.

СМИ «ВЕСТНИК БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА»
ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ,
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ (РОСКОМНАДЗОР)
31.01.2020. РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР В РЕЕСТРЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СМИ СЕРИЯ Эл № ФС
77-77722

© ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, 2025

FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION
BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY
THE MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE RUSSIAN FEDERATION

VESTNIK

BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY

online news outlet № 3, 2025

Editorial board:

Editor-in-chief: Professor Khramova K.V. (Ufa)

Deputy editor-in-chief: Professor Nartailakov M.A. (Ufa)

Members of editorial board:

professor Akhmadeeva L.R. (Ufa); professor Valishin D.A. (Ufa); professor Verzakova I.V. (Ufa); professor Viktorova T.V. (Ufa); professor Galimov O.V. (Ufa); professor Gilmanov A.Zh. (Ufa); professor Gilmutdinova L.T. (Ufa); professor Yenikeev D.A. (Ufa); professor Zagidullin N.Sh. (Ufa); professor Kataev V.A. (Ufa); associate professor Kashaev M.Sh. (Ufa); professor Malievsky V.A. (Ufa); professor Minasov B.Sh. (Ufa); professor Morugova T.V. (Ufa); professor Novikova L.B. (Ufa); professor Rakhmatullina I.R. (Ufa); professor Sakhautdinova I.V. (Ufa); associate professor Tsyglin A.A. (Ufa)

Editorial review board:

Corresponding member of the Russian Academy of Sciences professor Alyaev Yu.G. (Moscow); professor Bakirov A.A. (Ufa); professor Wolf Wieland (Germany); professor Vishnevsky V.A. (Moscow); professor Viktorov V.V. (Ufa); professor Galperin E.I. (Moscow); professor Gantsev Sh.Kh. (Ufa); academician of the Russian Academy of Sciences, professor Dolgushin I.I. (Chelyabinsk); academician of the Russian Academy of Sciences, professor Kotelnikov G.P. (Samara); Academician of the Russian Academy of Sciences, Professor Kubyshkin V.A. (Moscow); professor Muldashev E.R. (Ufa); professor Prokopenko I. (Great Britain); professor Sozinov A.S. (Kazan); corresponding member of the Russian Academy of Sciences, professor Timerbulatov V.M. (Ufa); associate Professor Hartmann B. (Austria); academician of the Russian Academy of Sciences, professor Chuchalin A.G. (Moscow); associate professor Shebaev G.A. (Ufa); professor Shiguang Zh. (China); professor Yang B. (China)

Editorial staff of the online publication "Vestnik of Bashkir State Medical University":

Managing editor: Nasibullin I.M., MD, PhD

Science editor: Afanasyeva O.G., PhD

Translator-proofreader: Mayorova O.A., PhD

NEWS OUTLET "VESTNIK OF BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY" REGISTERED WITH THE FEDERAL SERVICEFOR SUPERVISION IN THE SPHERE OF COMMUNICATIONS, INFORMATION TECHNOLOGY AND MASS COMMUNICATIONS (ROSKOMNADZOR) 31.01.2020. REGISTRATION NUMBER IN THE REGISTER OF REGISTERED MEDIA EI No. FS 77-77722 © FSBEI HE BSMU OF THE MINISTRY OF HEALTH OF RUSSIA, 2025

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

Издание приурочено

Всероссийской научно-практической конференции с международным участием

«СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ: ИНТЕГРАЦИЯ НАУКИ И ПРАКТИКИ»

г. Уфа, 28 марта 2025 г.

Редакционная коллегия:

Декан стоматологического факультета, д.м.н., доцент **Г.М. Акмалова**

Зам. декана по научной работе, д.м.н., доцент **Р.Р. Хайбуллина**

УФА

2025

СОДЕРЖАНИЕ

АДИЛОВ К.З., РИЗАЕВ Ж.А., АДИЛОВА Ш.Т.

**РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРИНА АУТОПЛАЗМЫ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА 7**

ГАНИЕВА Р.А., АКЧУЛПАНОВА Л.И., ШАЙБАКОВА Р.Ф., АКАТОВА Ф.А.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РАЗРУШЕННОГО
ДЕПУЛЬПИРОВАННОГО ЗУБА 4.6 16**

ГАНИЕВА Р.А., АХМЕТОВА И.Р., САЛИМШИНА Э.Г., БЕЛЯКОВА А.Р.

**ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ АППАРАТОМ ТВИН-БЛОК.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ГАУЗ РБ ДЕТСКАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №3 Г.УФА 19**

ГАНИЕВА Р.А., МУСАЛЛЯМОВА А.А., САДЫКОВА Г.М., КАСАТКИНА А.С.

**ЛЕЧЕНИЕ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПОДРОСТКА С ПОМОЩЬЮ БРЕКЕТ-
СИСТЕМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 23**

ГАНИЕВА Р.А., САДЫКОВА Г.М., МУСАЛЛЯМОВА А.А., МАГАНОВА З.Ш.

**ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЪЕМНЫМИ АППАРАТАМИ НА ДЕТСКОМ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 26**

ЛЕБЕДЕВА А.Д., ХАРИН А.В., КРУГЛОВА Н.В., УСПЕНСКАЯ О.А.

**ИЗУЧЕНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОБТУРАЦИИ
КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ 30**

ЛОМАКА М.А., РОГИНСКИЙ В.В.

**ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ ГОЛОВЫ
МЕТОДОМ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ 33**

ПЕТРОВ П. И., ПОДОПРИХИН А. В.

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРАЧЕЙ РАЗНЫХ
СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ОРДИНАТУРЕ 40**

САЛЕЕВА Г.Т., МУСТАКИМОВА Р.Ф.	
ОСОБЕННОСТЬ ПРОТЕКАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД-19. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	44
ТАРАСОВА Ю.Г., СУББОТИНА А.В., ДМИТРАКОВА Н.Р.	
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В БЛИЖАЙШИЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ	54
ФОМИЧЕВА А.М., КРУГЛОВА Н.В., УСПЕНСКАЯ О.А.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ КИСЛОТНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «РЕМАРСГЕЛЬ»	58
ШВЕЦ Д.Ю., ГИМРАНОВА И.А., АКМАЛОВА Г.М., АБРАМИШВИЛИ Я.Р., ВДОВИНА И.В.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОТЫ ЗУБНОГО КАМНЯ И СОДЕРЖИМОГО ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ	61
ШИЯНОВА А.Д., ОРЕХОВА Л.Ю., КУДРЯВЦЕВА Т.В., ТАСАЕВА Е.А.	
ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ	69

УДК: 616.314.18—002.2/4-07-08\

Адилов К.З., Ризаев Ж.А., Адилова Ш.Т.

**РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРИНА АУТОПЛАЗМЫ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА**

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, г. Самарканд
Ташкентский Государственный стоматологический институт, г. Ташкент

Воспалительные заболевания пародонта [ВЗП] являются наиболее распространенным заболеванием взрослого населения во всем мире [5]. Персонализация ведения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта активно разрабатывается в течение последних десятилетий. Связано это с тем, что воспалительно-деструктивные заболевания пародонта актуальны в связи с их высокой распространенностью, а также являются причиной снижения качества жизни и здоровья населения [3,6]. В статье дана оценка эффективности нехирургического использования богатого тромбоцитами фибрина в дополнение к традиционному лечению в отношении клинических параметров пародонта и уровней периостина в десневой борозде.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, регенеративная терапия, аутоплазма, фибрин, десневая жидкость, биомаркеры, периостин, трансформирующий фактор роста фибробластов.

Adilov K.Z., Rizaev Zh.A., Adilova Sh.T.

**THE ROLE OF BIOMARKERS OF REMODELING IN THE EFFECTIVENESS OF
AUTOPLASMIC FIBRIN IN THE TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED
PERIODONTITIS**

Samarkand State Medical University, Samarkand
Tashkent State Dental Institute, Tashkent

Inflammatory periodontal diseases (IPD) are among the most common diseases affecting the adult population worldwide [5]. The personalization of patient management for inflammatory periodontal diseases has been actively developed over the past decades. This is due to the high prevalence of inflammatory-destructive periodontal diseases, as well as their significant impact on the quality of life and overall health of the population [3,6]. This article evaluates the effectiveness of non-surgical application of platelet-rich fibrin in addition to conventional treatment in terms of clinical periodontal parameters and periostin levels in the gingival sulcus.

Keywords: chronic generalized periodontitis, regenerative therapy, autologous plasma, fibrin, gingival fluid, biomarkers, periostin, transforming growth factor-beta.

Актуальность. Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) — распространенная стоматологическая патология, охватывающая все возрастные группы [14]. По данным ВОЗ, пораженность среди подростков 15–19 лет достигает 89%, среди взрослых 35–44 лет — 98% [5]. В Узбекистане частота ВЗП у детей составляет 53,2%, у подростков — до 80%, у взрослых — 92,8% [6].

Современная пародонтология ориентирована на регенеративные технологии, включая тромбоцитарную аутоплазму (ТАП) и богатый тромбоцитами фибрин (PRF), способствующие восстановлению тканей [2,4].

Изучение клинически значимых биомаркеров, таких как периостин и трансформирующий фактор роста фибробластов (TGF- β), является ключевым направлением в регенеративной терапии пародонтальных заболеваний [1,9]. Они позволяют выделять группы риска, уточнять диагноз, оценивать тяжесть патологии, оптимизировать лечение и прогнозировать его результаты. Биомаркеры также важны для своевременного принятия решений о реконструктивных вмешательствах [9,11]. В данном исследовании основной акцент сделан на диагностическом биомаркере периостине и TGF- β и анализе его изменений в ходе регенеративной терапии [11,13,14].

Цель исследования: Оценка уровня периостина и TGF- β для определения эффективности применения фибринова аутоплазмы в комплексной терапии ХГП средней степени тяжести.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 122 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) разной степени тяжести, разделенные на 4 группы. Методы включали клинические, рентгенологические, биохимические и статистические исследования. Определяли гигиенические и воспалительные индексы, степень подвижности зубов, уровень периостина и TGF- β . Анализ проводился в Statistica 6.0 и Excel 2003 ($p<0,05$). Исследование одобрено этическим комитетом, все участники подписали информированное согласие. Исключены пациенты с системными заболеваниями, вредными привычками, ортопедическими конструкциями и недавно леченным пародонтом.

Протокол лечения был одинаковым в основной и контрольной группах, за исключением применения фибриновых мембран аутоплазмы Vector терапии в основной группе. контрольной группе профессиональную гигиену выполняли с помощью пьезо-ультразвукового скейлера. Местная терапия включала полоскания хлоргексидином, применение геля Пародиум, избирательное пришлифование и временное шинирование при необходимости. Общая терапия: Трихопол, Ибупрофен, Лактофильтрум, Аскорутин, Новопассит. На этапе реабилитации – диета, гигиенический режим и диспансерное наблюдение.авним лечением пародонта.

Собственные исследования: Показатели пародонтального статуса пациентов с практически здоровым пародонтом (Рис 1)

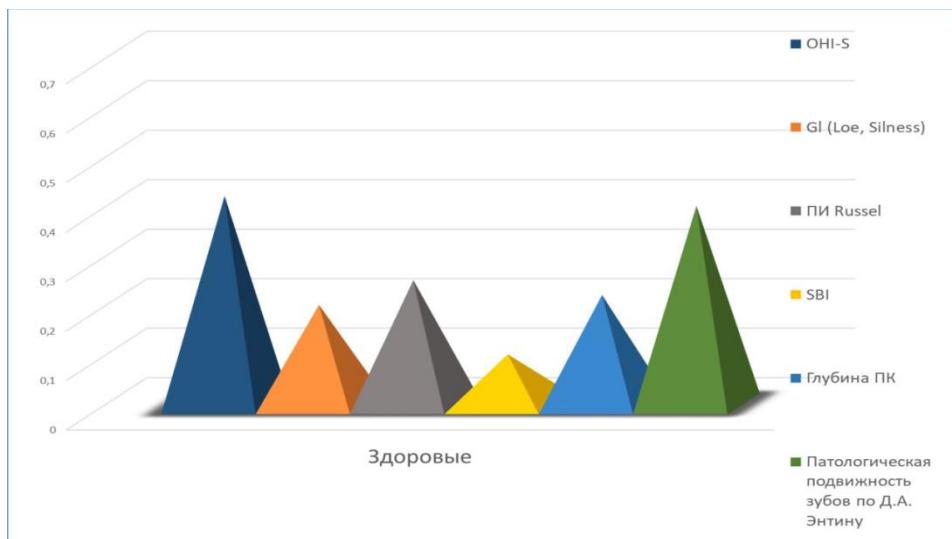


Рис.1 Показатели индекса гигиены и пародонтальных индексов у обследованных с практически здоровым пародонтом

Таблица 1

Индексная оценка состояния пародонта у пациентов основной и контрольной группы с ХГП разной степени тяжести

Пародонтальный статус	Пациенты с ХГПСС основная гр.		Пациенты с ХГПСС контрольная гр.	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
OHIP-S	2,3±0,14*	0,34±0,22	2,26±0,14*	0,87±0,10
GI (Loe, Silness)	1,85±0,12	0,2±0,025	1,81±0,12	0,48±0,06
ПИ Russel	4,69±0,24	3,5±0,30	4,53±0,4	4,2±0,57
mSBI индекс десневого кровотечения	1,75±0,02	0,5±0,06	1,6±0,02	0,9±0,07
Глубина ПК	4,80±0,34	3.7±0,40	4,72±0,34	4,5±0,40
Патологическая подвижность зубов по Д. А. Энтину	2,36±0,18	1,6±0,12	2,35±0,13	1,97±0,18

Примечание: *- показатели имеют достоверные различия по сравнению со значениями в группе практически здоровых лиц ($p < 0,05$).

Лечение хронического генерализованного пародонита средней степени тяжести привело к значительному улучшению большинства показателей состояния пародонта. Наиболее заметные изменения наблюдаются в улучшении гигиены полости рта (снижение

OHI-S на 85,2 %) и уменьшении воспаления десен (снижение GI на 89,2 %). Уменьшение глубины пародонтальных карманов и патологической подвижности зубов также свидетельствует о положительной динамике в состоянии пародонта, хотя эти изменения менее выражены. Полученные результаты подчёркивают эффективность проведённого лечения в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести (Табл.1).

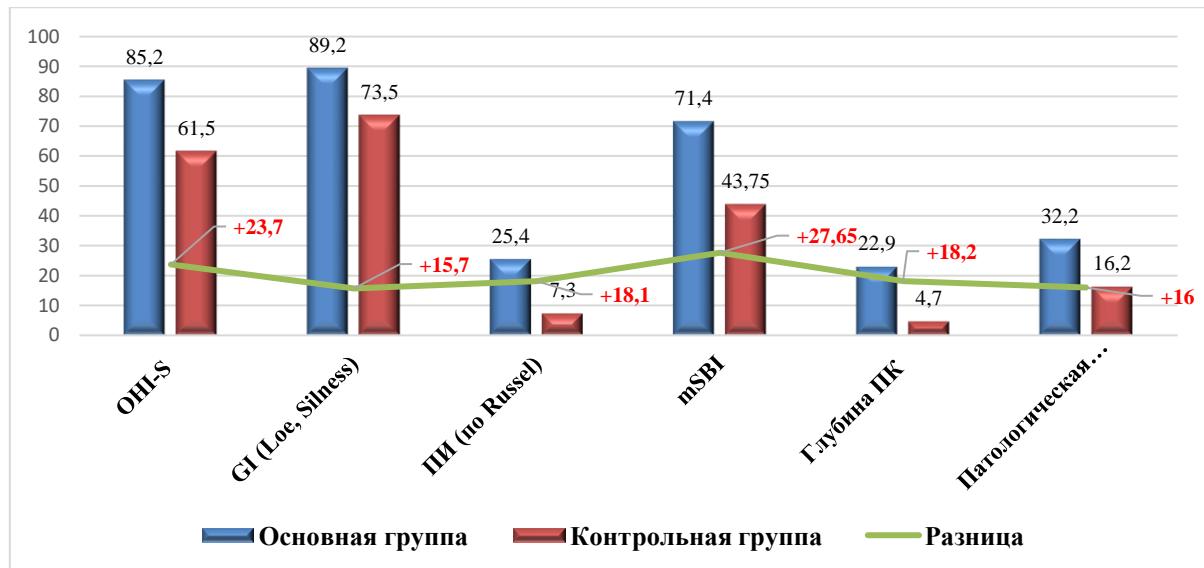


Рис.2 Индексные показатели гигиены и воспалительно-деструктивного поражения пародонта у пациентов со средней степенью тяжести ХГП до- и после лечения в группах сравнения (в%)

Анализ показывает, что в основной группе наблюдается более значительное улучшение по всем рассматриваемым показателям пародонтального статуса по сравнению с контрольной группой. Наиболее заметные различия отмечаются в снижении орального гигиенического индекса (OHI-S), гингивального индекса (GI), индекса кровоточивости десен (SBI) и глубины пародонта. Эти результаты указывают на более высокую эффективность лечения в основной группе по сравнению с контрольной (Рис.2)

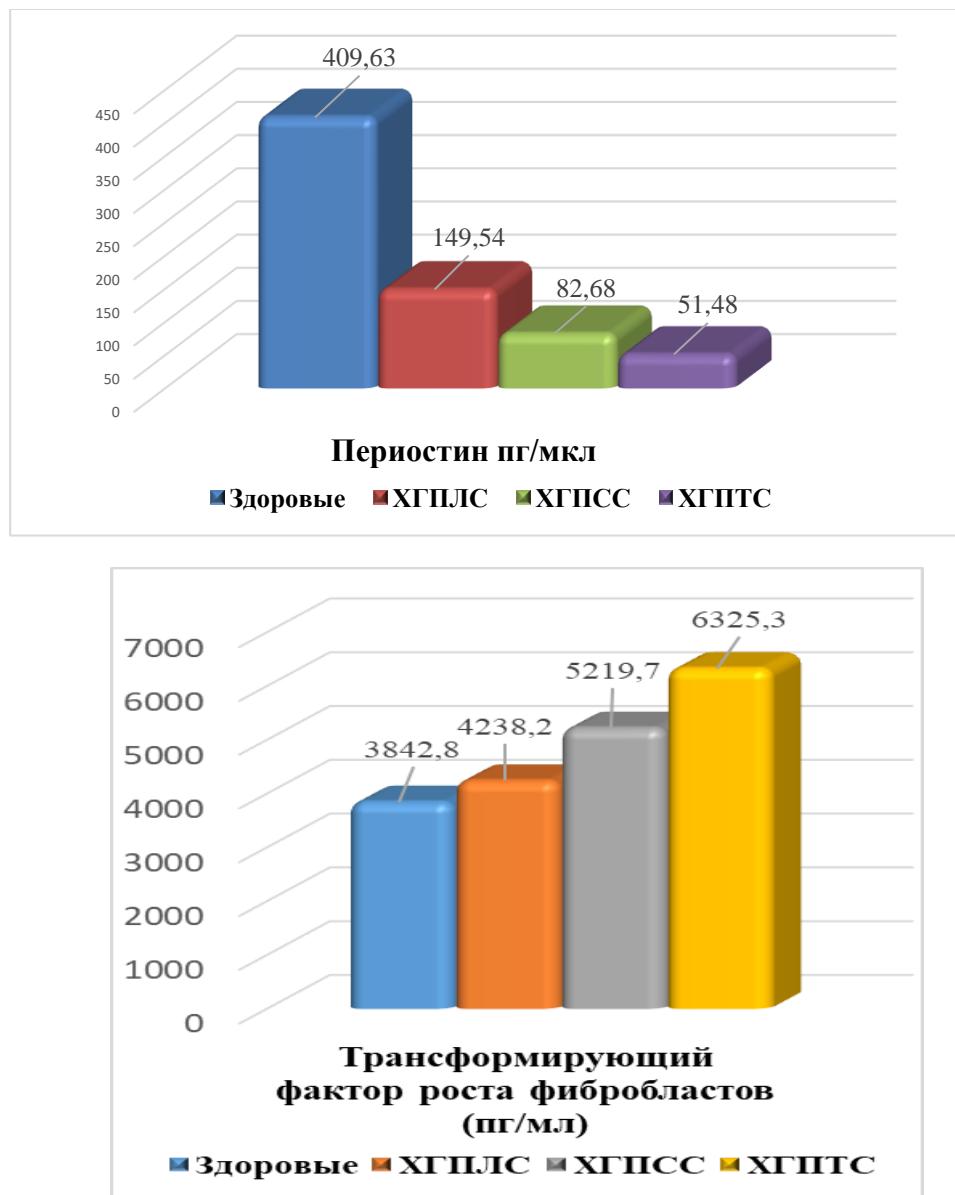


Рис. 3 Показатели уровня периостина и TGF- β в норме и ХГП различной степени тяжести до лечения

У пациентов с здоровым пародонтом уровень периостина составил $409,63 \pm 27,89$ пг/мкл, при ХГП средней степени – $82,68 \pm 7,85$ пг/мкл, что указывает на выраженное нарушение костного метаболизма (снижение на 79,82%) (Рис.3). В основной группе после лечения уровень периостина повысился на 111,99% (до 42,79% от нормы), что в 1,6 раза выше, чем в контрольной группе. Через 3 месяца он увеличился еще на 36,17% (в 1,36 раза), указывая на продолжающуюся регенерацию. В контрольной группе восстановление было менее выраженным – повышение на 46,76% (29,62% от нормы), что свидетельствует о неполной регенерации. Через 3 месяца в контрольной группе уровень периостина снизился на 2,4% (в 0,98 раза), что свидетельствует о частичной потере достигнутого эффекта (Рис.4).

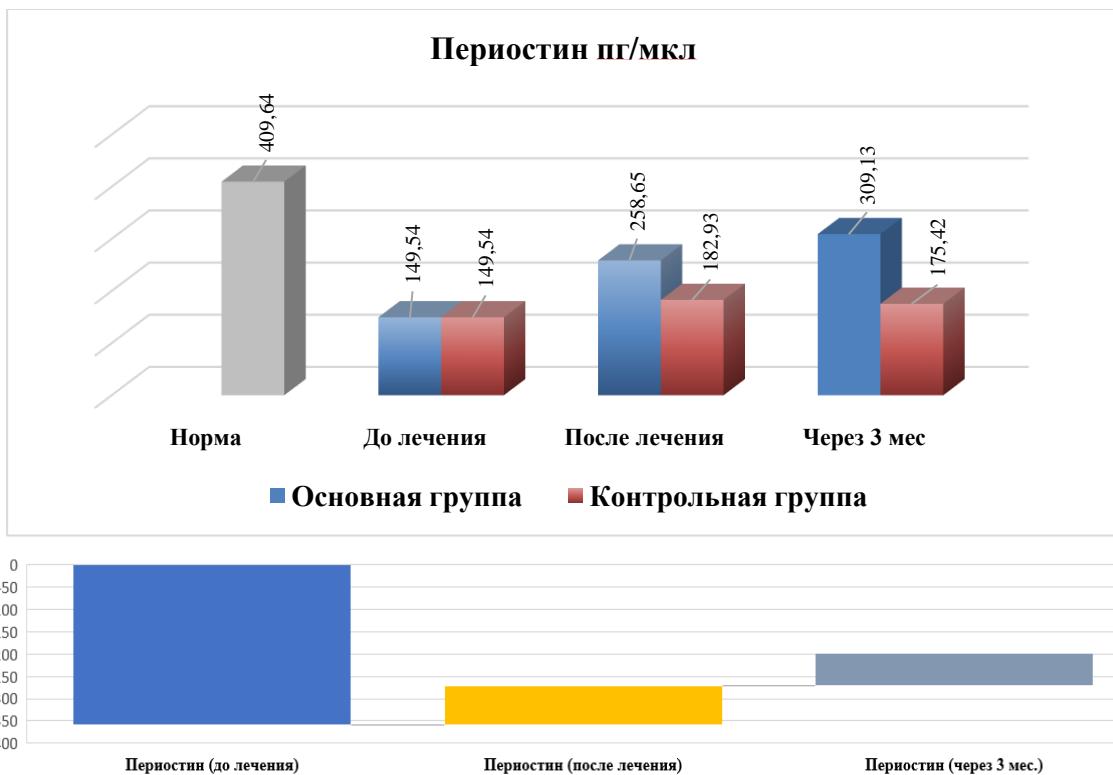


Рис.4 Изменения биохимических параметров уровня периостина в основной и контрольной группах с ХГП легкой степени.

У обследованных пациентов с практически здоровым пародонтом уровень TGF- β зафиксирован на уровне **3842,8±346,6**.

При хроническом воспалении фибробласти соединительной ткани активно выделяют TGF- β . Это связано с компенсаторными механизмами тканей пародонта, направленными на восстановление поврежденных структур. При хроническом генерализованном пародонтите с средней степени тяжести (ХГПСС) разрушение костной ткани заметно выражено, что приводит к значительному увеличению уровня TGF- β до **5219,2±348,4** в обеих подгруппах (Рис.5).

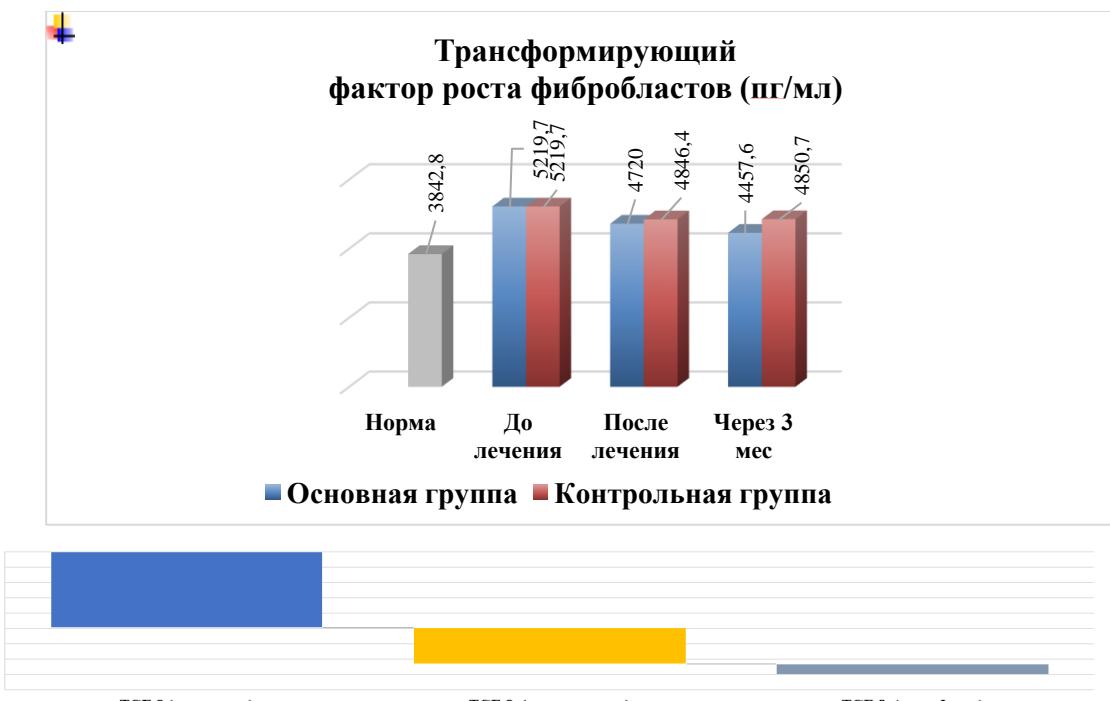


Рис. 5 Изменения биохимических параметров уровня TGF-β в основной и контрольной группах.

Динамика уровня TGF-β после лечения

После лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести:

- В основной группе уровень TGF-β снизился на 9,57%, что указывает на уменьшение воспаления и частичную нормализацию регенерации.
- В контрольной группе снижение составило 7,15%
- Сравнительный анализ уровней TGF-β после лечения
- Отношение уровня TGF-β после лечения к норме остается на 22,83% выше, что свидетельствует о продолжающихся восстановительных процессах.
- Динамика снижения уровня TGF-β более выражена в основной группе, чем в контрольной.
- Через 3 месяца уровень TGF-β в контрольной группе оказался на 8,82% выше, чем в основной, что подтверждает продолжающееся воспаление в контрольной группе.

Выводы. Богатый тромбоцитами фибрин (PRF) обеспечивает необходимые тромбоциты, цитокины и факторы роста, которые являются ключевыми для регенерации тканей пародонта, утраченных в результате пародонтита;

Снижение уровня периостина при ХГП уже на начальных стадиях заболевания в 2,7 и дальнейшее его снижение в 7,9 раз при тяжелой степени ХГП свидетельствует о

усиливающихся воспалительно-деструктивных процессах. Низкий уровень периостина способствует деструкции костной ткани и препятствует ее восстановлению. Нормализация показателей периостина после лечения свидетельствует об эффективности регенеративной терапии.

Оценка динамики уровня трансформирующего фактора роста фибробластов TGF-β свидетельствует о его значительном повышении на начальных этапах воспаления, что может свидетельствовать о активной пролиферации клеток и возможном фиброзе тканей. На начальных этапах воспаления повышающийся уровень TGF-β говорит об активации компенсаторных механизмов в тканях. Дальнейшая его избыточная активность может способствовать фиброзу и патологическим изменениям в тканях.

Баланс между уровнями периостина и TGF-β может быть важным фактором для поддержания здоровья пародонта и предотвращения прогрессирования воспаления. Эти маркеры можно использовать для ранней диагностики ХГП и мониторинга эффективности лечения, что подтверждает успешность регенеративной терапии и восстановление костной ткани.

Использование в комплексном лечении фибриновых мембран аутоплазмы обладает выраженным регенерирующим эффектом, что отражено во всех показателях пародонтального статуса и биохимических анализах.

Список использованной литературы

1. Григорович Э. Ш. Хронический генерализованный пародонтит: клинико-морфологические и молекулярно-генетические основы гетерогенности заболевания, обоснование прогноза и персонификация терапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Григорович Эльмира Шадидовна. – Москва, 2016. – 48 с
2. Емелин А.Л., Ахтямов И.Ф. Клиническая эффективность тромбоцитарной аутоплазмы при лечении остеоартрозов // Вестник современной клинической медицины. - 2013. – Том №6, приложение 1.- С. 26-29.
3. Каракунова А. И. Воспалительные заболевания пародонта как актуальная проблема современной стоматологии / А. И. Каракунова // Наука, образование, общество: тенденции и перспективы развития: сборник материалов VII Междунар. научно.-практич. конф. (Чебоксары, 24 сент. 2017). – Чебоксары, 2017. – С. 40–43
4. Кесян Г.А., Берченко Г.Н., Уразгильдеев Р.З., Шулашов Б.Н., Микелаишвили Д.С. Сочетанное применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы и биокомпозитного материала Коллапан в комплексном лечении больных с длительно несрастающимися переломами и ложными суставами длинных костей конечностей // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Пирогова. — 2011. — № 2. — С. 26—32. 4
5. Пародонтология. Национальное руководство / Под ред. О.О. Янушевича, Л.А. Дмитриевой. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2019. – 752 с. Хронический генерализованный катаральный гингивит и хронический генерализованный пародонтит: общие истоки, последовательный переход? (дискуссия) / Л.М. Цепов, А.И. Николаев, М.М. Нестерова [и

др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2018 – Т. 17. - №3. – С. 198 – 205.

6. Ризаев Ж.А. Распространенность болезней пародонта среди городского населения Узбекистана 2008 Мед. журн. Узбекистана №3 С. 6-8

7. Хайбуллина Р.Р., Данилко К.В., Шангина О.Р., Валеева Г.А., Лопатина Н.В., Галиахметова И.А., Герасимова Л.П., Кабирова М.Ф. Способ лечения пародонтита с использованием смеси мягких и твердых частиц элитных семян крамбе сорта санмо и фитоконцентрата санмо: патент Российской Федерации № 2785008 от 01.12.2022.

8. Глинкин, В.В. Хемомеханическая методика обработки корневых каналов зубов с деструктивными формами периодонтитов в стадии обострения / Вестник Башкирского государственного медицинского университета № 3, 2020. С. 93-97.

9. Aral K.A., Keseoglu S., Saglam M., Pekbagriyanik T., Savran L. Gingival groove fluid and periostin levels in saliva in non-smoking patients with chronic and aggressive periodontitis: periostin levels in chronic and aggressive periodontitis. Inflammation. 2016; 39: 986-93.

10. Fujiwara N. Macrophages in inflammation / N. Fujiwara, K. Kobayashi //Current Drug Targets-Inflammation & Allergy. – 2005. – Vol. 4, № 3. – P. 281-286.

11. Garlet G. P. Destructive and protective roles of cytokines in periodontitis: a re-appraisal from host defense and tissue destruction viewpoints / G. P. Garlet // Journal of dental research. – 2010. – Vol. 89, № 12. – P. 1349-1363

12. Interaction Between Fibronectin Fragments and Immunoglobulin G in Gingival Crevicular Fluid of Patients with Periodontal Disease/Kompleksi fibronektinskih fragmenata i imunoglobulina G u gingivalnoj tečnosti osoba obolelih od parodontopatije / G. Brajović [et al.] // Serbian Dental Journal. – 2015. – Vol. 62, № 2. – P. 55-64

13. Romanos G.E., Asnani K.P., Khingorani D., Deshmukh V.L. PERIOSTIN: The role in the formation and maintenance of dental tissues. J Cellular Physiology 2014; 229 :1-5.

14. Yamada S., Tauchi T., Awata T., Maeda K., Kajikawa T., Yanagita M. et al. Characterization of a new periostin isoform specific to the periodontal ligament. J. Dent Res. 2014; 93 :891-7.

Сведения об авторах статьи:

Адилов Козим Закирович - ассистент кафедры Факультетская Терапевтическая Стоматология, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, г. Ташкент, e-mail: adilov70@gmail.com

Адилова Шоира Талатовна - к.м.н., доцент кафедры Факультетская Терапевтическая Стоматология, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, г. Ташкент, e-mail: adilova.shoira65@gmail.com.

Ризаев Жасур Алимджанович - д.м.н., профессор, ректор Самаркандинского Государственного Медицинского Университета, г. Самарканд, e-mail: dr.jasur_88@gmail.com.

УДК 616.314.18-002

Ганиева Р.А., Акчулпанова Л.И., Шайбакова Р.Ф., Акатова Ф.А.
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РАЗРУШЕННОГО
ДЕПУЛЬПИРОВАННОГО ЗУБА 4.6**

Государственное автономное учреждение здравоохранения Детская
стоматологическая поликлиника №3 г. Уфа

В данной работе представлен клинический случай лечения ранее депульпированного зуба 4.6, при котором использовались современные пломбировочные материалы. Лечение проведено в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

Ключевые слова: депульпированный зуб, санация полости рта, скол пломбы

Ganieva R.A., Akchulpanova L.I., Shaybakova R.F., Akatova F.A.
CLINICAL CASE OF TREATMENT OF DESTROYED DEPULPED TOOTH 4.6
State Autonomous Healthcare Institution Children Dental Clinic № 3, Ufa

This paper presents a clinical case of treatment of previously depulped tooth 4.6, in which modern filling materials were used. The treatment was carried out in accordance with modern clinical recommendations.

Keywords: depulped tooth, oral sanitation, filling chip.

Актуальность. Одним из ключевых аспектов успешного эндодонтического лечения является восстановление функции, а также эстетики пораженного зуба [1,2,5]. Основное отличие здоровых зубов от заключается в сохранении прочности за счет наличия в дентине внутренней влаги. Эмаль, лишенная дентина, утрачивает прочность и часто, при функциональной нагрузке, может откалываться. Что объясняет причину, необходимости восстановления зубов после эндодонтического лечения с учетом структурно-функциональных особенностей твердых тканей депульпированного зуба, а также групповой принадлежности зуба и выполняемой им функции [3,4].

Цель работы: восстановить функциональность и эстетичность зуба, без применения ортопедической конструкции.

Материалы и методы. Рассмотрим следующий клинический случай.

Пациент А. 2010 года рождения обратился в ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3 г.Уфа с жалобами на скол коронковой части зуба, невозможность нормального приема пищи. Скол зуба появился при приеме не твердой пищи.

Со слов родителей: аллергические реакции отрицательные, сопутствующие заболевания не отмечают, течение беременности без патологий, ребенок рожден в срок, вид кормления – естественное, начало прорезывания первых временных зубов – 5 месяцев, начало смены зубов – 6 лет.

Данные объективного обследования:

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, физиологической окраски, профиль выпуклый, ширина лица средняя, губы сомкнуты, подбородок не смещен. Движения височно-нижнечелюстного сустава в полном объеме, свободные, регионарные лимфатические узлы при пальпации безболезненные, не спаяны с окружающими тканями.

Слизистая оболочка полости рта чистая, влажная, без патологических элементов (налёта или сыпи). Уздечка верхней и нижней губ в норме, уздечка языка нормальной величины, преддверие рта в норме.

Индекс КПУ= 6

Обилие мягкого зубного налета. ИГ=2,5.

План лечения:

1. Профессиональная гигиена полости рта, обучение рациональной гигиене полости рта, подбор средств индивидуальной гигиены полости рта
2. Проведение реставрации коронковой части зуба пломбировочным материалом.
3. Санация полости рта
4. Консультация врача – ортодонта
5. Профилактический осмотр врача-стоматолога 1 раз в 6 месяцев, рентгенологический контроль.

Окончательная работа.

На приеме была проведена профессиональная гигиена полости рта

Восстановление коронковой части зуба 4.6 с помощью пломбировочного материала Spectra A2, Estelite Flow Quick

Шлифование, полирование зуба с помощью полировочных головок, щетки [4].

Результаты. Благодаря современным методам лечения и современным материалам решен вопрос нормализации приема пищи, скол устранен. Зуб восстановлен функционально и эстетически. Нормализация функция жевания.

Выводы. Метод показал свою эффективность и используется в ГАУЗ РБ ДСП №3 г. Уфа врачами-стоматологами.

Список использованной литературы

1. Арсланова М.А., Герасимова Л.П. Денситометрическое исследование эмали и дентина интактных зубов с помощью метода конусно – лучевой компьютерной томографии (КЛКТ). Вестник Башкирского государственного медицинского университета Специальный выпуск № 6, 2023. С. 254-260.
2. Боер В.-М. Композитные реставрации: современный уровень техники // Новое в стоматологии. – 1999. – № 8 (78).
3. Болотникова Э. Т., Макеева И. М., Хаустова Е. А. Показания к применению реставрации светоотверждаемыми композитными материалами // Актуальные вопросы

охраны здоровья населения крупного города: материалы межинститутской конференции, посвященной 850-летию г. Москвы. – М, 1997.

4. Власова Н. Н. Сравнительная оценка методов коррекции дисколоритов девитальных зубов: Дисс.канд. мед. наук. – Москва, 2001.

5. Радлинский С. В. Финишная отделка реставраций // ДентАрт. – 1998. – № 4.

Сведения об авторах статьи:

Акчулпанова Л.И. - врач-стоматолог ГАУЗ РБ Детская поликлиника №3 г. Уфа, e-mail: UFA.DSP3@doctorrbb.ru

Ганиева Р.А. - главный врач ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3 г. Уфа, ассистент кафедры детской стоматологии ортодонтии ФГБОУ ВО БГМУ. e-mail: UFA.DSP3@doctorrbb.ru

Шайбакова Р.Ф. - врач-стоматолог ГАУЗ РБ Детская поликлиника №3 г. Уфа, e-mail: UFA.DSP3@doctorrbb.ru

Акатова Ф.А. - врач-стоматолог ГАУЗ РБ Детская поликлиника №3 г. Уфа, e-mail: UFA.DSP3@doctorrbb.ru

Ганиева Р.А., Ахметова И.Р., Салимшина Э.Г., Белякова А.Р.
ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ АППАРАТОМ ТВИН-БЛОК.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ГАУЗ РБ ДЕТСКАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №3 Г.УФА
ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3, г.Уфа

Лечение дистального прикуса, при котором имеется большая сагиттальная щель, хорошо поддается лечению двучелюстным аппаратом твин-блок. Приведены клинические наблюдения.

Ключевые слова: аппарат твин-блок, съемный аппарат, двучелюстной аппарат, расширение верхней челюсти, сужение верхней челюсти, сужение нижней челюсти.

Ganieva R.A., Akhmetova I.R., Salimshina E.G., Belyakova A.R.

TREATMENT OF DISTAL OCCLUSION WITH A TWIN-BLOCK DEVICE. A CLINICAL CASE IN THE PRACTICE OF THE STATE MEDICAL INSTITUTION OF THE REPUBLIC OF BELARUS CHILDREN'S DENTAL CLINIC № 3 IN UFA
GAUZ RB Children's Dental clinic №3, Ufa

The treatment of distal occlusion, in which there is a large sagittal fissure, responds well to treatment with the twin-block double-jaw device. Clinical observations are given.

Keywords: The device is a twin-block, removable device, double-jaw device, extension of the upper jaw, narrowing of the upper jaw, narrowing of the lower jaw.

Актуальность. Зубочелюстные аномалии являются одними из самых распространенных патологий среди населения. По данным различных источников в России она составляет 41,1 — 95,3%. В ходе исследования, было выявлено, что в г. Геленджик распространенность заболевания у детей достигает 75%, а в г. Краснодаре 30%. В Санкт-Петербурге Т.Д. Кудрявцева обследовала дошкольников 3-7 лет и обнаружила, что у 45% исследуемых имеется сформированная зубочелюстная аномалия. В г. Воронеж 81,8%, г. Омск 41,7% у школьников 12-15 лет, Хабаровский край и Республика Бурятия 80,86% на 100 обследованных, г. Тверь 74,9% среди детей 3-15 лет, г. Белгород и Белгородская область 77,9% из 865 обследуемых 3-15 летнего возраста. На сегодняшний день ведётся активная пропаганда здорового образа жизни, но всё же мало кому удается жить в этом ритме. В результате анализа данных, опубликованных Министерством Здравоохранения РФ, выявлена доля студентов, поддерживающих активный и здоровый образ жизни, не имеющих вредных привычек, которая составила 52 % от общего числа обследованной молодежи. А именно благодаря регулярной аэробной и физической нагрузке формируется мышечный скелет, который уменьшает риск развития зубочелюстных аномалий, что очень важно, ведь они оказывают существенное влияние на общее здоровье и качество жизни [1]. Сейчас не все родители осознают эту взаимосвязь, и врачи наблюдают большое количество детей со смешанным или ротовым типом дыхания и уменьшением жевательной нагрузки, что и влечет

за собой недоразвитие челюстей [2]. Поэтому врачу-ортодонту необходимо владеть различными методами лечения этой патологии. Сужение верхней челюсти относится к трансверзальным аномалиям окклюзии, не подвергающимся саморегуляции в процессе роста и развития ребенка [3,4]. Выявление во взрослом возрасте осложнений височнонижнечелюстного сустава может быть обусловлено наличием блокирующей окклюзии, смещения нижней челюсти в противоположную сторону, заболеваний пародонта из-за перегрузки контактирующих зубов(суперконтакты), что связано с отсутствием лечения различных форм сужения верхней челюсти в детском возрасте.

Целью исследования: наглядная оценка эффективности работы аппарата.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения двух пациентов 8 и 12-ти лет, которые обратились в Детскую стоматологическую поликлинику №3 г. Уфы. Ребенок 8 лет с жалобой на эстетику улыбки, затрудненное откусывание пищи, выступание передних зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Профиль лица выпуклый. Западение средней трети лица и нижней губы, выстояние верхней губы. Слабость круговой мышцы рта. Увеличена средняя треть лица. Движение височно-нижнечелюстного сустава свободное. В полости рта: Сужение верхней и нижней челюсти. Соотношение 1.6/4.6, 2.6/3.6 по II классу Энгля, сагиттальная щель 9мм, протрузия резцов на верхней челюсти, резцовое перекрытие более 1/3 высоты коронки зубов.

Диагноз: K07.2 Аномалия соотношений зубных дуг. Проведено снятие слепков с верхней и нижней челюсти, определение конструктивного прикуса и изготовление аппарата твин-блок. Активация винта была 1 раз в 5 дней.

Пациенту 12-ти лет 1 год назад было проведено лечение с помощью съёмного верхнечелюстного аппарата с наклонной плоскостью и винтом. Ретенционный период не был соблюден должным образом. Произошел рецидив аномалии. Жалобы: эстетическая неудовлетворённость. Объективно: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Профиль лица выпуклый. Выступание верхней губы. Средняя треть лица увеличена. Движение височно-нижнечелюстного сустава свободное. В полости рта: сужение верхнего зубного ряда. Дистальная окклюзия. Сагиттальная щель ~ 8 мм. Тортономалия зубов 1.2,1.1,2.1,2.2,3.1,3.2,4.1,4.2. Диагноз: K07.2 Аномалия соотношений зубных дуг. Желанием пациента было быстрое и устойчивое достижение результата. Ему был установлен аппарат твин-блок. Активация винта была проведена 1 раз в неделю.

Результаты. У пациента 8 лет через 6 месяцев профиль улучшился, наклон верхних резцов нормализовался. В полости рта: наклон резцов на верхней челюсти нормализовался, резцовое перекрытие на 1/3, нормализована окклюзия в боковых отделах. У пациента 12-ти лет через 8 месяцев профиль улучшился. В полости рта: резцовое перекрытие на 1/3, нормализована окклюзия в боковых отделах. Через 10 месяцев сохранилась незначительная скученность фронтальных зубов. У обоих пациентов в дальнейшем планируется продолжение лечения с помощью брекет-системы. Также миогимнастические упражнения для нормализации тонуса круговой мышцы рта.

Выводы. Таким образом, аппарат показал отличный результат у обоих пациентов, позволив первому пациенту плавно, не причиняя серьезного дискомфорта, откорректировать проблему. Проведение исследования позволит большему количеству врачей-ортодонтов использовать аппарат твин-блок в своей ежедневной практике более уверенно. Для широкого внедрения данного метода в стоматологических клиниках, как городских, так и сельских условиях, зубные техники должны иметь соответствующую подготовку, а зуботехнические лаборатории надлежащее оснащение. Повысить тем самым результативность, вариабельность лечения и обеспечить психологический комфорт для подростков, что способствует улучшению общественного здоровья, социальной адаптации. В данных реалиях, когда внешнему виду, эстетики улыбки, дикции уделяется пристальное внимание - роль врача-ортодонта выходит на новый чрезвычайно высокий уровень, где нельзя игнорировать и упускать многообразные, функциональные варианты лечения пациентов.

Список использованной литературы

1. Маннанова Ф.Ф., Галиуллина М.В. «Быстрое расширение верхней челюсти при ее сужении в подготовке больных с дефектами зубных рядов к рациональному протезированию». Медицинский вестник Башкортостана. Стр.86-87 URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/bystroe-rasshirenie-verhney-chelyusti-pri-ee-suzhenii-v-podgotovke-bolnyh-s-defektami-zubnyh-ryadov-k-ratsionalnomu-protezirovaniyu>
2. Новоселова А. А., Калабин Ю. В. «Влияние постоянной физической нагрузки на состояние полости рта». E-Scio. 2023г. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-postoyannoy-fizicheskoy-nagruzki-na-sostoyanie-polosti-pta>
3. Хамидова Т.М., Абдуллоев И.Б., Шарипов М., Кодирова Д. Р., Турсунова Х.Р. «Факторы, влияющие на формирование зубочелюстных аномалий у детей и подростков». Endless light in science 2024г. стр 45. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/faktory-vliyayuschie-na-formirovanie-zubochelyustnyh-anomaliy-u-detey-i-podrostkov>
4. Царькова, О.А. Изменение профиля лица у детей с нарушенным носовым дыханием в процессе ортодонтического лечения: 14.00.21 : дис. ... канд. мед. наук / Царькова Оксана Александровна. - Пермь, 2008. - 123 с.

Сведения об авторах статьи:

Ахметова Ирина Робертовна - врач-ортодонт ГАУЗ РБ Детской стоматологической поликлиники №3 г. Уфа, ул. 50 лет Октября 16/1. E-mail: ufa.dsp3@doctorrbb.ru

Ганиева Римма Асхатовна - главный врач ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3 г. Уфа, ассистент кафедры детской стоматологии ортодонтии ФГБОУ ВО БГМУ.e-mail: UFA.DSP3@doctorrbb.ru

Салимшина Эльза Галеевна - врач-ортодонт высшей категории ГАУЗ РБ Детской стоматологической поликлиники №3 г. Уфа, ул. 50 лет Октября 16/1. E-mail: ufa.dsp3@doctorrbb.ru

Белякова Альбина Рустамовна - врач-ортодонт ГАУЗ РБ Детской стоматологической поликлиники №3 г. Уфа, ул. 50 лет Октября 16/1. E-mail: ufa.dsp3@doctorrbb.ru

УДК 616.314-089.23

Ганиева Р.А., Мусаллямова А.А., Садыкова Г.М., Касаткина А.С.
**ЛЕЧЕНИЕ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПОДРОСТКА С ПОМОЩЬЮ
БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**
ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3 г. Уфа

В статье представлен клинический случай лечения подростка на брекет-системе при мезиальной окклюзии.

Ключевые слова: мезиальная окклюзия, брекет-система.

Ganieva R.A, Musallyamova A.A., Sadykova G.M., Kasatkina A.S.
**TREATMENT OF MESIAL OCCLUSION IN A TEENAGER USING A BRACKET
SYSTEM. CLINICAL CASE**
State Autonomous Healthcare Institution Children Dental Clinic № 3, Ufa

The article presents a clinical case of treating a teenager with a bracket system for mesial occlusion.

Keywords: mesial occlusion, bracket system.

Актуальность. По данным ВОЗ распространённость зубочелюстных аномалий в структуре стоматологической заболеваемости у детей и подростков находится на третьем месте после кариеса и патологии пародонта, имея тенденцию к дальнейшему устойчивому росту.

Мезиальный прикус согласно W.R. Proffit распространен на 4% [3]; по статистике Ф.Я. Хорошилкиной – 5-6%, и выявлена зависимость от изучаемой популяции [2].

У детей и подростков процесс лечения проходит проще из-за особенностей строения костной ткани [5], возможности корректной перестройки мышечной системы. Не леченные в детском возрасте формы мезиальной окклюзии у взрослых отрицательно влияют на эстетику лица. Обратное резцовое перекрытие, которое диагностируется, если нижние фронтальные зубы перекрывают верхние, приводит к травматизации слизистой оболочки полости рта (СОПР), и другим хроническим воспалительным процессам во всей челюстно – лицевой области [4]., в том числе заболевания зубов, десен и нарушение функционального состояния височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [1].

Цель работы: нормализация окклюзии, нормализация положения зубов.

Материалы и методы. Рассмотрим следующий клинический случай.

Пациент К., 2009 года рождения обратился в ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3 г. Уфа с жалобами на эстетические и функциональные нарушения со стороны зубочелюстной системы.

Согласно анамнезу: сопутствующих заболеваний не отмечают, аллергические реакции отрицательные, беременность протекала без патологий, ребенок был рожден в нормальный

срок, вид кормления – естественное, начало прорезывания первых временных зубов – 6 месяцев, начало смены зубов – 6 лет.

Результаты объективного обследования:

Конфигурация лица не изменена, все показатели сохранены в нормальном состоянии. Высота нижней трети лица не изменена, профиль прямой, ширина лица средняя, губы сомкнуты, подбородок не смещен. Функциональная целостность височно-нижнечелюстного сустава в норме, регионарные лимфатические узлы при пальпации безболезненные.

Было выявлено, что целостность и состояние тканей СОПР сохранены и соответствуют здоровым показателям: уздечка верхней и нижней губ в норме, уздечка языка нормальной величины, преддверие рта в норме, речь четкая, дыхание смешанное, глотание соматическое, слабость круговой мышцы рта отсутствует, вредные привычки – отрицают.

Соотношение первых моляров 1.6/4.6 и 2.6/3.6 по III классу Энгля, обратное резцовое перекрытие. Выявлено уменьшение расстояния между челюстными дугами, и скученное положение зубов в переднем отделе верхней и нижней челюсти. Ретрузия резцов верхней челюсти, протрузия резцов нижней челюсти. (Диагноз по МКБ 10: К07.2 Аномалии соотношения зубных дуг).

Обилие мягкого зубного налета. ИГ=2.4

Комплексный план лечения пациента состоял из следующих мероприятий:

- 1) Лечебно-профилактические мероприятия по оздоровлению полости рта: выявление и устранение нарушений;
- 2) Профессиональная гигиена полости рта, обучение гигиене полости рта, подбор средств индивидуальной гигиены полости рта;
- 3) Реминерализующая терапия;
- 4) Были проведены диагностические снимки: КТ-снимок, ТРГ в боковой проекции; произведен расчет контрольно-диагностических моделей;
- 5) С помощью брекет- системы нормализовали окклюзию, положения зубов;
- 6) Ретенционный период; наблюдение за прорезыванием 1.8, 2.8, 3.8, 4.8 зуба.

В ходе ортодонтического лечения, пациент приходил на активацию брекет-системы 1 раз/1-1,5 месяц. На заключительном этапе лечения были зафиксированы несъёмные ретенционные аппараты на верхней челюсти от 1.3 по 2.3 зубы, нижней- от 3.3 по 4.3 зубы. Даны рекомендации. Общий срок лечения составил 12 месяцев.

Результаты. Срок ретенционного периода зависит от миодинамического равновесия между мышцами-антагонистами и синергистами [5]. Ключевым фактором является функциональное состояние жевательных и мимических мышц, обеспечивающих акты

жевания, глотания, а также процессы дыхания и речи. И немаловажным является их состояние во время относительного физиологического покоя.

Таким образом, были решены вопросы эстетики, нормализации положении зубов, окклюзии, проблем психологического характера для пациента.

Выводы. Метод показал свою эффективность и используется в ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3 г.Уфа. Рекомендуется для использования в работе на ортодонтическом приеме медицинских организаций.

Список использованной литературы

1. Аверьянов С.В., Я.В. Костина Стандартные аппараты для миофункциональной ортодонтии. Учебное пособие – Уфа 2014.- 5 с.
2. Валеева А. С., Мингазова Н. Р., Давлетшина Г.Р. Социальный стресс как фактор нарушения психического здоровья. Вестник Башкирского государственного медицинского университета Специальный выпуск № 2, 2024. С. 12-15.
3. Гиоева Ю.А., Персин Л.С. Мезиальная окклюзия зубных рядов (клиническая картина, диагностика, лечение): Учебное пособие. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – С. 192.
4. Проффит У .Р . Современная ортодонтия / Уильям Р. Проффит; Перевод с англ.; Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Л.С.Персина. – 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. – 560 с.: ил.
5. Персин Л. С. Ортодонтия: диагностика и лечение зубочелюст-ных аномалий. – М.: “ГЭОТАР-Медиа”, 2022. – 30-36 с.
6. Хамидова Т.М.,Абдуллоев И.Б.,Шарипов М.,Кодирова Д. Р.,Турсунова Х.Р.«Факторы, влияющие на формирование зубочелюстных аномалий у детей и подростков». Endless light in science 2024г.стр.45. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/faktory-vliyayuschie-na-formirovanie-zubochelyustnyh-anomaliy-u-detey-i-podrostkov>

Сведения об авторах статьи:

Мусаллямова Айгуль Амировна - врач-ортодонт ГАУЗ РБ Детская поликлиника №3 г.Уфа, e-mail: UFA.DSP3@doctorr.b.ru

Ганиева Римма Асхатовна - главный врач ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3 г. Уфа, ассистент кафедры детской стоматологии ортодонтии ФГБОУ ВО БГМУ.e-mail: UFA.DSP3@doctorr.b.ru

Садыкова Гульнаز Маратовна – врач-ортодонт ГАУЗ РБ Детская поликлиника №3 г.Уфа, e-mail: UFA.DSP3@doctorr.b.ru

Касаткина Алина Сергеевна - врач-ортодонт ГАУЗ РБ Детская поликлиника №3 г.Уфа, e-mail: UFA.DSP3@doctorr.b.ru

УДК 616.314-089.23

Ганиева Р.А., Садыкова Г.М., Мусаллямова А.А., Маганова З.Ш.
**ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЪЕМНЫМИ АППАРАТАМИ НА ДЕТСКОМ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**
ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3, г. Уфа

В статье представлен клинический случай протезирования съемными аппаратами на детском стоматологическом приеме.

Ключевые слова: адентия, эктодермальная дисплазия, зубной протез.

Ganieva R.A, Sadykova G.M., Musallyamova A.A., Maganova Z.Sh.
**PROSTHETICS WITH REMOVABLE APPLIANCES AT A PEDIATRIC DENTAL
APPOINTMENT. CLINICAL CASE**
State Autonomous Healthcare Institution Children Dental Clinic № 3, Ufa

The article presents a clinical case of prosthetics with removable appliances at a pediatric dental appointment

Keywords: adentia, ectodermal dysplasia, dental prosthesis.

Актуальность. Эктодермальные дисплазии – это группа редких, передающихся по наследству врожденных пороков развития, различно выраженных фенотипически и характеризующихся остановкой развития, недоразвитием или отклонением от нормального формирования анатомических образований, органов и тканей эктодермального происхождения. Структуры, формирующиеся из эктодермального зародышевого листка, включают зубы, эпидермис и его дериваты, нервную систему и органы чувств. По разным оценкам в литературе, частота случаев рождения детей с этой патологией варьируется от 1:10000 до 1:100000, по данным одних авторов [4, 8], в пределах 1–7 случаев на 100000 здоровых новорожденных, по сообщениям других [7]. Заболевание встречается на всех континентах и у всех рас населения земного шара [9, 10], носит спорадический характер у клинически здоровых родителей [2, 3] или проявляется в семейных формах, в том числе в близкородственных браках [1,11]. N. FreireMaia и M. Pinheiro (1988) описали порядка 120 вариантов эктодермальных дисплазий с различными комбинациями патологии органов дериватов эктодермального зародышевого листка [5]. К настоящему времени 21 Сибирский медицинский журнал, 2011, Том 26, № 2, Выпуск 1 M. Priolo и C. Lagana (2001) классифицировали 170 клиникогенетических форм данного заболевания [6].

Цель работы: Восстановление целостности зубных рядов.

Материалы и методы. Рассмотрим следующий клинический случай.

Пациентка Л. 2012 года рождения обратилась в ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3 г. Уфа с жалобами на отсутствие зубов, эстетическую

неудовлетворенность, невозможность нормального приема пищи, проблемы с речью, дискомфорт при коммуникации с другими детьми.

Со слов родителей: аллергические реакции - пищевая, бытовая, сопутствующие заболевания: эктодермальная дисплазия, заболевания Лор-органов, эндокринные заболевания, врожденный порок сердца, атопический дерматит, нарушений здоровья матери во время беременности - нет, ребенок рожден в срок, вид кормления – искусственное, начало прорезывания первых временных зубов – 1,5 года, начало смены зубов – 8 лет.

Данные объективного обследования:

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые физиологической окраски, высота нижней трети лица уменьшена, профиль вогнутый, ширина лица средняя, губы сомкнуты - да, подбородок не смещен. Движения височно-нижнечелюстного сустава в полном объеме, свободные, регионарные лимфатические узлы при пальпации безболезненные, не спаяны с окружающими тканями.

Слизистая оболочка полости рта чистая, влажная, уздечка верхней губы низкого прикрепления, уздечка нижней губы в норме, уздечка языка нормальной величины, преддверие рта-мелкое, речь не четкая, дыхание смешанное, глотание соматическое, слабость круговой мышцы рта отсутствует, наличие вредных привычек отрицает.

Соотношение первых моляров 1.6/4.6, 2.6/3.6 по I классу Энгеля. Сужение верхней и нижней челюсти. Первичная адентия 1.2, 2.2, 1.3, 2.3, 1.4, 2.4, 1.5, 2.5, 1.7, 2.7, 3.1, 4.1, 4.2, 3.2, 3.3, 4.3, 3.4, 4.4, 3.5, 4.5, 3.7, 4.7 зуба.

(Диагноз по МКБ 10: К00.0 Адентия).

Комплексный план лечения пациента состоял из следующих мероприятий. Реабилитация детей при всех формах эктодермальной дисплазии должна быть комплексной и координированно преемственной с привлечением врачей различных специальностей: педиатра, ортодонта, стоматолога-терапевта, стоматолога-ортопеда, логопеда, психолога, невропатолога, медицинского генетика, ЛОР врача, дерматолога, при необходимости анестезиолога и челюстно-лицевого хирурга и др.

С позиции ортодонтии наибольший интерес представляет врожденное отсутствие зубов, являющееся следствием ошибок реализации наследственной программы морфогенеза зубных тканей. Стоматологом терапевтом проведена реставрация 1.1, 2.1 зуба. Реминерализующая терапия и фторирование имеющихся зубов для профилактики кариеса, обучение гигиене полости рта, подбор средств индивидуальной гигиены полости рта. Восстановление целостности зубных рядов.

Ортодонтический прием: Снятие слепка на верхней и нижней челюсти. Изготовление контрольно-диагностических моделей. Припасовка съемного ортодонтического аппарата на верхней и нижней челюсти, коррекция аппарата. Обучение гигиене полости рта при использовании аппарата. Даны рекомендации по режиму ношения. Плановый прием ортодонта 1 раз в 3 месяца. Изготовлены частичные съемные протезы на верхней и нижней челюсти. На плановых осмотрах проводилась коррекция, активация элементов аппарата, наблюдение за гигиеной полости рта.

Результаты. Решены вопросы эстетики, проблемы психологического характера, нормализация процесса приема пищи, нормализации речи,

Выводы. Метод показал свою эффективность и используется в ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3 г. Уфа. Рекомендуется для использования в работе на ортодонтическом приеме медицинских организаций.

Список использованной литературы

1. Валеева А. С., Мингазова Н. Р., Давлетшина Г.Р. Социальный стресс как фактор нарушения психического здоровья. Вестник Башкирского государственного медицинского университета Специальный выпуск № 2, 2024. С. 12-15.
2. Alcan T., Basa S., Kargul Alcan T.B. Growth analysis of a patient with ectodermal dysplasia treated with endosseous implants: 6year followup // J. Oral Rehabil. – 2006. – Vol. 33, No. 3. P. 175–182.
3. Beikler T., Flemmig T.F. Implants in the medically compromised patient // Crit. Rev. Oral. Biol. Med. – 2003. – Vol. 14, No. 4. P. 305–316.
4. Giansanti J.S., Long S.M., Rankin J.L. The “tooth and nail” type of autosomal dominant ectodermal dysplasia // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. – 1974. – Vol. 37, No 4. – P. 576–582.
5. Guler N., Cildir S., Iseri U. et al. Hypohidrotic ectodermal dysplasia with bilateral impacted teeth at the coronoid process: A case rehabilitated with mini dental implants // Oral Surg. Oral Med. Oral. Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2005. – Vol. 99, No. 5.– P. 34–38. 42. Hill V.A., Nischal K.K., Collin J.R. et al. An unusual ectodermal
6. Rad A. S., Siadat H., Monzavi A. et al. Full mouth rehabilitation of a hypohidrotic ectodermal dysplasia patient with dental implants: a clinical report // J. Prosthodont. – 2007. – Vol. 16, No. 3. – P. 209–213
7. Rashedi B. Prosthodontic treatment with implant fixed prosthesis for a patient with ectodermal dysplasia: a clinical report // J. Prosthodont. – 2003. – Vol. 12, No. 3. – P. 198–201.
8. Siegel M.B., Potsic W.P. Ectodermal dysplasia: the otolaryngologic manifestations and management // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 1990. – Vol. 19, No. 3. – C. 265–271.
9. Newton F.M., Piherio M. Ectodermal dysplasia: Some recollections and a classification // Recent Advances in Ectodermal Dysplasias / C.F. Salinas, J.M. Opitz, N.W. Paul (eds).– New York : Liss, 1988. – C. 3–14.
10. Pannu K., Singh B.D. Ectodermal dysplasia with total anodontia: rehabilitation of a seven year old child // J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent. – 2002. – Vol. 20, No. 3. – P. 114–117.

11. Na G.Y., Kim D.W., Lee S.J. et al. Mutation in the ED1 gene, Ala349Thr, in a Korean patient with Xlinked hypohidrotic ectodermal ectodermal dysplasia developing de novo // Pediatr. Dermatol.– 2004. – Vol. 21, No. 5. – P. 568–572.

Сведения об авторах статьи:

Садыкова Гульназ Маратовна - врач-ортодонт ГАУЗ РБ Детская поликлиника №3 г.Уфа, e-mail: UFA.DSP3@doctorr.b.ru

Ганиева Римма Асхатовна - главный врач ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника №3 г. Уфа, ассистент кафедры детской стоматологии ортодонтии ФГБОУ ВО БГМУ.e-mail: UFA.DSP3@doctorr.b.ru

Мусаллямова Айгуль Амировна - врач-ортодонт ГАУЗ РБ Детская поликлиника №3 г.Уфа, e-mail: UFA.DSP3@doctorr.b.ru

Маганова Зарема Шарифьяновна - к.м.н., врач-ортодонт ГАУЗ РБ Детская поликлиника №3 г.Уфа, e-mail: UFA.DSP3@doctorr.b.ru

УДК 616.314-74

Лебедева А.Д., Харин А.В., Круглова Н.В., Успенская О.А.

**ИЗУЧЕНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОБТУРАЦИИ
КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ**

Приволжский исследовательский медицинский университет, г.Нижний Новгород

В ходе работы проводилось сравнение методов обтурации корневых каналов на 20 удаленных зубах с использованием техник латеральной и вертикальной конденсации. Выявлены преимущества и недостатки применяемых методов. Метод вертикальной конденсации является передовым и хорошо обеспечивает гомогенную обтурацию корневых каналов зуба. Метод латеральной конденсации более прост в исполнении и имеет широкое распространение в практической стоматологии.

Ключевые слова: латеральная конденсация, обтурация системой Beffill

Lebedeva A.D., Kruglova N.V., Uspenskaya O.A.

**RESEARCH OF THE ADVANTAGES OF MODERN METHODS OF ROOT CANAL
OBTURATION**

Privolzhsky Research Medical University, Nizhniy Novgorod

The article compared the methods of obturation of root canal on 20 extracted teeth. We used lateral and vertical condensation techniques. The advantages and disadvantages of the applied methods are revealed. The vertical condensation method is advanced and provides a good homogeneous obturation of the root canals of the tooth. The lateral condensation method is simpler to perform and is widely used in practical dentistry.

Keywords: lateral condensation, obturation by Beffill system

Актуальность. Пломбирование корневых каналов - заключительный этап эндодонтического лечения, главной задачей которого является создание герметичной корневой пломбы на всем протяжении от устьев до верхушки корня зуба [2,3]. Обтурация корневых каналов необходима для предотвращения воспаления периапикальных тканей и клинического выздоровления [1].

Цель работы: изучить преимущества и недостатки методов вертикальной и латеральной конденсации при пломбировании корневых каналов зубов.

Материалы и методы. На кафедре терапевтической стоматологии, а также на базе симуляционного центра Института стоматологии Приволжского исследовательского медицинского университета студентами Студенческого научного кружка кафедры терапевтической стоматологии проведено пломбирование корневых каналов удаленных 20 зубов. Пломбирование проводилось методом латеральной конденсации гуттаперчей с силиром «Гуттасилер» и вертикальной конденсации системой Beffill, по 10 зубов каждым методом, соответственно. Механическая обработка корневых каналов зубов осуществлялась ручными и машинными инструментами Mtwo на эндомоторе. Для медикаментозной обработки корневых каналов применяли 3% - раствор натрия гипохлорита, динатриевую соль

этилендиаминтетрауксусной кислоты (ЭДТА), 2% - раствор хлоргексидина биглюконат, а также дистиллированную воду (согласно клиническим рекомендациям, утвержденным Постановлением №1 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 20 декабря 2024 года). Для контроля пломбирования проводился рентгенологический контроль.

Результаты. В ходе практической работы нами были выявлены следующие преимущества метода латеральной конденсации: простота и доступность материалов, отсутствие риска развития аллергических реакций на материалы, минимальный риск развития осложнений после процедуры, долговечность результата лечения, отсутствие усадки материала. К недостаткам метода латеральной конденсации можно отнести то, что большое количество штифтов в одном канале повышает риск разрушения пломбы, необходимо наносить нескольких слоев эндогерметика в процессе пломбирования, при фиксации штифта создается существенное давление на зуб, что способно стать причиной перелома корня. Преимущества метода системы Beewill заключаются в том, что используется однородная пломбировочная масса, полностью заполняются боковые ответвления канала, минимальный расход силера, риск перелома корня сведен к минимуму, возможна обтурация гуттаперчей до любого уровня для последующей постановки стекловолоконного штифта. К недостаткам метода системы Beewill относят сложность техники пломбирования, необходимость приобретения дорогостоящей аппаратуры [5].

Выводы. Сравнение методов показало, что каждый метод пломбирования корневых каналов имеет свои преимущества и недостатки. Метод вертикальной конденсации является передовым и хорошо обеспечивает гомогенную обтурацию корневых каналов зуба [4]. Метод латеральной конденсации более прост в исполнении и имеет широкое распространение в практической стоматологии.

Список использованной литературы

1. Глинкин, В.В. Хемомеханическая методика обработки корневых каналов зубов с деструктивными формами периодонтитов в стадии обострения / Вестник Башкирского государственного медицинского университета № 3, 2020. С. 93-97.
2. Исмаилов, Ф.Р. Оптимизация обтурации корневых каналов / Ф.Р. Исмаилов, З.С. Хабадзе, Ю.А. Генералова // Эндодонтия Today. 2022. Т.20, № 2. С.131-135.
3. Михайлова, А.Е. Экспериментальное исследование апикального микробного распространения при различных методах обтурации системы корневых каналов / А.Е. Михайлова // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Сборник статей 82-ой Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Волгоград, 26 апреля 2024 года. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2024. С.728-730.

4. Пронина, Н.С. Сравнительный анализ результатов обтурации корневых каналов различными методами / Н.С. Пронина, К.Р. Хвощевская, А.Д. Кожухова // Week of Russian science (WeRuS-2023): Сборник материалов XII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Году педагога и наставника, Саратов, 18–21 апреля 2023 года. Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, 2023. С.19.

5. Токмакова, С.И. Сравнительное исследование эффективности методики пломбирования корневых каналов зубов холодной высокотекучей гуттаперчей в эксперименте / С.И. Токмакова, Ю.В. Луницына, О.В. Бондаренко // Тихоокеанский медицинский журнал. 2020. № 2(80). С.76-78.

Сведения об авторах статьи:

Успенская Ольга Александрована - д.м.н., доцент, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г.Н.Новгород, ул. Минина, 20а

Круглова Наталья Валерьевна - к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г.Н.Новгород, ул. Минина, 20а, e-mail: kruglov_37@mail.ru

Лебедева Алена Дмитриевна - студентка 4 курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г.Н.Новгород

Харин Артем Викторович - студент 3 курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г.Н.Новгород

УДК 617

Ломака М.А., Рогинский В.В.
ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ
ГОЛОВЫ МЕТОДОМ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ
ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, г. Москва

Лимфатические мальформации головы и шеи у детей являются пороками развития лимфатической системы. Для лечения детей с макрокистозными лимфатическими мальформациями применяется хирургическое иссечение, склерозирование или комбинация данных методов. В статье приведен клинический пример лечения ребенка с макрокистозной формой лимфатической мальформации околоушно-жевательной области. В данном случае применялся метод однократного склерозирования блеомицином.

Ключевые слова: лимфатическая мальформация, склерозирование, блеомицин.

Lomaka M.A., Roginskiy V.V.
TREATMENT OF A CHILD WITH LYMPHATIC MALFORMATION OF THE HEAD BY THE METHOD OF SCLEROSING
Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow

Lymphatic malformations of the head and neck in children are anomalies of lymphatic system. Surgical excision, sclerotherapy or their combination are used for treatment of children with macrocystic lymphatic malformations. The authors present a clinical example of treatment the child with an macrocystic lymphatic malformation of parotid-chewing area. In this case once sclerotherapy of bleomycin is used.

Keywords: lymphatic malformation, sclerotherapy, bleomycin.

Актуальность. Лимфатические мальформации – это пороки развития лимфатических сосудов [1,10]. Согласно обновленной в 2018 году классификации общества по изучению сосудистых аномалий ISSVA данная патология относится к группе сосудистых аномалий и не встречается в группе сосудистых опухолей. Однако согласно международной классификации болезней 10го пересмотра (МКБ-10) сосудистые образования из лимфатических сосудов именуются лимфангиомами. Современные иммуногистохимические и генетические исследования подтвердили отсутствие опухолевых маркеров при лимфатических мальформациях [6, 11].

Лимфатические мальформации в подавляющем большинстве случаев (до 80-90%) обнаруживаются при рождении или проявляются в первые два года жизни [1]. В 50-75% случаев лимфатические мальформации локализуются в области головы и шеи [10]. Выделяют следующие формы лимфатических мальформаций: макрокистозные, микрокистозные, смешанные. В околоушно-жевательной, поднижнечелюстной областях, в области шеи преимущественно определяется макрокистозная форма. Стоит отметить, что в настоящее время макрокистозные лимфатические мальформации нередко диагностируются на пренатальных скринингах во 2 триместре гестации [4].

Для лечения детей с лимфатическими мальформациями широко применяются различные консервативные (медикаментозная терапия, лучевая терапия), малоинвазивные (склерозирование, лазерная абляция, криотерапия, холодно-плазменная абляция, электрокоагуляция, СВЧ-гипертермия, фототерапия) и хирургические методы, а также их комбинации, эффективность которых не всегда доказана и обоснована [2,3,5,6,7,8,9]. Хирургический метод остается ведущим в лечении детей с ЛМ [1,6,8]. Однако для лечения пациентов с макрокистозными формами лимфатической мальформации, в особенности – критической локализации, методом выбора является склерозирование [2,3,5,8,12].

Цель работы: достижение клинического выздоровления пациента с макрокистозной лимфатической мальформацией околоушно-жевательной области путем применения малоинвазивного хирургического вмешательства.

Материалы и методы: проведен анализ диагностики и лечения пациента, пролеченного в 2021 году в отделении челюстно-лицевой хирургии (детское) ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, в возрасте 11 лет, с диагнозом: лимфатическая мальформация левой околоушно-жевательной области, крыловидно-нижнечелюстного пространства слева. Из анамнеза известно, что впервые образование в левой околоушной области родители заметили в возрасте 3 месяцев. Ребенок наблюдался у детского хирурга по месту жительства с диагнозом «лимфангиома околоушной железы», проводилось динамическое наблюдение, выполнялось ультразвуковое исследование с периодичностью 1-2 раза в год. В возрасте 10 лет заметили резкое увеличение образования, сопровождающееся болезненностью, в связи с чем ребенок был госпитализирован в больницу по месту жительства и дообследован: проведена пункция, цитологическое исследование: осадок - неизмененные эритроциты, надосадочная жидкость – бесструктурные белковые клеточные массы, цитологическое заключение: морфологические признаки кистозного содержимого, элементы опухолевого роста не обнаружены; выполнена мультиспиральная компьютерная томография черепа, головного мозга, шеи с контрастированием, описание: в околоушной области слева подкожно определяется образование, грибовидной формы, с распространением в окологлоточную клетчатку слева, размерами 57,0x54,0x48,5 мм, заключение: КТ-признаки объемного образования левой околоушной области с распространением в окологлоточную клетчатку (опухоль левой околоушной слюнной железы, без накопления контрастного вещества). Пациенту проведена антибактериальная, противовирусная, гипосенсибилизирующая терапия, а также местное лечение (компрессы с димексидом), после чего отмечено улучшение, пациент выписан домой с направлением в федеральный центр для дообследования и хирургического лечения. Пациенту до планового

поступления в нашу клинику была выполнена магнитно-резонансная томография, описание: в левой околоушной железе и в околоушных мягких тканях визуализируется многокамерное кистозное образование с многочисленными гипоинтенсивными перетяжками, с четкими неровными контурами, размерами 46x50x69 мм; образование распространяется в крылонебную область и в мягкие ткани шеи, заключение: МР-признаки объемного кистозного образования левой околоушной области (Рис.1а,1б. Т-2-взвешенные изображения МРТ в аксиальной и коронарной проекциях).

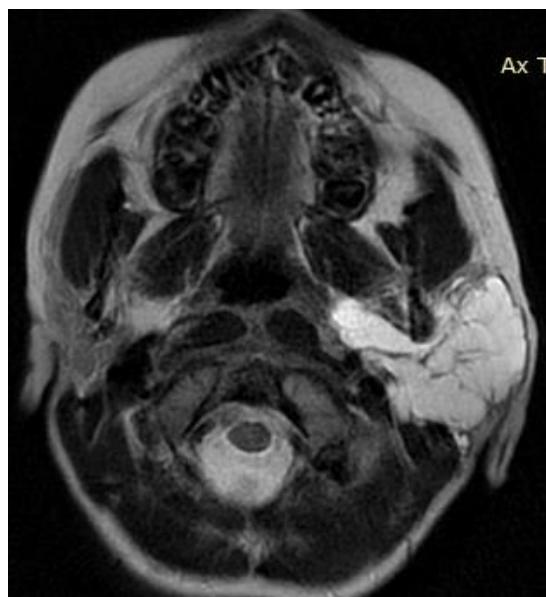


Рис. 1а. Т-2-взвешенное изображение МРТ в аксиальной проекции.

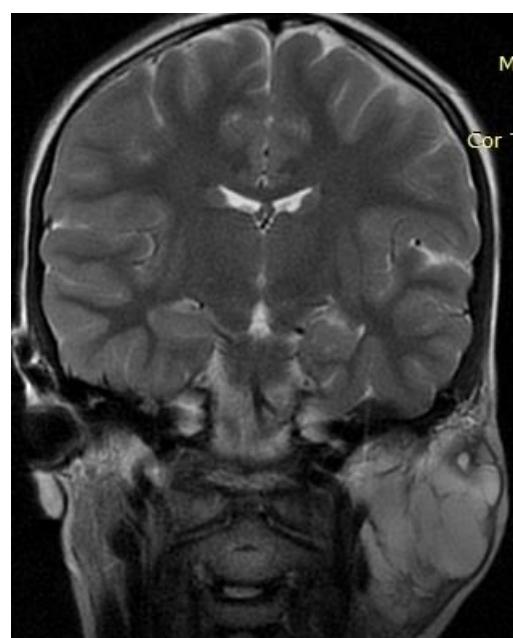


Рис. 1б. Т-2-взвешенное изображение МРТ в коронарной проекции.

При поступлении пациента в стационар проведены клинические методы обследования (опрос, осмотр, пальпация) (Рис.2а,2б. Внешний вид пациента, 11 лет, с диагнозом: лимфатическая мальформация в левой околоушно-жевательной области, крыловидно-нижнечелюстного пространства слева).



Рис. 2а, Рис. 2б. Внешний вид пациента.

Родителю пациента было объяснено, что полное излечение возможно в результате радикальной хирургической резекции мальформации, однако данный вид лечения сопряжен с риском пареза или паралича мимической мускулатуры левой половины лица, так как мальформация локализуется в околоушной железе, а также с высоким риском развития интраоперационного кровотечения ввиду распространения мальформации в крыловидно-челюстное пространство. Учитывая сложную анатомо-топографическую локализацию мальформации, сопряженную с вероятностью развития соответствующих осложнений, было принято решение в пользу выбора малоинвазивного метода лечения. В условиях общего обезболивания (ларингеальная маска) пациенту под УЗИ-навигацией выполнен прокол иглой кожи в левой околоушно-жевательной области, иглой пройдено в кистозную полость мальформации, выполнена аспирация полости мальформации, получена полупрозрачная жидкость светло-желтого цвет (лимфы), в спавшуюся полость введен раствор блеомицина, равный объему аспирированной жидкости, выполнена экспозиция раствора в течение 10

минут, после чего выполнена частичная аспирация содержимого наружу. Фиксирована давящая круговая повязка на 7-дневный срок.

Результаты: через 3 месяца после проведенного склерозирования клинически мальформация в левой околоушно-жевательной области не определялась; по данным ультразвукового исследования в левой околоушной железе визуализировались анэхогенные трубчатые тяжистые структуры, протяженностью ориентировано 22x8 мм, при ЦДК без усиления кровотока. Данные УЗИ свидетельствуют о запустевании и трансформации кистозной полости мальформации после проведенного склерозирования. Через 12 месяцев после однократно проведенного склерозирования по данным контрольной магнитно-резонансной томографии кистозное образование визуализировано исключительно в левом крыловидно-нижнечелюстном пространстве (Рис.3а,3б. Т-2-взвешенные изображения МРТ в аксиальной и коронарной проекциях: остаточная порция лимфатической мальформации в крыловидно-челюстном пространстве слева),

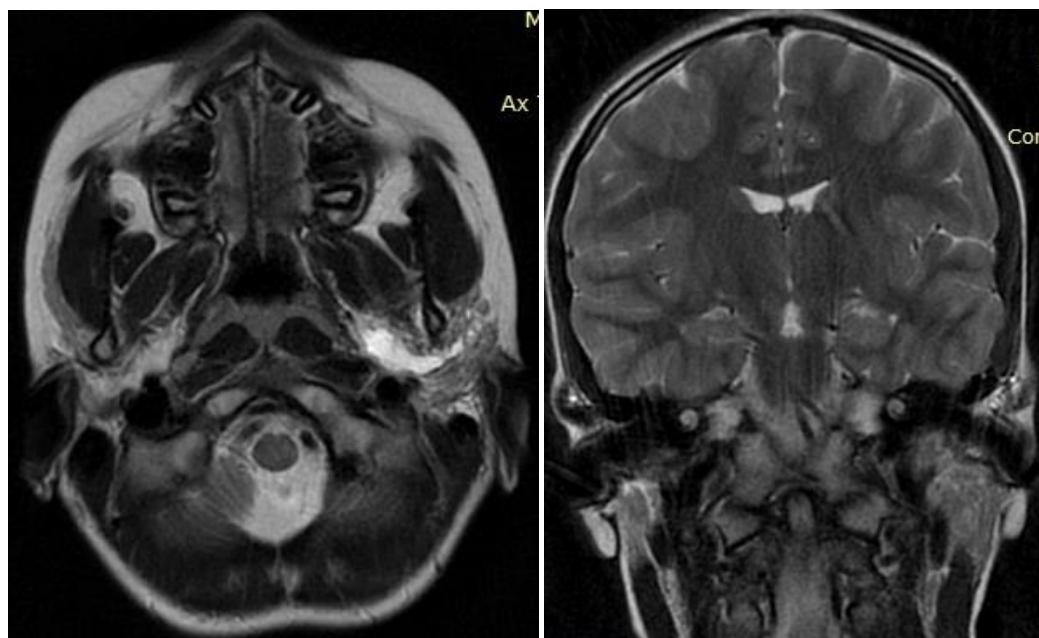


Рис. 3а, Рис. 3б. Т-2-взвешенные изображения МРТ в аксиальной и коронарной проекциях: остаточная порция лимфатической мальформации в крыловидно-челюстном пространстве слева.

что пациента никак не беспокоило и клинически не проявлялось (Рис. 4а,4б. Внешний вид того же пациента через 1 год после склерозирования блеомицином).



Рис. 4а, 4б. Внешний вид того же пациента через 1 год после склерозирования блеомицином.

В результате однократной пункционной склерозирующей терапии блеомицином был достигнут отличный стойкий косметический и функциональный результат. Отдаленные наблюдения за данным клиническим случаем составили 3 года.

Выводы. Применение склерозирования у пациентов с макрокистозными формами лимфатической мальформации головы может являться методом выбора, наряду с хирургическим. Склерозирующая терапия способствует уменьшению объема лимфатической мальформации, но не приводит к полному излечению пациента, в отличии от хирургического радикального иссечения, однако склерозирование минимизирует риск развития осложнений, в особенности – нарушения мимической мускулатуры лица.

Список использованной литературы

1. Гавеля, Е. Ю. Тактика лечения детей с лимфатическими мальформациями в области головы и шеи. Опыт «ЦНИИС и ЧЛХ» / Е. Ю. Гавеля, В. В. Рогинский, А. Г. Надточий, М. А. Ломака // Лимфология: от фундаментальных исследований к медицинским технологиям: Материалы XV международной научно-практической конференции имени академика Ю.И. Бородина, 24–25 марта 2023 г. – Новосибирск: ИПЦ НГМУ. – 2023. – С.50–52.
2. Денис, А. Г. и др. Методы лечения лимфатических мальформаций у детей / А. Г. Денис, И. А. Абушкин, В. О. Лапин, М. Я. Галиулин, И. Г. Базина // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2020. – Т. 10. – № 5. – С. 54-54.
3. Комелягин, Д. Ю. Лечение ребенка с обширной лимфовенозной мальформацией в области головы и шеи. / Д. Ю. Комелягин, А. В. Петухов, А. В. Иванов, Е. И. Фокин, Т. В. Фокина, С. А. Дубин, Ф. И. Владимиров, С. В. Яматина, Д. В. Хаспеков, А. В. Пасечников, Х. Я. Вафина // Голова и шея Head and neck Russian Journal. – 2019. – №7(1). – С. 29–41.

4. Слепцов, А. Р. Лимфангиома плода: пренатальная диагностика и возможности внутриутробной коррекции / А. Р. Слепцов, Д. Л. Гурьев, И. М. Матвеев, А. А. Сягин // Пренатальная диагностика. – 2021. – Т. 20. – №. 1. – С. 65-70.
5. Петрушин, А. В. и др. Лечение лимфатических мальформаций головы и шеи препаратом ОК-432 (Пицибанил) / А. В. Петрушин, Н. С. Грачев, М. П. Калинина, Р. С. Оганесян, И. Н. Ворожцов // Head and Neck/Голова и шея. Российское издание. Журнал Общероссийской общественной организации Федерации специалистов по лечению заболеваний головы и шеи. – 2017. – № S1. – С. 31.
6. Успенская О.А, Фадеева И.И., Медведева Д.А., Усманова И.Н. Оценка биохимических показателей крови онкологических пациентов в зависимости от патологии слизистой оболочки рта. Медицинский вестник Башкортостана, №2(98), Т -17, 2022 год. С.22-26.
7. Alqutub, A. et al. Sclerotherapy vs surgical excision for lymphatic malformations of the head and neck: a systematic review and meta-analysis / A. Alqutub, N. J. Baamir, Z. Mofti, F. Zawawi, T. Al-Khatib // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2024. – Т. 281. – №. 11. – P. 5571-5617.
8. Bouwman, F. C. M. Lymphatic malformations in children: treatment outcomes of sclerotherapy in a large cohort / F. C. M. Bouwman, S.S. Kooijman, B. H. Verhoeven, L. J. Schultze Kool, C. J. van der Vleuten, S. M. Botden, I. de Blaauw// European Journal of Pediatrics. – 2021. – Т. 180. – P. 959-966.
9. Embrechts, J. L. A. Surgery versus sclerotherapy versus combined therapy in head and neck lymphatic malformations in the pediatric population: systematic review and meta-analysis / J. L. Embrechts, S. Hiddinga, J. C. Bot, J. J. Hendrickx, R. van Eekelen, J. C. Ket, R. de Bree // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2024. – Т. 281. – № 9. –P. 4529-4539.
10. Enjolras O., Wassef M., Chapot R. Color atlas of vascular tumors and vascular malformations. – L.: Cambridge University Press, 2007. – 310 p.
11. North P.E. Pediatric vascular tumors and malformations. Surgical pathology. – 2010. – Т. 455. – № 3. – P. 94.
12. Sun, J. The efficacy of bleomycin sclerotherapy in the treatment of lymphatic malformations: a review and meta-analysis / J. Sun, C. Wang, J. Li, D. Song, L. Guo // Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. – 2023. – Т. 89. – № 4. – P. 101285.

Сведения об авторах статьи:

Ломака Мария Александровна - к.м.н., научный сотрудник отдела детской челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии (детское) ФГБУ НМИЦ “ЦНИИСиЧЛХ” Минздрава России, г. Москва, dr.lomar@mail.ru

Рогинский Виталий Владиславович - д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ, руководитель отдела детской челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ФГБУ НМИЦ “ЦНИИСиЧЛХ” Минздрава России, г. Москва , sokorochkova@mail.ru

УДК 614.2

Петров П. И., Подоприхин А. В.

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРАЧЕЙ
РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ОРДИНАТУРЕ**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
ГБУЗ МЗ РБ стоматологическая поликлиника №4, г.Уфа

В статье представлены результаты расчета и анализа структуры и частоты заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) среди ординаторов, обучающихся в Башкирском государственном медицинском университете (БГМУ).

Ключевые слова: ординатор, заболеваемость, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), временная утрата трудоспособности.

Petrov P.I., Podoprikhin A.V.

**ANALYSIS OF MORBIDITY STRUCTURE OF PHYSICIANS
OF DIFFERENT SPECIALTIES IN RESIDENCY TRAINING**

Bashkir state medical University, Ufa
GBUZ MH RB Stomatologic polyclinic №4, Ufa

The article presents the results of calculation and analysis of the structure and frequency of morbidity by department with temporary loss of working capacity (LTC) among residents studying at Bashkir State Medical University (BSMU).

Keywords: resident, acute respiratory viral infection (ARVI), temporary disability list.

Актуальность. В последние годы во всем мире наблюдается тревожная тенденция ухудшения здоровья среди молодежи [1,2, 3], в том числе ординаторов. ЗВУТ является одним из видов заболеваемости по обращаемости и служит важным показателем при оценке здоровья работающего населения. ЗВУТ характеризует распространенность тех случаев болезни работающих, которые повлекли за собой невыход на работу, в связи с чем ее изучение и анализ имеют не только большую социально-гигиеническую, но и социально-экономическую значимость [4].

Здоровье — абсолютная и непрекращающаяся ценностная категория, занимающая в иерархии общечеловеческих ценностей самое высокое положение. В связи с чем всестороннее изучение и анализ феномена «здоровье» всегда актуальны и востребованы.

На сегодняшний день практически нет работ касающиеся здоровья молодых врачей — ординаторов медицинских вузов. Эта категория остается одной из наименее исследованных с точки зрения "здоровья" групп работающих специалистов. Они попадают в зону повышенного риска развития различных заболеваний, и это связано резкими изменениями в привычном укладе жизни, интенсивными контактами с больными людьми, необходимостью быстрой адаптации к новым условиям работы, проживания и питания. Поэтому сбор статистики и анализ структуры заболеваемости ординаторов выявляет многие проблемы организации системы охраны профессионального здоровья молодых врачей.

Цель работы: сбор статистики и анализ заболеваемости ординаторов по кафедрам БГМУ.

Материалы и методы. Материалы для исследования были собраны с 23.09.24 по 9.01.25 годы. Для этого пользовались доступной информацией в специальном чате университета для ординаторов.

Результаты. Всего было проанализированы данные 120 ординаторов: 10,8% (13) муж и 89,2% (107) женщин, которые за указанный период саморегистрировали временную утрату трудоспособности. Из них 65,0% (78) были ординаторами 1 года, 35,0% (42) чел. – 2 года. За медицинской помощью в лечебные учреждения обращались ординаторы со следующих кафедр: анестезиологии и реаниматологии – 5 чел., внутренних болезней и клинической психологии – 1, генетики – 3, госпитальной педиатрии – 1, дерматовенерологии – 2, детской кардиологии – 1, детских болезней – 2, лабораторной медицины – 1, ЛФК и спортивной медицины – 4, медицинской реабилитации, физической терапии и спортивной медицины – 1, неврологии – 11, нейрохирургии и медицинской реабилитации – 4, общей хирургии, трансплантологии и лучевой диагностики – 2, ортопедической стоматологии – 2, педиатрии – 25, поликлинической и неотложной педиатрии – 12, пропедевтики стоматологических заболеваний – 1, терапевтической стоматологии – 3, терапии и профессиональных болезней – 1, терапии, общей врачебной практики и гериатрии – 5, факультетской педиатрии – 1, физиотерапия – 4, эпидемиологии – 5.

Всего за исследуемый период больше всего выявлено заболевание органов дыхания. ОРВИ – у 78,3% ординаторов. Среди них были 75,6% ординаторы первого года и 83,3% – 2 года.

Чаще всего оформляли временную нетрудоспособность ординаторы, обучающиеся на кафедре педиатрии, что составило – 20,8% (25) случаев от всех обращений. Практически все обращения – 96,0% (24) были по причине ОРВИ, только одно имело место из-за коронавирусной инфекции. Это можно объяснить тем, что педиатры ответственно подходили к здоровью своих пациентов и старались с ними во время болезни не взаимодействовать. Второе место заняла кафедра поликлинической и неотложной педиатрии – 10,0% (12) случаев). Ординаторы этой кафедры чаще всего обращались также из-за ОРВИ – 50,0%, по одному обращению из-за пневмонии, коронавирусной инфекции, обострения хронического гастрита и псориаза, гинекологической причины, ухода за ребенком. Почти столько же обращений было на кафедре неврологии – 9,16% (11) случаев, где все обращения также были из-за ОРВИ – 90,9% (10) случаев и одно обращение – из-за коронавирусной инфекции. На следующем месте по обращаемости были ординаторы кафедры

эпидемиологии – 4,2% (5) случаев. Здесь чаще всего открывали лист временной нетрудоспособности по поводу ухода за ребенком – 80,0% (4) и один случай по поводу ОРВИ. По кафедре терапии, общей врачебной практики и гериатрии всего 3,3% (4) случая. Здесь обращения были поровну между ОРВИ и уходом за ребенком. Среди других кафедр по одному случаю встречались такие заболевания, как: обострение хронического пиелонефрита, острого бронхита, операция на трахее, угроза прерывания беременности, миома матки.

Как мы видим, по данным статистики больше всего ординаторов первого и второго года обучения за период с 23.09.24 по 9.01.25 годы заболевали ОРВИ. Можно предположить, что в первую очередь это связано с ослабленным иммунитетом и тесными контактами с инфицированными людьми.

Изучение заболеваемости и ее структуры у ординаторов первого и второго года обучения является важной задачей, которая требует внимания со стороны образовательных и медицинских учреждений. Полученные результаты подчеркивают необходимость комплексного подхода к решению данной проблемы и разработки эффективных мер по укреплению иммунитета врачей-ординаторов.

Выводы. Проанализировав структуру заболеваемости по данным ЗВУТ среди ординаторов БГМУ за период с 23 сентября 2024 по 9 января 2025 года, можно утверждать, что ведущее место среди заболеваний ординаторов БГМУ занимает ОРВИ. Чаще всего за этот период по данному заболеванию обратились за медицинской помощью ординаторы кафедры педиатрии, поликлинической и неотложной педиатрии и неврологии.

Наблюдаемый уровень заболеваемости может служить предупреждающим сигналом, указывающим на негативные последствия интенсивного учебного процесса, ослабленного иммунитета, наличия контакта с инфекционными больными по месту проживания. Это подчеркивает необходимость более глубокого анализа факторов, влияющих на здоровье ординаторов.

Список использованной литературы

1. Валеева А. С., Мингазова Н. Р., Давлетшина Г.Р. Социальный стресс как фактор нарушения психического здоровья. Вестник Башкирского государственного медицинского университета Специальный выпуск № 2, 2024. С. 12-15.
2. Зуев А.Л. Тенденции изменения здоровья молодёжи в России //Актуальные исследования. – 2021, №1 (28). – С.114–116.
3. Фазлеева, Е. В. Состояние здоровья студенческой молодежи: тенденции, проблемы, решения / Е. В. Фазлеева, А. С. Шалавина, Н. В. Васенков, О. П. Мартынов, А. Н. Фазлеев // Мир науки. Педагогика и психология. – 2022. – Т. 10. – № 5. – URL: <https://mir-nauki.com/PDF/01PDMN522.pdf>

4. Щепин В.О. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности населения Российской Федерации /Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 4. С. 6–9.

Сведения об авторах статьи:

Петров Петр Иванович - кмн, доцент кафедры ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО Башкирский государственный университет, г.Уфа. ул.Чернышевского, 104. эл. адрес: piterpi@mail.ru

Подоприхин Александр Владимирович - врач стоматолог- ортопед ГБУЗ РБ стоматологическая поликлиника №4. эл.адрес: Ps7ufa@yandex.ru

УДК 616.31

Салеева Г.Т., Мустакимова Р.Ф.

ОСОБЕННОСТЬ ПРОТЕКАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД-19. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра ортопедической стоматологии, Казанский государственный медицинский университет. г. Казань.

Пародонтит, занимает статус одного из самых распространенных заболеваний в мире. Он в значительной степени связан с множеством общесоматических заболеваний. Доказана взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта с гипертонией, сахарным диабетом, иными эндокринными нарушениями. Однако, с появлением новых заболеваний, возникают и новые факторы, способные повлиять на состояние пародонта. Инфекция вызванная SARS-CoV-2 virus является малоизученной. Однако, уже показано ее влияние на состояние желудочно-кишечного тракта и зубоальвеолярной системы. По данным источников вирус, вызывающий COVID-19 обильно высевается в нософарингеальной системе, и в том числе в слюне. Сродство тканей пародонта с тканями бронхиальной системы приводит к потенциальной возможности поражения тканей десны вирусом SARS-CoV-2. Поражение тканей полости рта при заболеваниях COVID-19 вариабельна.

Работа гигиениста и стоматолога направленные на профилактику, лечение пародонтита, а также поддерживающая терапия, включают в себя применение средств с образованием высокодисперсных аэрозолей. Высокая контагиозность вируса SARS-CoV-2 привела к необходимости запретить использование таких методов лечения. Это привело к дополнительному обострению заболеваний пародонта.

В описанном клиническом случае рассматривается состояние пародонта у пациента с хроническим генерализованным пародонтитом в анамнезе с перенесенным SARS-CoV-2 virus. Неотягощённое течение COVID-19 позволяет исключить такие этиологические факторы как длительное отсутствие адекватной гигиены и влияние состояния цитокинового шторма на ткани пародонта. Особенность протекания заболевания у данного пациента заключается в смешанном поражении с преобладанием гиперплазии тканей десневого края. Но при этом одним из элементов поражения выступает язва. Это подтверждалось как клиническими данными, так и данными гистологического исследования.

Ключевые слова: пародонтит, заболевания полости рта, COVID-19

Saleeva G.T., Mustakimova R.F.

PECULIARITIES OF THE COURSE OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES IN PATIENTS WITH COVID-19. CLINICAL CASE

Department of Orthopedic Dentistry, Kazan State Medical University. Kazan

The article dedicated to the topic of the peculiarities of the course of chronic generalized periodontitis in patients after new coronavirus infection Covid-19.

The materials for the study were data obtained during the examination of 20 patients, aged 37-55 years with a history of mild to moderate chronic generalized periodontitis, who had suffered from Covid-19 in a moderate form, without hospitalization and complications.

The periodontal condition was determined by measuring the depth of the dentoalveolar attachment, the bleeding probe, the hygiene index, the degree of mobility, and changes in the autofluorescence response of the gum tissues.

According to the results, it was determined that after new coronavirus infection Covid-19, in addition to the classic picture of exacerbation of chronic periodontitis, including increased bleeding and impaired dentoalveolar attachment, patients showed gum hyperplasia. The degree of exacerbation was influenced by the quality and frequency of personal hygiene.

Keywords: periodontitis, Covid-19

Актуальность. Пародонтит, одно из наиболее распространенных заболеваний в мире [1]. По данным различных источников заболеваемость пародонтитом, в зависимости от возраста, варьирует от 35% до 95%. Несмотря на то, что в основе этиологии пародонтита лежит микробный дисбиоз с ростом пародонтопатогенных бактерий, существует множество факторов, влияющих на степень тяжести и прогноз заболевания [2, 3]. Вирус COVID-19, на борьбу с которым брошены все силы медицинского сообщества, не ограничивается лишь краткосрочными проявлениями в организме в разгар заболевания, но и влечет за собой серьезные последствия со стороны имунной, дыхательной, нервной системы, желудочно-кишечного тракта [11, 12, 13, 14, 15].

Она включает в себя различные элементы включая афтозный стоматит, герпетiformные поражения, кандидоз, васкулит, Кавасаки-подобный, ЭМ-подобный, мукозит, лекарственная сыпь, некротизирующая болезнь пародонта, буллезная ангина, угловой хейлит. Возможными элементами поражения были язва, эрозия, булла, везикула, пустула, трещиноватый или депапилляционный язык, макула, папула, бляшка, пигментация, неприятный запах изо рта, белесые участки, геморрагический синдром.корка, некроз, петехии, отек, эритема и спонтанное кровотечение [5, 6, 7].

Работа гигиениста и стоматолога направленные на профилактику, лечение пародонтита, а также поддерживающая терапия, включают в себя применение средств с образованием высокодисперсных аэрозолей. Высокая контагиозность вируса SARS-CoV-2 привела к необходимости запретить использование таких методов лечения. Это привело к дополнительному обострению заболеваний пародонта [4,8,9,10].

По мере роста количества пациентов, перенесших внебольничную пневмонию, появляются данные о атипичном течении заболеваний пародонта, резком приросте кариеса зубов. В ходе наблюдения за такими пациентами мы обратили внимание на преобладание процессов гипертрофии, не характерной для обострения пародонтита. В рамках данной статьи нам бы хотелось обсудить клинический случай обострения пародонтита с неотягощенным анамнезом и длительной ремиссией после перенесенного COVID-19.

Клинический кейс.

На прием в клинику обратился пациент Н. с жалобами на боль, кровоточивость десен, увеличение десневого края в объеме, невозможность использования съемного протеза.

Анамнез: аллергический анамнез не отягощен. Из общесоматических заболеваний пациент отмечает заболевания ЖКТ (гастрит) и гипертоническую болезнь. Не курит с 2010

года, алкоголь не принимает.

Пациент состоит на диспансерном наблюдении у пародонтолога с 2010 года с диагнозом К05.3 Хронический генерализованный пародонтит, III степень тяжести В. В 2018 году прошел стоматологическое ортопедическое лечение дефекта зубного ряда съемным протезом. Последнее посещение пародонтолога – сентябрь, 2020 год. Определялась стойкая ремиссия заболевания. В декабре 2020 года перенес внебольничную пневмонию COVID-19, течение заболевания в легкой форме, без госпитализации. В ходе лечения назначалась медикаментозная терапия нестероидными противовоспалительными средствами и антикоагулянты. Через 2 месяца после перенесенного заболевания, пациент начал отмечать зуд, неприятные ощущения в деснах. С этого времени съемным протезом не пользовался. В стоматологическую медицинскую организацию с указанными жалобами обратился в марте 2021 года.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, региональные лимфатические узлы без патологии, кожные покровы чистые, без изменений.

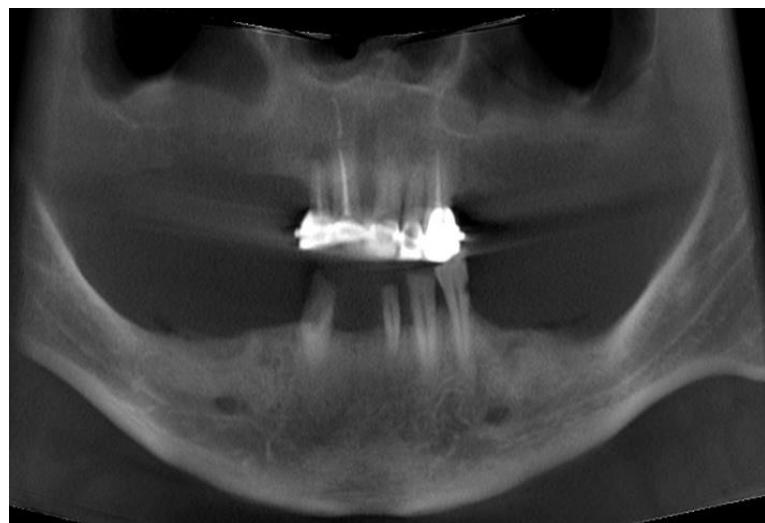


Рис. 1. Фрагмент панорамного реформата КЛКТ пациента Н.

Красная кайма губ без особенностей. Открывание рта свободное, без девиаций. Слизистая оболочка губ, щек, неба, физиологической окраски, без патологических элементов.

Зубы верхней челюсти объединены шинирующим мостовидным протезом с замковыми креплениями для фиксации съемного протеза (Рис. 1.).

Подвижность конструкции отсутствует.

Десневой край в области зубов верхней челюсти гипертрофирован, отечен, гиперемирован, по оральной поверхности определяются участки изъязвлений, болезненных при пальпации (Рис. 2).



Рис. 2. Десневой край в области зубов верхней челюсти с небной стороны.

При диагностике в поляризованном свете методом аутофлюоресценции выявляются зоны снижения аутофлюоресценции (Рис. 3).

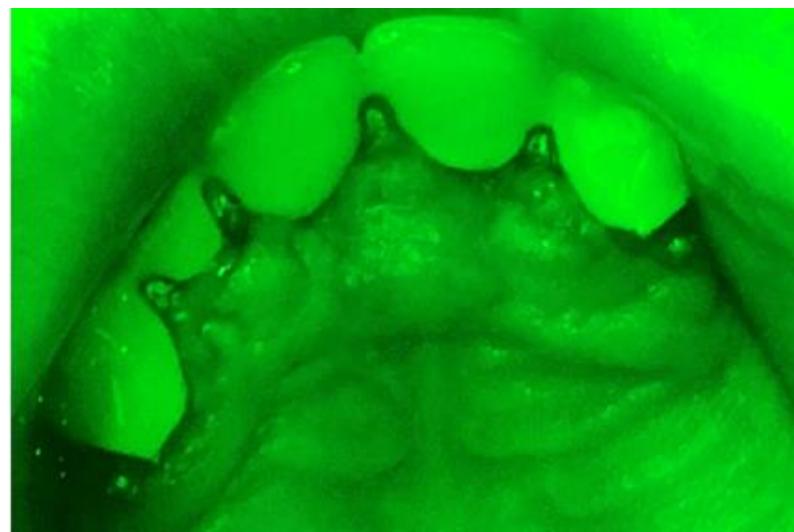


Рис. 3. Исследование методом аутофлюоресценции в поляризованном свете.

При зондировании определяется нарушение зубодесневого прикрепления, с гипертрофией десневого края на уровне 1-2 мм от эмалево-дентинной границы по вестибулярной и язычной поверхности. И на уровне 2-4 мм по вестибуло-дистальной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычно-медиальной поверхностям. Нарушение зубоалвеолярного прикрепления преимущественно определяли так же по вестибуло-дистальной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной и язычно-медиальной поверхностям на уровне 3-4 мм, однако с учетом гиперплазии сосочков, суммарная глубина зондирования

была значительно глубже составив 5-7 мм. Из карманов определялось скудное геморрагическое отделяемое (Рис. 4). Индекс гигиены =2,1. Индекс кровоточивости десневых сосочков (PBI) по Sacher, Muhlemann составил 3,2.

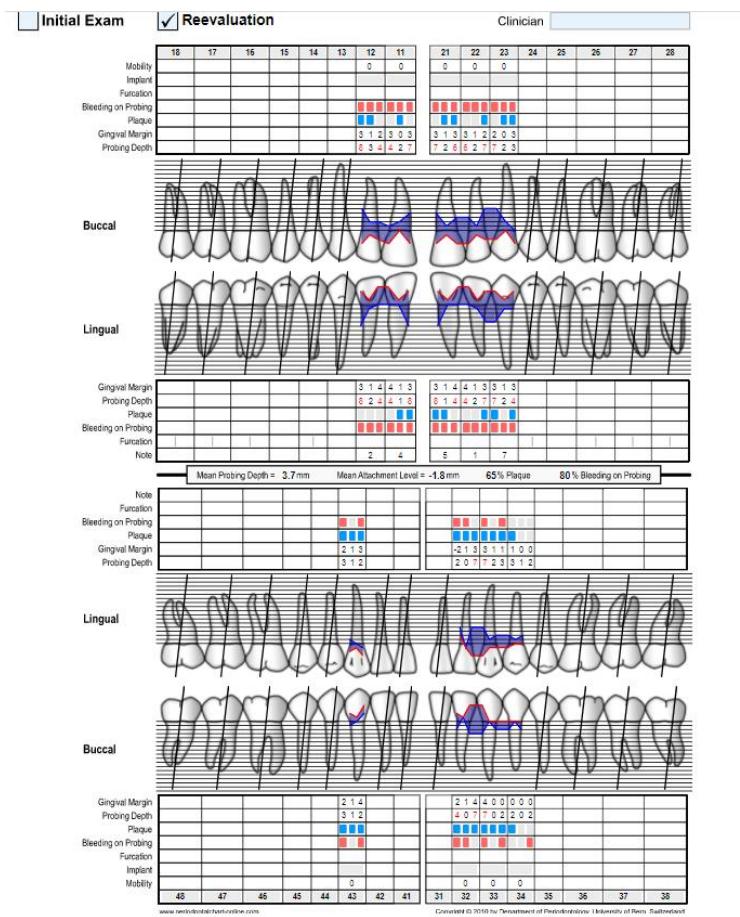


Рис. 4. Пародонтограмма пациента Н.

С учетом наличия картины воспаления и изъязвлений пациенту назначено лечение, включающее обработку антисептиками, аппликации ферментов и кератопластику. Через 10 дней определяли частичное заживление изъязвлений (Рис.5), однако большая часть сохранялась, в связи с чем было принято решение о проведении биопсии пораженного сосочка с последующим направлением его на гистологическое исследование.



Рис. 5. Пациент на этапе лечения.

Полученные биоптаты фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина, проводились по спиртам восходящий концентрации и заливались в парафин. Срезы толщиной 7-10 мкм получали на санном микротоме и в дальнейшем окрашивали по общепринятой методике гематоксилином и эозином и по ван Гизону.

Результаты. Кусочки слизистой оболочки с гиперкератозом и акантозом многослойного плоского эпителия. Паракератоз с очаговой вакуольной дистрофией части эпителиальных клеток в верхних слоях, что соответствует классической картине воспаления пародонта (Рис.6).

Однако, помимо этого определяли гипертрофию сосочков собственной пластинки слизистой оболочки с уплотнением рыхлой соединительной ткани и распространенным фиброзом с формированием грубых волокон в глубоких отделах, наличием густого инфильтрата, в том числе вокруг сосудов, преимущественно из мононуклеарных клеток (плазмоциты, лимфоциты, макрофаги) с небольшой примесью нейтрофилов (Рис. 7, 8).

Кроме того, выявлены очаги глубокого нарушения целостности слизистой оболочки (изъязвление) с грануляциями, очаговыми фибринOIDными изменениями стенок капилляров, слабыми наложениями фибрина и диффузным поверхностным лейкоцитарным нейтрофильным инфильтратом (Рис. 9, 10).

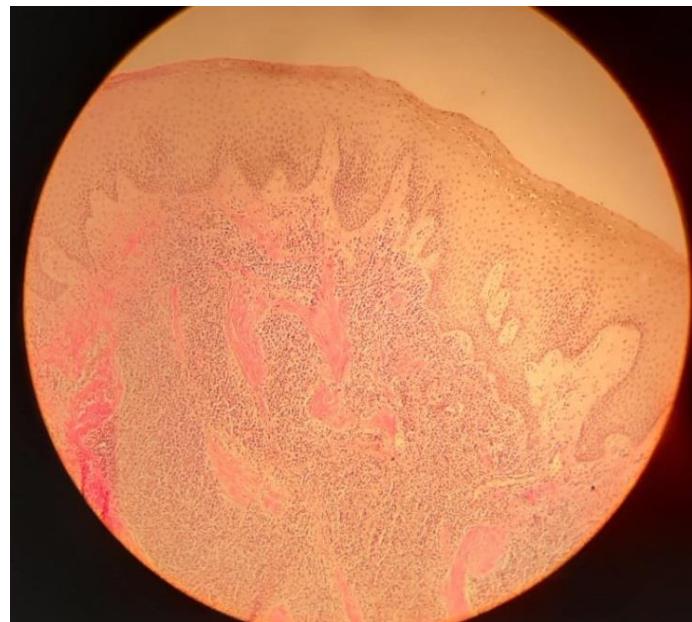


Рис. 6. Фрагмент биоптата. Окраска по ван Гизону. Увеличение х100. Хаотичный рост и фиброз волокон, массивный воспалительный инфильтрат.

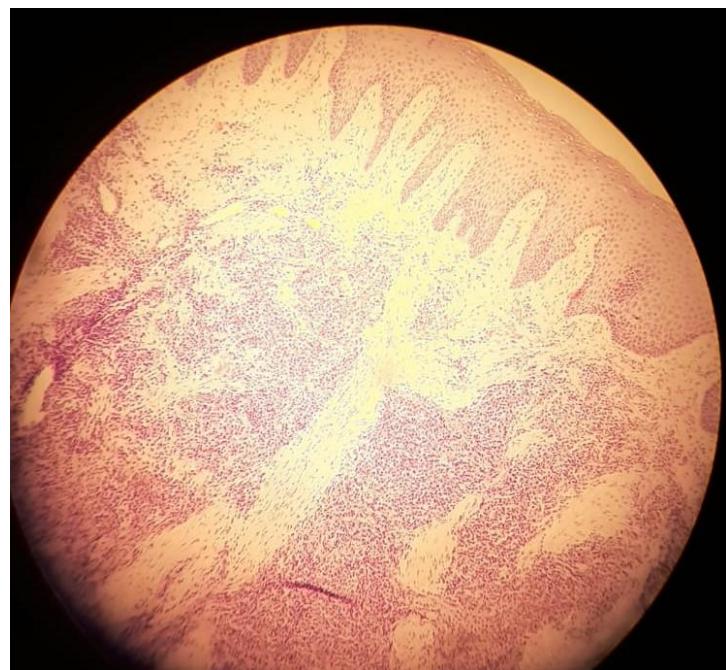


Рис.7. Фрагмент биоптата. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение х100. Массивный воспалительный инфильтрат

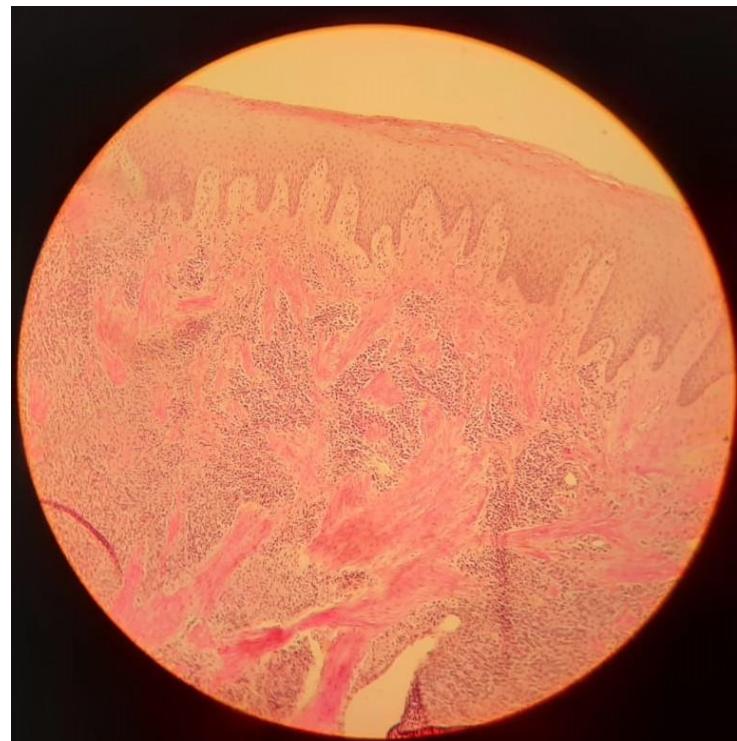


Рис. 8. Фрагмент биоптата. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 100$.
Гипертрофия сосочков собственной пластиинки слизистой оболочки

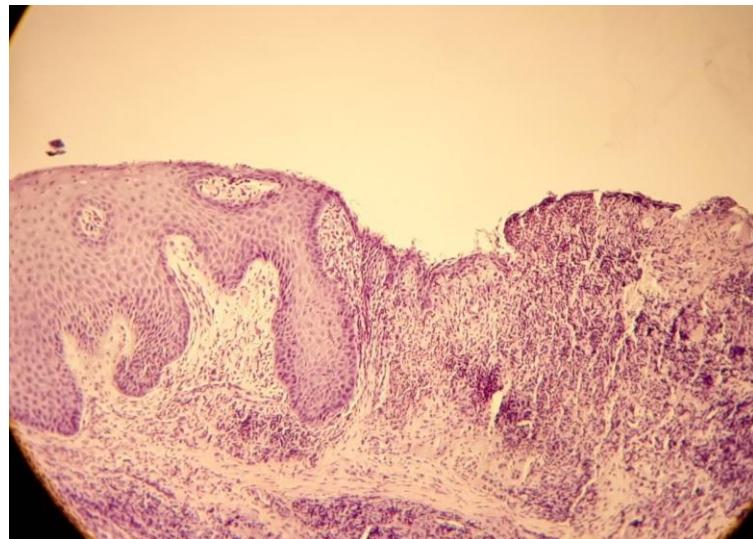


Рис. 9. Фрагмент биоптата. Окраска гематоксилином и эозином. Изъязвление
(справа) и акантоз (слева).

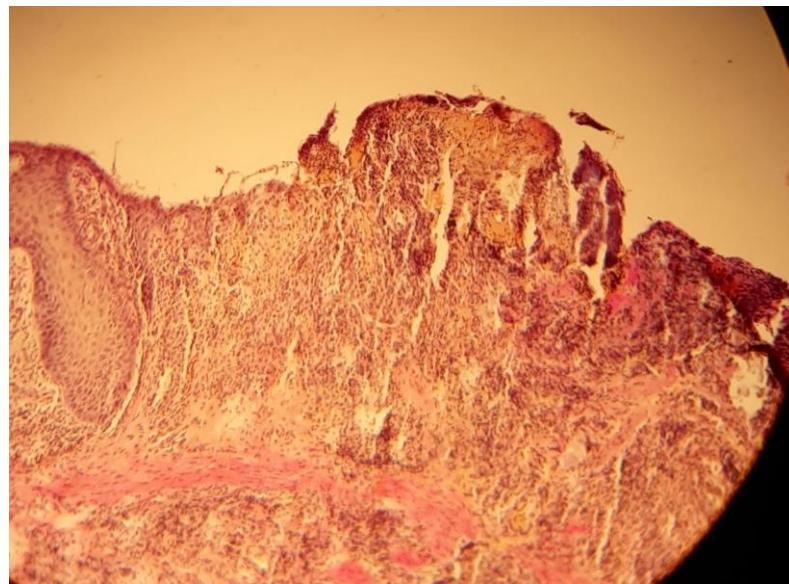


Рис. 10. Фрагмент биоптата. Окраска по ван Гизону. Увеличение x100. Изъязвление (справа) и акантоз (слева).

По результатам гистологического исследования нами диагностирована картина хронического продуктивного воспаления в стадии обострения с изъязвлением, что несколько расходится с классической картиной пародонтита.

Учитывая отсутствие онкологического элемента, было принято решение о проведении гингивэктомии.

Таким образом, можно предположить о возможном влиянии вируса COVID-19 на клиническое течение пародонтита. На сегодняшний день малое число наблюдений не позволяет сделать однозначные выводы о природе данного поражения. Однако очевидно, что пациенты с постковидным синдромом нуждаются, в том числе, в регулярном наблюдении врачом- пародонтологом.

Список использованной литературы

1. Eghbali Zarch R, Hosseinzadeh P. COVID-19 from the perspective of dentists: A case report and brief review of more than 170 cases. *Dermatol Ther.* 2021 Jan;34(1):e14717. doi: 10.1111/dth.14717. Epub 2021 Jan 1. PMID: 33368888
2. Iranmanesh B, Khalili M, Amiri R, Zartab H, Aflatoonian M. Oral manifestations of COVID-19 disease: A review article. *Dermatol Ther.* 2021 Jan;34(1):e14578. doi: 10.1111/dth.14578. Epub 2020 Dec 13. PMID: 33236823; PMCID: PMC77449034:\
3. James R Allison, Charlotte C Currie, David C Edwards, Charlotte Bowes, Jamie Coulter, Kimberley Pickering, Ekaterina Kozhevnikova, Justin Durham, Christopher J Nile, Nicholas Jakubovics, Nadia Rostami, Richard Holliday. Evaluating aerosol and splatter following dental procedures: Addressing new challenges for oral health care and rehabilitation. PMID: 32966633 PMCID: PMC7537197 DOI: 10.1111/joor.13098

4. Mahmudah I., Waskito L.A., Miftahussurur M. Frequently asked questions of novel coronavirus: a review of the evidence. The New Armenian Medical Journal Vol.14 (2020), No 4, p. 43-54
5. Marouf N, Cai W, Said KN, Daas H, Diab H, Chinta VR, Hssain AA, Nicolau B, Sanz M, Tamimi F. Association between periodontitis and severity of COVID-19 infection: A case-control study. *J Clin Periodontol.* 2021 Feb 1:10.1111/jcpe.13435. doi: 10.1111/jcpe.13435. Epub ahead of print. PMID: 33527378; PMCID: PMC8014679.
6. Martín Carreras-Presas C, Amaro Sánchez J, López-Sánchez AF, Jané-Salas E, Somacarrera Pérez ML. Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection. *Oral Dis.* 2021 Apr;27 Suppl 3:710-712. doi: 10.1111/odi.13382. Epub 2020 May 29. PMID: 32369674; PMCID: PMC7267423.1
7. Rocha-Gomes G, Flecha OD, Miranda TS, Duarte PM, Shaddox LM, Galvão EL, Gonçalves PF. Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on periodontal practice: A questionnaire survey. *J Clin Periodontol.* 2021 Jan 20:10.1111/jcpe.13427. doi: 10.1111/jcpe.13427. Epub ahead of print. PMID: 33474762; PMCID: da Silva ACR
8. F, Pereira LL, Lemos FB, Machado FC, Figueiredo AL. Would periodontitis be a facilitating factor for COVID-19 progression? *Oral Dis.* 2021 Mar 13. doi: 10.1111/odi.13846. Epub ahead of print. PMID: 33713532
9. Sukumar K, Tadepalli A. Nexus between COVID-19 and periodontal disease. *J Int Med Res.* 2021 Mar;49(3):3000605211002695. doi: 10.1177/03000605211002695. PMID: 33745336; PMCID: PMC7989136.
10. Sugihartono T., Arafah N., Yamaoka1, Miftahussurur M. Gastrointestinal Manifestations in COVID-19 Infection . The New Armenian Medical Journal Vol.14 (2020), No 4, p. 67-76
11. WHO. (a) Coronavirus disease (COVID-19): weekly epidemiological, update 1. 2020; Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/strategies-and-plans>
12. WHO. (b). COVID-19 strategy update. 2020; (14 April 2). Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/publications/item/covid-19-strategy-update---14-april-202>
13. WHO. (c). Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Interim Guid. 2020;(June):1–3. Retrieved from <https://www.who.int/publications/item/critical-preparednessreadiness-and-response-actions-for-covid-19>

Сведения об авторах статьи:

Мустакимова Резеда Фаритовна - к.м.н. доцент кафедры ортопедической стоматологии 89173934985 rezda@list.ru

Салеева Гульшат Тауфиковна - профессор, д.м.н., заведующая кафедрой ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ. Тел:82361852, e-mail: rin-gul@mail.ru

УДК 616.314.163-08

Тарасова Ю.Г., Субботина А.В., Дмитракова Н.Р.
**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
В БЛИЖАЙШИЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ**

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

В данной работе проведена оценка качества эндодонтического лечения на основании анализа прицельных рентгеновских снимков и медицинских карт пациентов. Выявлены основные причины некачественного пломбирования корневых каналов, включая избыточное или недостаточное заполнение и низкую плотность материала. Установлено, что только 48,2% запломбированных каналов соответствуют критериям качественного лечения. Полученные данные подчеркивают необходимость совершенствования методов диагностики и контроля качества эндодонтического лечения.

Ключевые слова: эндодонтическое лечение, контроль качества лечения, пломбирование корневого канала, прицельные рентгеновские снимки.

Tarasova Y.G., Subbotina A.V., Dmitrakova N.R.
**EVALUATION OF ENDODONTIC TREATMENT OUTCOMES
IN THE SHORT-TERM FOLLOW-UP**
Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

This study evaluated the quality of endodontic treatment based on an analysis of periapical radiographs and medical records of patients. The main causes of inadequate root canal obturation were identified, including overfilling, underfilling, and low-density filling material. It was established that only 48.2% of obturated canals met quality treatment criteria. The findings emphasize the need to improve diagnostic and quality control methods in endodontic treatment.

Keywords: Endodontic treatment, treatment quality control, root canal obturation, periapical radiographs.

Актуальность. Лечение заболеваний пульпы, периодонта и эндодонтическая подготовка зубов к восстановлению их структуры и функции являются важнейшей частью практической стоматологии [1]. Исследования показывают, что распространенность осложненных форм кариеса зубов в последнее время имеет тенденцию к росту и колеблется от 60,83% до 93,18% [2,3]. Успешность проведенного лечения корневых каналов напрямую влияет на возможность сохранения зуба и восстановления полноценной функции жевания [5]. В свою очередь качество эндодонтического лечения зубов зависит от того, насколько хорошо проводятся врачебные процедуры в корневых каналах [6]. По данным Международного общества врачей эндодонтистов вероятность успеха при одноэтапном консервативном лечении зубов с деструктивными изменениями в периодонте составляет 30%, при многоэтапном вмешательстве - 60%. Повторное эндодонтическое лечение дает положительный результат лишь в 20% случаев [4,8].

Несмотря на наличие современных технологий и материалов, результаты лечения не всегда бывают удовлетворительными [5]. Применение новейших методик, технологий и

современных медикаментозных средств повышает эффективность манипуляций в корневом канале и снижает риск осложнений, но не гарантирует абсолютного успеха [7].

Следовательно, оценка качества эндодонтического лечения приобретает особую актуальность в связи со сложностью проведения ряда лечебных манипуляций, возможными ошибками и осложнениями во время и после проведения эндодонтического лечения.

Цель исследования: оценить ближайшие результаты эндодонтического лечения по данным медицинских карт стоматологического пациента и прицельных рентгеновских снимков.

Материалы и методы. Проведен анализ 75 медицинских карт и 163 прицельных рентгеновских снимков пациентов в возрасте от 45 до 59 лет, получивших эндодонтическое лечение по поводу осложненного кариеса. Эндодонтическое лечение было проведено в 29 фронтальных зубах (резцы и клыки), 58 премолярах и 76 молярах, всего пролечено 342 корневых канала. Во всех случаях лечение осуществляли в два или более посещений. Пломбирование всех корневых каналов проводилось с применением методики латеральной компакции гуттаперчи с использованием силера «AHplus» (Dentsply Sirona) на основе эпоксидно-аминной смолы.

Оценка эндодонтического лечения осуществлялась сразу после его завершения. Эффективность лечения анализировали по критериям, рекомендованным Стоматологической Ассоциацией России и Европейским обществом эндодонтологии. Оценка качества пломбирования корневого канала проводилась по следующим рентгенологическим критериям: канал имеет форму конуса, гуттаперча полностью повторяет форму канала, пломбировочный материал расположен на 0,5–2 мм короче рентгенологической верхушки корня, отсутствие пустот между материалом и стенкой канала, одинаковая плотность корневой пломбы от устья к апексу. Кроме того учитывались клинические критерии, а именно отсутствие у пациента симптомов воспаления в челюстно-лицевой области и в области леченого зуба во время повторного посещения.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с применением пакета прикладных программ для машинной обработки Microsoft Excel 2007 и включала в себя расчет относительных показателей.

Результаты. Анализ прицельных рентгеновских снимков показал, что из 342 запломбированных корневых каналов только 165 (48,2%) соответствовали критериям качественного пломбирования. Из них 46 каналов однокорневых зубов (76,6%), 30 каналов двухкорневых зубов (55,6%) и 89 каналов трехкорневых зубов (39,1%).

Избыточное пломбирование с выведением материала за апикальное отверстие обнаружено в 34 корневых каналах (19,2%), причем наиболее часто это осложнение встречалось во фронтальной группе зубов верхней челюсти – 18 зубов (52,9%). Тогда как недостаточный уровень пломбирования выявлен в 85 корневых каналах (48,0%). Однаково часто это осложнение наблюдалось в медиальных каналах нижних моляров (20,5%) и щечных каналах верхних моляров (21,3%), а также в центральных резцах нижней челюсти (6,2%).

Низкая и неоднородная плотность корневой пломбы от устья к апикальной части канала определялась в щечных каналах моляров верхней челюсти, имеющих значительный изгиб – 43 корневых канала (24,3%), в клыках верхней и нижней челюстей, а также в первых премолярах верхней челюсти – 15 корневых каналов (8,5%).

Необнаруженные во время эндодонтического лечения корневые каналы были диагностированы в 13 зубах (моляры верхней и нижней челюстей), что составило 7,9% от общего числа исследуемых зубов.

По данным медицинских карт, в первые две недели после эндодонтического лечения симптомы воспаления в области леченого зуба отмечены в 64% случаев. Однако только в 23% случаев постпломбировочные боли были обусловлены некачественным пломбированием корневых каналов по данным рентгеновских снимков.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что доля качественно запломбированных корневых каналов после эндодонтического лечения осложненного кариеса составила всего 48,2%, что свидетельствует о необходимости повышения контроля качества эндодонтического лечения.

Основными причинами некачественного пломбирования являются избыточное или недостаточное заполнение каналов, а также низкая плотность пломбировочного материала.

Наиболее проблемные зоны – фронтальная группа зубов верхней челюсти и моляры, где чаще выявляются ошибки в пломбировании и пропущенные каналы. Несмотря на частоту воспалительных симптомов в первые две недели после лечения (64%), лишь в 23% случаев они были связаны с ошибками пломбирования.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку и внедрение более совершенных методик диагностики и контроля качества эндодонтического лечения.

Список использованной литературы

1. Арсланова М.А., Герасимова Л.П. Денситометрическое исследование эмали и дентина интактных зубов с помощью метода конусно – лучевой компьютерной томографии (КЛКТ). Вестник Башкирского государственного медицинского университета Специальный выпуск № 6, 2023. С. 254-260.

2. Березин, К.А. Статистические аспекты изучения распространённости хронического апикального периодонтита у взрослого населения [Электронный ресурс] / К.А. Березин, А.Х. Греков, Э.М. Зарипова, Е.Ю. Старцева // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 2 — Режим доступа: <https://science-education.ru>
3. Борисенко, А.В. Тенденции распространённости и интенсивности осложненных форм кариеса / А.В. Борисенко, И.С. Семенова // Современная стоматология. — 2018. — № 3(92). — С. 15.
4. Джеймс Л. Гутман, Том С. Думша, Пол Э. Ловдэл. Решение проблем в эндодонтии / Москва: МЕДпресс-информ. - 2008 – 592с.
5. Захарова Е. Л., Горева Л.А., Балаян Э.Г., Ситников Б. А. / Анализ качества обтурации корневых каналов зубов // The Scientific Heritage. – 2021. – № 67-2(67). – С. 54-56.
6. Иорданишвили, А.К. Методологические основы оценки качества и эффективности эндодонтического лечения зубов на современном этапе / А.К. Иорданишвили, И.Б. Салманов, А.А. Сериков // Эндодонтия Today. – 2018. – № 4. – С. 16-21.
7. Ларинская, А.В. Современные аспекты внутриканальной дезинфекции при лечении осложненных форм кариеса / А.В. Ларинская, А.В. Юркевич, В.Ф. Михальченко, А.В. Михальченко // Клиническая стоматология. - 2017. - № 3 (83). - С. 13-16.
8. Оценка качества эндодонтического лечения по данным литературы / М. С. Корчагина, М. А. Постникова, Е. Н. Рожкова [и др.] // Актуальные вопросы стоматологии : Сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ, профессору Исаак Михайловичу Оксману, Казань, 13 марта 2024 года. – Казань: Казанский государственный медицинский университет, 2024. – С. 567-584.

Сведения об авторах статьи:

Тарасова Юлия Германовна - д.м.н., доцент, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: tarul@yandex.ru

Субботина Анна Валерьевна - к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: anutik69@mail.ru

Дмитракова Наталия Рашидовна - к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: dmi-n-r@yandex.ru

УДК 615.013

Фомичева А.М., Круглова Н.В., Успенская О.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ КИСЛОТНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «РЕМАРСГЕЛЬ»

Приволжский исследовательский медицинский университет, г.Нижний Новгород

В статье приведены данные об изменении pH ротовой жидкости в группе пациентов с начальным кариесом. Наблюдалась стабилизация кислотно-щелочного баланса ротовой жидкости. Жалоб на повышенную чувствительность зубов не было, пациенты отмечали после пасты ощущение гладкости поверхности зубов. Полученные результаты подтверждали возможность использования данной пасты у пациентов с ортодонтическими конструкциями и начальным кариесом.

Ключевые слова: динамика кислотности, ремарсгель

Fomicheva A.M., Kruglova N.V., Uspenskaya O.A.

INVESTIGATION OF THE DYNAMICS OF THE ACIDITY OF THE ORAL FLUID AFTER USING REMARS GEL TOOTHPASTE

Privolzhsky Research Medical University, Nizhniy Novgorod

The article presents data on changes in the pH of the oral fluid in a group of patients with initial caries. Stabilization of the acid-base balance of the oral fluid was observed. There were no complaints of increased sensitivity of the teeth, patients noted a feeling of smoothness of the tooth surface after the paste. The results confirmed the possibility of using this paste in patients with orthodontic structures and initial caries.

Keywords: acidity dynamics, remarksgel.

Актуальность. Уровень кислотности в полости рта характеризует кислотно-щелочной баланс и может указывать на состояние здоровья организма. Бактерии зубного налета, выделяя кислоты различного состава, разрушают эмаль, растворяя находящиеся в ней молекулы кальция [5]. Соединения, входящие в двухкомпонентный комплекс «Ремарсгель», обладают способностью проникать в эмаль зубов и замещать утраченный кальций [2, 4].

Цель работы: изучить изменение кислотности ротовой жидкости до и после применения зубной пасты «Ремарсгель».

Материал и методы. На кафедре терапевтической стоматологии Приволжского исследовательского университета проведено клиническое обследование 45 пациентов, обратившихся за стоматологической помощью к студентам 3 и 4 курса стоматологического факультета. Всем пациентам был проведен сбор анамнеза, внешний осмотр, осмотр полости рта, пальпация лимфатических узлов, определен индекс КПУ, ИГ (по Грин-Вермиллиону), витальное окрашивание зубов 2%-раствором метиленового синего, измерение pH ротовой жидкости с использованием экспресс-тест индикаторных полосок. Всем пациентам была проведена профессиональная гигиена полости рта с использованием ультразвукового скейлера «Piezon Master», циркулярной щетки с полировочной пастой «Полидент»,

штрапсов, обучение правилам индивидуальной гигиены полости рта. Нами была выделена исследуемая группа из 5 пациентов с ортодонтическими конструкциями, у которых выявлен кариес в стадии белого пятна. Данным пациентам после проведения профессиональной гигиены была назначена новая щетка средней степени жесткости и двухкомпонентная зубная паста «Ремарсгель», которой рекомендовано в течении месяца чистить зубы 2 раза в день, утром после завтрака и вечером перед сном.

Результаты. В ходе исследования при сборе анамнеза у 11,11% обследованных были выявлены жалобы на эстетический дефект зубов в виде пятен на зубах, у 6,66% - жалобы на повышенную чувствительность зубов. Во время внешнего осмотра изменений со стороны конфигурации и цвета кожных покровов не выявлено. При осмотре полости рта 33,33% обследованных имели субкомпенсированную форму кариеса, 4,44% - компенсированную форму, 62,23% - декомпенсированную форму. При пальпации лимфатические узлы не увеличены. При проведении витального окрашивания зубов 2%-раствором метиленового синего наблюдалось голубое окрашивание меловидных, что свидетельствовало о наличии очагов деминерализации. При первоначальном измерении pH ротовой жидкости с использованием экспресс-тест индикаторных полосок до применения пасты «Ремарсгель» значение было приближенным к $\text{pH}=6.5$, т.е. наблюдался сдвиг кислотно-щелочного баланса в кислую сторону. Двухкомпонентная паста «Ремарс Гель» содержит нитрат кальция (туба №1) и гидрофосфат аммония (туба №2). В результате безопасной химической реакции, на поверхности зубов образуется кристалл «брушита» (близкий по составу к кристаллу гидроксиапатита), который воздействует на очаг деминерализации и снижает повышенную чувствительность зубов. После применения двухкомпонентной пасты «Ремарсгель» наблюдалось изменение кислотности ротовой жидкости до $\text{pH} = 7$. Наблюдалась стабилизация кислотно-щелочного баланса ротовой жидкости. Жалоб на повышенную чувствительность зубов не было, пациенты отмечали после пасты ощущение гладкости поверхности зубов. Полученные результаты подтверждали возможность использования данной пасты у пациентов с ортодонтическими конструкциями и начальным кариесом [1, 3].

Выводы. Таким образом, при использовании двухкомпонентной пасты «Ремарсгель» в исследуемой группе наблюдалось восстановление кислотности ротовой жидкости до слабощелочной среды и снижение повышенной чувствительности зубов.

Список использованной литературы

1. Бойкова, Е.И. Возможность применения зубной пасты "ремарсгель" у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с применением брекет-системы / Е. И. Бойкова, Е. П. Евневич // Medicus. 2022. № 5(47). С.46-52.

2. Горожанина, У. Влияние реминерализирующей пасты Remarsgel на состояние зубной эмали / У. Горожанина, О. В. Прохорова // Молодежь и наука: материалы международной научно-практической конференции старшеклассников, студентов и аспирантов, Нижний Тагил, 28 мая 2021 года. 2021. С.196-198.

3. Перов, Я. Б. Применение Ремарс геля для профилактики и лечения начального кариеса / Я. Б. Перов, Ю. О. Чен // Фундаментальная наука и клиническая медицина - человек и его здоровье: XXIII Международная медико-биологическая конференция молодых исследователей, посвященная 25-летию медицинского факультета СПбГУ. Материалы научной конференции, Санкт-Петербург, 26 сентября 2020 года. Том XXIII. Санкт-Петербург: Общество с ограниченной ответственностью Издательский дом «Сциентиа», 2020. С.224-225.

4. Садовский, В.В. Сравнительная оценка профилактической эффективности индивидуальных средств гигиены полости рта у лиц с декомпенсированной формой кариеса / В. В. Садовский, И. Э. Есауленко, Б. Р. Шумилович // Российский стоматологический журнал. 2020. Т. 24. №6. С.374-381.

5. Фролова К.Е., Зюлькина Л.А., Геращенко С.М., Корецкая Е.А., Ефремова А.В. Рентгенологическая оценка эффективности лечения хронического апикального периодонтита препаратами на основе высокодисперсной гидроокиси кальция. Медицинский вестник Башкортостана. 2023;18(3):25-28.

Сведения об авторах статьи:

Успенская Ольга Александровна - д.м.н., доцент, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г.Н.Новгород, ул. Минина, 20а

Круглова Наталья Валерьевна - к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г.Н.Новгород, ул. Минина, 20а, e-mail: kruglov_37@mail.ru

Фомичева Арина Максимовна - студентка 3 курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г.Н.Новгород

УДК 616.314.1-07:616.311:57.083.1

Швец Д.Ю., Гимранова И.А., Акмалова Г.М., Абрамишвили Я.Р., Вдовина И.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОТЫ ЗУБНОГО КАМНЯ И СОДЕРЖИМОГО ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г. Уфа

Развитие воспалительных заболеваний пародонта относится к актуальным проблемам стоматологии. На сегодняшний день исследований, посвященных изучению особенностей microbiоты на разных стадиях прогрессирования пародонтита – от формирования зубного камня до хронического генерализованного пародонтита проведено сравнительно мало. Ввиду этого, целью исследования явилась сравнительная характеристика microbiоты зубного камня и содержимого пародонтальных карманов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степенями тяжести. В качестве материала для исследования использовали зубные камни, содержимое пародонтальных карманов пациентов с ХГП легкой и средней степенями тяжести и десневой борозды здоровых лиц. Проводили бактериологическое исследование отобранного биоматериала с идентификацией методом масс-спектрометрии. В результате проведенного исследования у пациентов с ХГП из пародонтальных карманов были выделены и идентифицированы представители семейств *Streptococcaceae* (60,7%), *Staphylococcaceae* (35,2%), *Enterobacteriaceae* (35,2%), *Lactobacillaceae* (25,4%) и грибы рода *Candida* (24,5%), а из зубных камней – *Lactobacillaceae* (38%), *Streptococcaceae* (35%) и *Staphylococcaceae* (20%). В зубных камнях выявлено преобладание бактерий родов *Streptococcus* и *Staphylococcus*, которые за счет своей способности к адгезии к пелликуле зубов, формируют первичную биопленку на поверхности зубной бляшки, тем самым создают благоприятные условия для пародонтопатогенов, усиливающих течение пародонтита.

Ключевые слова: microbiота, зубной камень, пародонтит, пародонтальный карман, *Streptococcus* spp

Shvets D.Yu., Gimranova I.A., Akmalova G.M., Abramishvili Y.R.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE MICROBIOTA OF DENTAL CALCULUS AND PERIODONTAL POCKET CONTENTS IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALISED PERIODONTITIS

Bashkir state medical University, Ufa

The development of inflammatory periodontal diseases is one of the topical problems of dentistry. To date, there have been relatively few studies devoted to the study of microbiota features at different stages of periodontitis progression - from calculus formation to chronic generalized periodontitis. Therefore, the aim of the study was to comparatively characterize the microbiota of dental calculus and contents of periodontal pockets in patients with chronic generalized periodontitis of mild and moderate severity. The material used for the study included dental calculi, contents of periodontal pockets of patients with mild and moderate CGP and gingival sulcus of healthy individuals. Bacteriological examination of the selected biomaterial with identification by mass spectrometry was performed. As a result of the study, representatives of the *Streptococcaceae* (60,7%), *Staphylococcaceae* (35,2%), *Enterobacteriaceae* (35,2%), *Lactobacillaceae* (25,4%) and *Candida* fungi (24,5%) families were isolated and identified from periodontal pockets of patients with CGP, and from dental calculi - *Lactobacillaceae* (38%), *Streptococcaceae* (35%) and *Staphylococcaceae* (20%). The predominance of bacteria of *Streptococcus* and *Staphylococcus* genera was found in dental calculi, which due to their ability to adhere to the pellicle of teeth, form

a primary biofilm on the surface of dental plaque, thus creating favorable conditions for periodontopathogens that intensify the course of periodontitis.

Keywords: microbiota, dental calculus, periodontitis, periodontal pocket.

Актуальность. Пародонтит – многофакторное хроническое воспалительное заболевание пародонта, при котором происходит разрушение соединительной ткани и альвеолярной кости, что приводит к потере зубов [6,7,13]. В основе патогенеза данного заболевания ключевая роль принадлежит микроорганизмам, прежде всего – бактериям [6], и их взаимодействию с компонентами гуморального и клеточного звена иммунитета макроорганизма [9]. На состав орального микробиома могут оказывать влияние два типа факторов: эндогенные (наследственная предрасположенность и беременность) и экзогенные (питание, курение, употребление алкоголя, социально-экономический статус, а также использование антимикробных препаратов [2]. Известно, что переход гингивита в пародонтит и прогрессирование хронического генерализованного пародонтита (ХГП) зависит от одновременного воздействия нескольких неблагоприятных факторов. Согласно данным литературы, современная концепция возникновения пародонтита заключается в том, что заболевание без бактерий, колонизирующих зубной налет, развиваться не может [5]. В некоторых исследованиях было продемонстрировано, что у пациентов с пародонтитом в зубном налете одинаково встречаются бактерии рода *Actinomyces*, но в наддесневом налете обнаружен более высокий уровень бактерий родов *Actinomyces*, *Streptococcus*, *Capnocytophaga* и *Neisseria* в сравнении с поддесневой областью того же зуба. Кроме того, у пациентов с активным пародонтитом часто обнаружаются *Porphyromonas gingivalis* и *Tannerella forsythia* [12]. Зубной налет над десной вокруг зуба вызывает воспалительную реакцию, что увеличивает секрецию жидкости десневой борозды, в результате чего возникает дисбиоз полости рта и состав микробиоты меняется в сторону преобладания анаэробных грамотрицательных бактерий. В дальнейшем хроническое воспаление, образование зубного камня способствуют возникновению пародонтита, а дисбиоз еще сильнее усугубляет воспалительную среду, что способствует деструкции костной ткани [10].

Зубной камень представляет собой химическую структуру, которая образуется в результате минерализации плотной бактериальной биопленки на поверхности зуба [8] и является более сложной, чем предшествующий ей зубной налет [11]. Известно, что влияние зубного камня на прогрессирование пародонтита не следует рассматривать, как местный фактор ввиду того, что его образование связано с изменениями минерального и белкового состава слюны, десневой жидкости, их ферментативной активности. Зубной камень не относится к одной из причин развития воспалительных заболеваний пародонта, однако его

патогенное действие усиливается при формировании на нем микробного налета. Таким образом, зубной камень рассматривается в качестве носителя налета [5]. Ввиду этого, интересным представляется изучение микробного состава и его изменений при переходе от стадии образования зубного камня до хронического генерализованного пародонтита.

Целью исследования явилась сравнительная характеристика микробиоты зубного камня и содержимого пародонтальных карманов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы. В качестве материала для исследования использовали содержимое пародонтальных карманов и зубные камни 102 пациентов с ХГП легкой и средней степенями тяжести в возрасте от 32 до 68 лет. В качестве контроля использовали содержимое десневой борозды 25 здоровых людей в возрасте от 25 до 38 лет. Клинический материал был получен в стоматологической поликлинике №2 и стоматологической клинике «Примадент» г. Уфа. Все пациенты дали добровольное информированное согласие на исследование.

Забор материала из глубоких участков пародонтальных карманов, а также содержимого десневой борозды проводили с помощью стерильных бумажных конусных эндодонтических штифтов (META BIOMED, Южная Корея) штифт вводили стерильным пинцетом на 15 секунд, затем его немедленно помещали в стерильные пробирки с тиогликолевой средой. Забор зубных камней проводили механическим способом с помощью стоматологической кюретки, затем их помещали в пробирки с тиогликолевой средой и инкубировали в течении суток в шейкер-инкубаторе. Бактериологический посев отобранного материала проводили на различные питательные среды. Первичный посев содержимого пародонтальных карманов и десневой борозды производили в первый же день получения материала, а зубных камней на второй день. Идентификацию до вида проводили методом масс-спектрометрии по принципу MALDI-TOFF.

Результаты обработаны с использованием стандартных пакетов программы MicrosoftExcel 2010. Для сравнения независимых выборок, подчиняющихся закону нормального распределения, использовали параметрический критерий Стьюдента, значения t-критерия находили для 95% уровня значимости. Данные на диаграммах представляют средние арифметические величины и стандартные ошибки, количество повторений указано для каждого случая отдельно.

Результаты и обсуждение. В результате бактериологического исследования из содержимого пародонтальных карманов пациентов с ХГП легкой и средней степенями

тяжести были идентифицированы 53 вида бактерий и 10 видов грибов (рис. 1, 2, 3), из зубных камней – 25 видов бактерий и 14 видов грибов (рис. 4, 5).

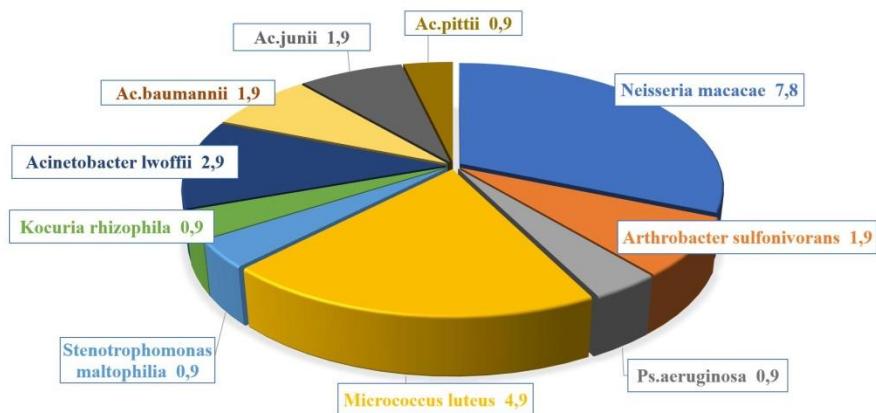


Диаграмма 1. Аэробные микроорганизмы, %

Рис. 1. Частота встречаемости аэробных микроорганизмов, выделенных из пародонтальных карманов %

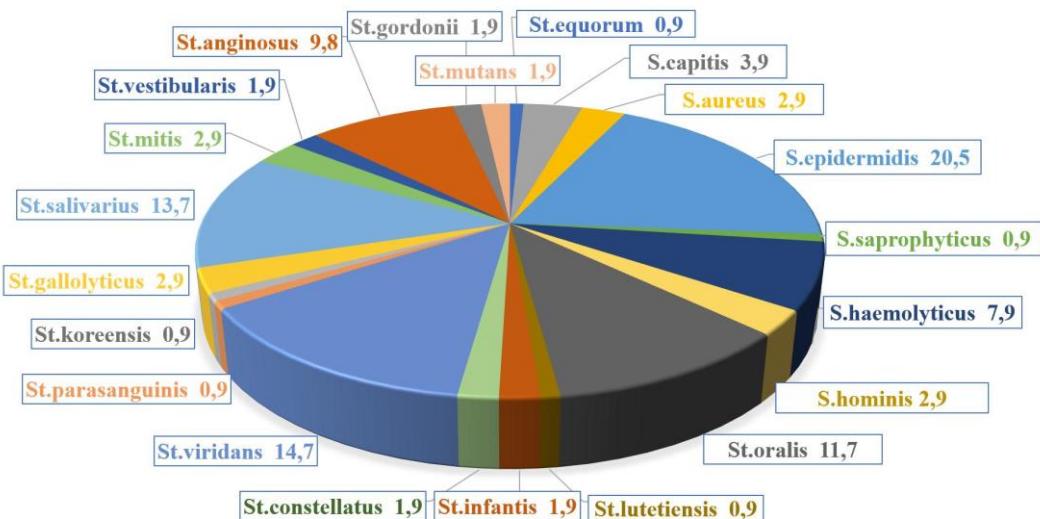


Диаграмма 2. Факультативно-анаэробные микроорганизмы. *Staphylococcus*, *Streptococcus*, %

Рис.2. Частота встречаемости бактерий родов *Staphylococcus* и *Streptococcus*, выделенных из пародонтальных карманов %

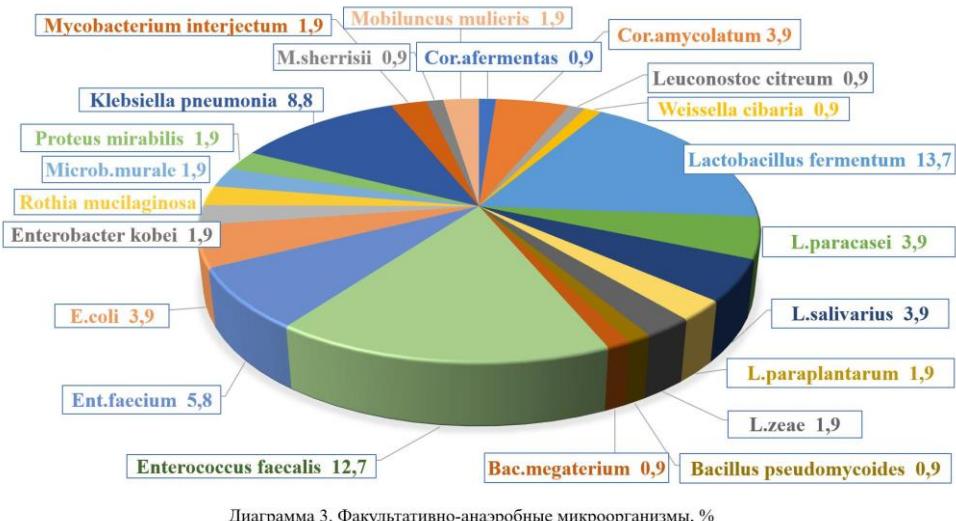


Диаграмма 3. Факультативно-анаэробные микроорганизмы, %

Рис.3. Частота встречаемости факультативно-анаэробных микроорганизмов, выделенных из пародонтальных карманов %

Доминирующими семействами бактерий, выявленных из содержимого пародонтальных карманов, были *Streptococcaceae* (60,7%), *Staphylococcaceae* (35,2%), *Enterobacteriaceae* (35,2%), *Lactobacillaceae* (25,4%) и грибы рода *Candida* (24,5%). В то время как из зубных камней были выделены представители семейств *Lactobacillaceae* (38%), *Streptococcaceae* (35%) и *Staphylococcaceae* (20%). В контрольной группе у всех пациентов обнаруживались представители нормальной микробиоты полости рта – виды родов *Streptococcus* и *Lactobacillus*.

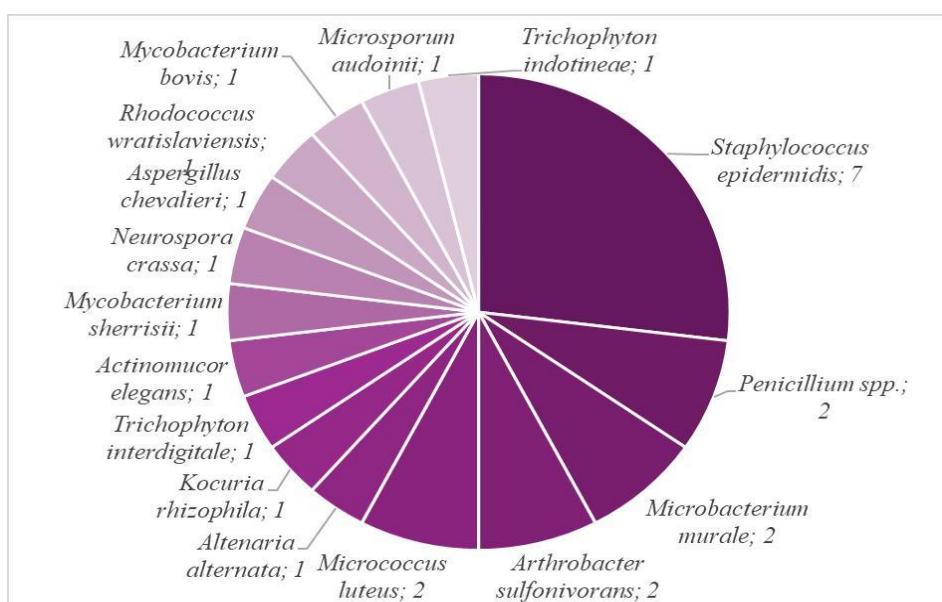


Рис. 4. Частота встречаемости аэробных микроорганизмов, выделенных из зубных камней %

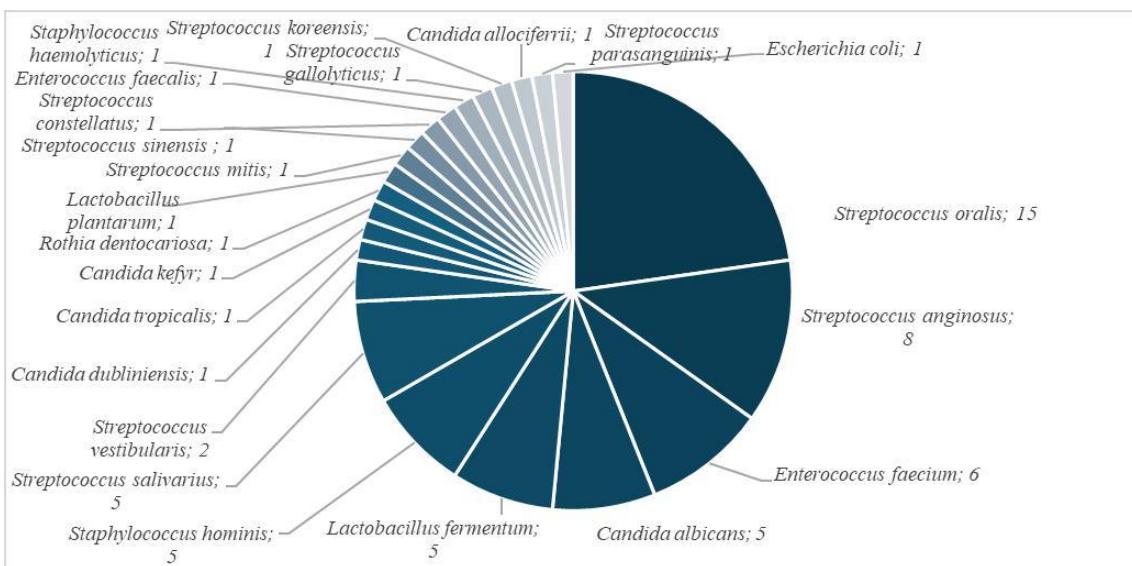


Рис. 5. Частота встречаемости факультативно-анаэробных микроорганизмов, выделенных из зубных камней %

Нужно отметить, что в пародонтальных карманах у больных с ХГП легкой степени количество видов рода *Lactobacillus*, относящегося к нормобиоте, заметно снижалось, а у пациентов со средней степенью практически не обнаруживалось. Кроме того, были выявлены пародонтопатогены - *P. gingivalis* и *Fusobacterium nucleatum*, которые не встречались у здоровых людей [1]. По мере прогрессирования пародонтита от легкой к средней степени тяжести количество грибов рода *Candida* spp. увеличилось до 48,3% по сравнению с контрольной группой. У больных с ХГП в пародонтальных карманах выявлен обильный рост бактерий родов *Streptococcus*, *Staphylococcus* и *Fusobacterium*, что указывает на выраженный дисбиоз. Выявлено повышение частоты встречаемости *E. coli*, что может способствовать развитию гнойно-воспалительных процессов в полости рта [4]. В зубных камнях у пациентов с ХГП преобладали бактерии рода *Streptococcus*, включая виды *S. salivarius*, *S. oralis*, *S. constellatus*, *S. anginosus*, *S. mitis*, *S. sanguis* и *S. parasanguinis*; *Staphylococcus* – *S. hominis*, *S. epidermidis* и *S. capiti*. Известно, что *S. sanguis*, *S. mitis* и *S. oralis* относятся к ранним колонизаторам зубной бляшки, так как они способны адгезироваться к пелликуле зубов, что позволяет им закрепиться на поверхности и начать процесс колонизации. В свою очередь пародонтопатогены, включая *P. gingivalis*, зачастую прикрепляются к формирующейся биопленке на поверхности зубной бляшки, используя ее как субстрат, что значительно усугубляет течение заболевания [3].

Заключение. Таким образом, формирование биопленки и ее последующая минерализация с образованием зубного камня способствует созданию благоприятных

условий для развития воспалительных заболеваний пародонта. Понимание особенностей видового состава зубного камня и пародонтальных карманов указывает на необходимость разработки эффективных способов коррекции микробиоты ротовой полости, методов терапии и профилактики пародонтита.

Список использованной литературы

1. Казимов А.Э. Пародонтопатогенная микрофлора как фактор риска развития плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта / А.Э. Казимов, З.В. Григорьевская, М.А. Кропотов, Н.С. Багирова, И.Н. Петухова, И.В. Терещенко, М.Б. Пак // Опухоли головы и шеи. 2021. № 3. С. 83-93.
2. Леонов Г.Е. Особенности микробиома ротовой полости при различных соматических заболеваниях / Г.Е. Леонов, Ю.Р. Вараева, Е.Н. Ливанцова, А.В. Стародубова // Вопросы питания. 2023. № 4. С. 6-19.
3. Царев В.Н. Пародонтопатогенные бактерии - основной фактор возникновения и развития пародонтита / В.Н. Царев, Е.Н. Николаева, Е.В. Ипполитов // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2017. № 5. С. 101-112.
4. Царев В.Н. Микробиология, вирусология, иммунология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. С. 135-140.
5. Цепов Л.М. Хронический генерализованный пародонтит: ремарки к современным представлениям / Л.М. Цепов, Е.А. Михеева, Н.А. Голева, М.М. Нестерова // Пародонтология. 2010. № 1. С. 1-7.
6. Чернышева Н. Д., Чуйкин Сергей Васильевич, Акмалова Гузель Маратовна Состояние тканей пародонта у пациентов с дерматозами // Проблемы стоматологии. 2018. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-tkaney-parodonta-u-patsientov-s-dermatozami> (дата обращения: 14.03.2025)
7. Глинкин, В.В. Хемомеханическая методика обработки корневых каналов зубов с деструктивными формами периодонтитов в стадии обострения / Вестник Башкирского государственного медицинского университета № 3, 2020. С. 93-97.
8. Abdulkareem A.A. Current concepts in the pathogenesis of periodontitis: from symbiosis to dysbiosis / A.A. Abdulkareem, F.B. Al-Taweel, A.J.B. Al-Sharqi, S.S. Gul, A. Sha, I.L.C. Chapple // J Oral Microbiol. 2023. № 15. P. 2197779.
9. Dahlén G. A microbiological study in relation to the presence of caries and calculus / G. Dahlén, K. Konradsson, S. Eriksson, R. Teanpaisan, S. Piwat, A. Carlén // Acta Odontol Scand. 2010. Vol. 68. № 4. P. 199-206.
10. Sharifovich A.D. The role of the immune system and oral fluid and blood antimicrobial peptides in patients with chronic generalized periodontitis / A.D. Sharifovich, R.J. Alimjanovich // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. 2023. № 5. P. 64-71.
11. Van Dyke T.E. The nexus between periodontal inflammation and dysbiosis / T.E. Van Dyke, P.M. Bartold, E.C. Reynolds // Front Immunol. 2020. № 11. P. 511.
12. Velsko I.M. Ancient dental calculus preserves signatures of biofilm succession and interindividual variation independent of dental pathology / I.M. Velsko, L. Semerau, S.A. Inskip, M.I. García-Collado, K. Ziesemer, M.S. Ruber, L. Benítez de Lugo Enrich, J.M. Molero García,

D.G. Valle, A.C. Peña Ruiz, D.C. Salazar-García, M.L.P. Hoogland, C. Warinner // PNAS Nexus. 2022. Vol. 1. № 4. P. 148.

13. Verma R.K. Virulence of major periodontal pathogens and lack of humoral immune protection in a rat model of periodontal disease / R.K. Verma, I. Bhattacharyya, A. Sevilla, I. Lieberman, S. Pola, M. Nair, S.M. Wallet, I. Aukhil, L. Kesavalu // Oral Dis. 2010. Vol. 16. № 7. P. 686-695.

14. Zhang Y. Human oral microbiota and its modulation for oral health / Y. Zhang, X. Wang, H. Li, C. Ni, Z. Du, F. Yan // Biomedicine & pharmacotherapy = Biomedecine & pharmacotherapie. 2018. № 99. P. 883–893.

Сведения об авторах статьи:

Швец Д.Ю. – ассистент кафедры фундаментальной и прикладной микробиологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; ORCID: 0000-0003-4292-4562

Гимранова И.А. – к.м.н., доцент, зав. кафедрой фундаментальной и прикладной микробиологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; ORCID: 0000-0003-3330-9437

Акмалова Г.М. – д.м.н., профессор кафедры стоматологии детского возраста, декан стоматологического факультета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; ORCID: 0000-0002-8487-1879

Абрамишвили Я.Р. – обучающийся 3 курса по направлению подготовки 06.03.01 Биология; ORCID: 0009-0003-4506-2985

Вдовина И. В. - врач стоматолог ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г. Уфа

УДК 616.31

Шиянова А.Д., Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Тасаева Е.А.
**ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
БЕРЕМЕННЫМ**

Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад.
И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Целью работы является изучение организации стоматологической помощи беременным женщинам. Методика работы заключалась в анализе статистики обращаемости беременных в стоматологическую поликлинику в течение календарного года, проведении анкетирования женщин по вопросам гигиены рта и профилактике стоматологических. Основные результаты показали низкий уровень обращаемости в стоматологическую поликлинику беременных женщин для проведения профилактических осмотров, а также необходимость применения междисциплинарного подхода к разработке и внедрению комплексных программ профилактики и лечения стоматологических заболеваний у данной группы.

Ключевые слова: беременность, стоматологическое здоровье, профилактика, организация здравоохранения.

Orehova L.Yu., Kudryavtseva T.V., Shiyanova A.D., Tasaeva E.A.
ISSUES OF DENTAL CARE FOR PREGNANT WOMEN

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russian
Federation

The aim of the work is to study the organization of dental care for pregnant women. The methodology of the work consisted of analyzing the statistics of visits of pregnant women to the dental clinic during the calendar year, conducting a survey of women on oral hygiene and prevention of dental diseases and a comprehensive dental examination with the definition of indices (CFE, OHI-S and PMA). The main results showed a low level of visits to the dental clinic of pregnant women for preventive examinations and oral sanitation, a high level of need for prevention and treatment of oral diseases, as well as the need to apply an interdisciplinary approach to the development and implementation of comprehensive programs for the prevention and treatment of dental diseases in this group.

Keywords: pregnancy, dental health, prevention, organization of health care.

Актуальность. Развитие новой жизни требует перестройки работы всех систем организма женщины, затрагивая, в первую очередь, эндокринную, кровеносную и нервную системы. Такие изменения, способствующие правильному течению беременности и родов, имеют также и побочные эффекты. Гиперпродукция ряда гормонов приводит к изменениям в углеводном, белковом и минеральном обмене [4]. Развитие маточно-плацентарного круга кровообращения и увеличение объема циркулирующей крови влечет за собой изменения в работе микроциркуляторного русла женщины. Снижение активности иммунной системы способствует повышению восприимчивости к инфекционным агентам [6]. Такие серьезные и комплексные изменения организма зачастую способны приводить к развитию и

прогрессированию как общесоматической патологии в целом, так и стоматологической в частности [1].

Во время беременности существенно возрастает интенсивность стоматологических заболеваний и изменяется их структура. Согласно результатам, необходимость лечения стоматологических заболеваний при беременности достигает 85-98% [2,3,5]. Основываясь на полученной статистике, невозможно переоценить важность корректной и эффективной организации стоматологической помощи для данной группы пациентов.

Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) рекомендуется посещение врача-стоматолога во время беременности не менее 2-х раз, что указано в пункте 6. Акушеры-гинекологи назначают посещение стоматолога в первом и третьем триместре. В то же время обязательная санация полости рта в процессе беременности данным приказом не регламентируется.

Все это диктует необходимость дополнительного анализа организации стоматологической помощи беременных в условиях амбулаторно-поликлинической помощи.

Цель работы: изучить особенности организации стоматологической помощи беременным женщинам.

Материалы и методы. Обследование беременных женщин, было проведено в г. Санкт-Петербург на базе стоматологической поликлиники, где была составлена статистика обращаемости беременных женщин с целью проведения профилактического осмотра врачом-стоматологом в течение одного календарного года и статистика работы стоматологического кабинета при женской консультации.

Всем беременным (в количестве 520 женщин), обратившимся за этот период в поликлинику для проведения профилактического осмотра, было проведено комплексное стоматологическое обследование с определением индексов интенсивности кариеса (КПУ), гигиенических (ОНІ-S) и пародонтологических (РМА). Были проанализированы результаты анкеты-опросника, включающего вопросы профилактики стоматологических заболеваний и мотивации к поддержанию стоматологического здоровья. В начале исследования у пациенток было получено письменное информированное добровольное согласие.

Результаты. Исследование показало, что из 1261 женщин, поставленных на учет по беременности в женской консультации в 2024 году, 732 были осмотрены именно в

стоматологическом кабинете при женской консультации. При этом 79% из них не обратились в стоматологическую поликлинику для продолжения лечения (рис.1).

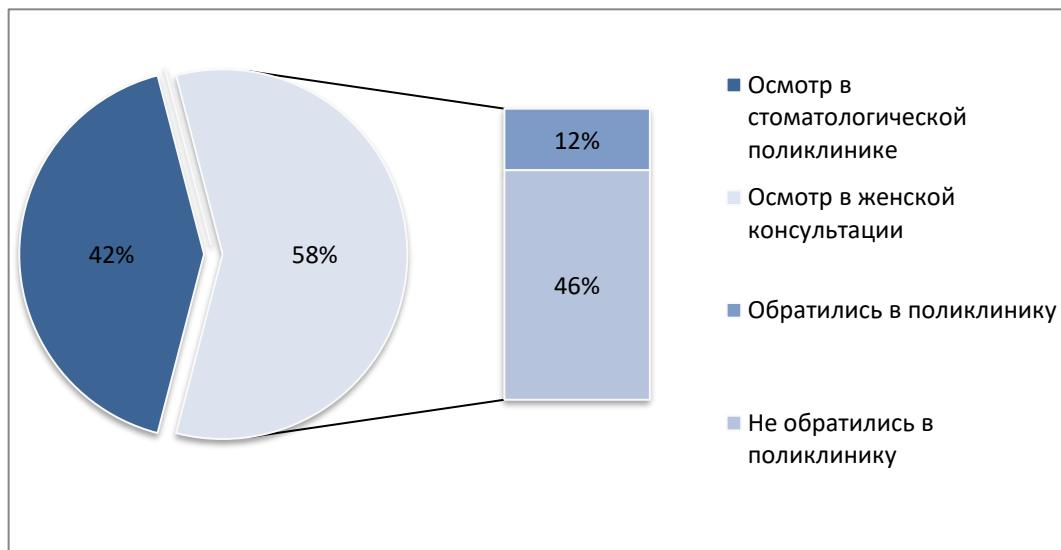


Рисунок 1. Статистика обращаемости беременных для профилактического стоматологического осмотра.

Согласно данным за 2024 год, количество женщин, обратившихся в поликлинику с целью проведения профилактического осмотра врача – стоматолога, достигло 520. Более половины из них (57%) находились на этот момент во втором триместре беременности (рис. 2). В возрастной структуре исследуемых преобладали женщины от 25 до 35 лет (71%).



Рисунок 2. Структура обращаемости беременных в поликлинику

Исходя из результатов анкеты – опросника были выведены следующие показатели: менее 1 раза в год профилактические осмотры у врача – стоматолога проходят 73% беременных женщин, 12% посещают его 1 раз в год, и лишь 15% посещают

стоматологические клиники 2 раза в год. Согласно данным, 51% пациенток обращаются к специалистам по мере необходимости или при возникновении острой боли (38%). И только 11% женщин – на плановую санацию и профилактический осмотр (Рис.3). Число беременных, регулярно посещающих стоматологические клиники, составило лишь 13%

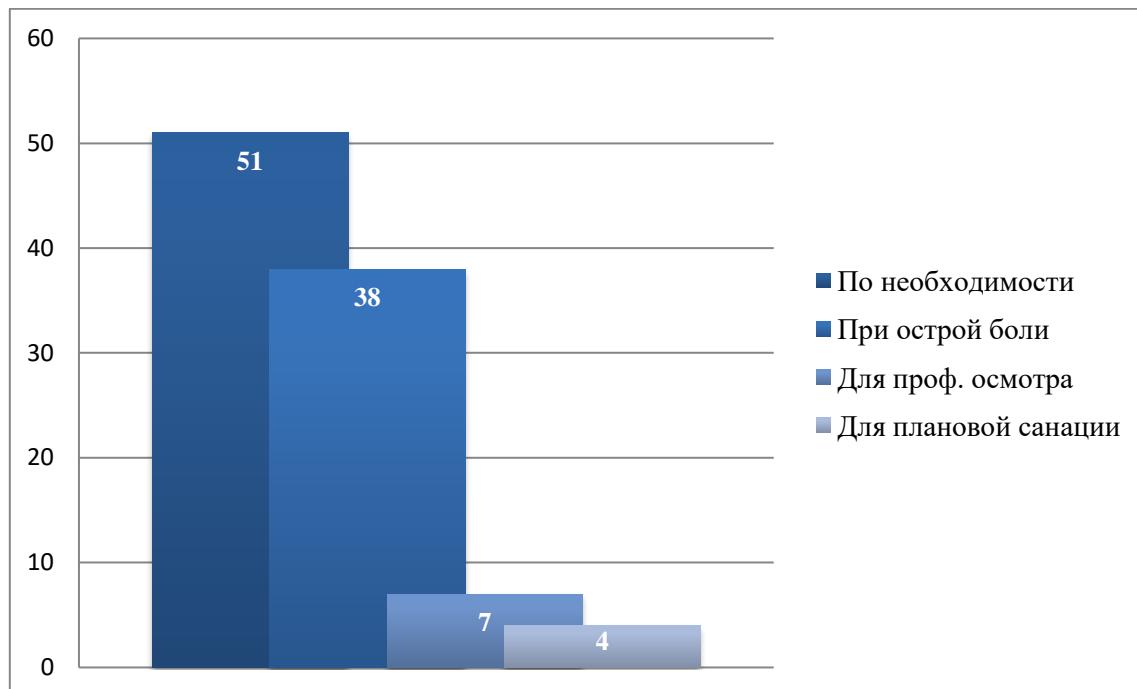


Рисунок 3. Причины посещения врача-стоматолога беременными

Результаты: 58% исследуемых не были уведомлены о необходимости санации полости рта, 79% женщин не посещали профилактические осмотры (рис. 4).

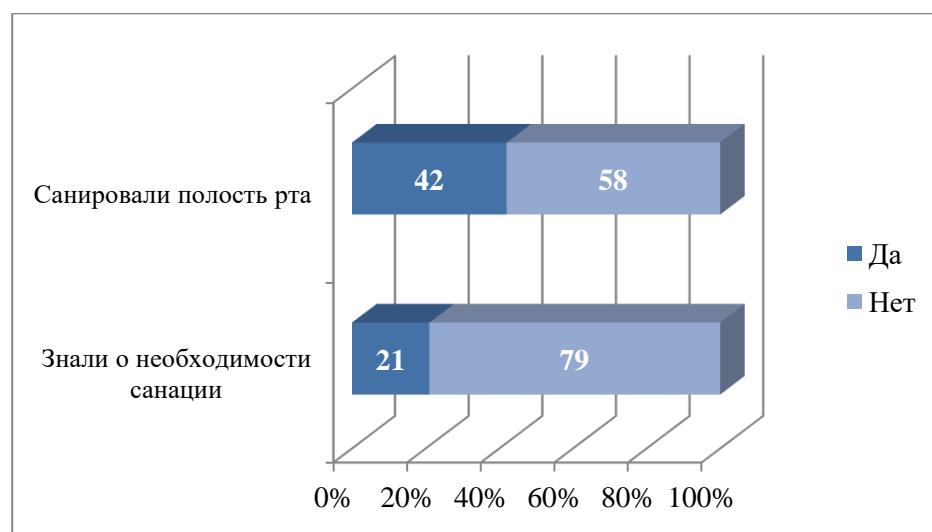


Рисунок 4. Данные анкетирования о санации рта перед наступлением беременности

За время беременности осуществляли лечение стоматологических заболеваний только 35% женщин (182 человека), а полностью санировали полость рта к моменту родов лишь 12% (62 человека).

По результатам комплексного стоматологического обследования, санировали полость рта до начала беременности только 80 человек из 520. Нуждаемость в лечении заболеваний рта составила 92%. Основными заболеваниями, выявленными у данной группы, явились кариес зубов и воспалительные заболевания пародонта (рис.5).

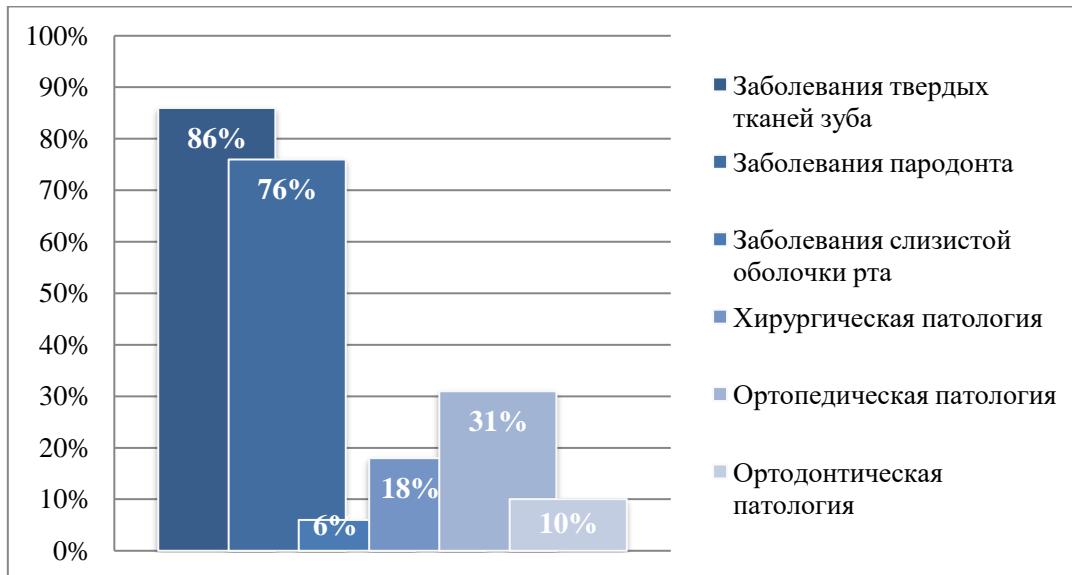


Рисунок 5. Структура заболеваемости беременных пациенток

Индексная оценка состояния полости рта исследуемых показала высокий уровень интенсивность кариеса с преобладанием в структуре количества зубов, пораженных кариесом, плохой уровень гигиены рта и среднюю степень воспаления десневого края (табл.1).

Таблица 1.

Средние значения индексной оценки в группе беременных

Индекс	КПУ	Кариес	Пломба	Удалено	OHI-S	PMA
Средние значения в группе	12,41 ± 0,61	5,89 ± 0,43	4,54 ± 0,58	1,97 ± 0,19	2,65 ± 0,08	35,44% ± 1,62%
Примечание: p>0,05						

Выводы. Полученные в ходе исследования данные указывают на низкий уровень приверженности к проведению санационных мероприятий среди беременных женщин. Из

результатов анкетирования видно, что пациентки нерегулярно обращаются к врачам-стоматологам.

Таким образом, в течение всего периода беременности необходимо уведомлять женщин о важности посещения врачей – стоматологов, что обеспечивается при грамотном взаимодействии женских консультаций и стоматологических поликлиник. Поэтому основным выводом данного исследования является выявление недостаточной преемственности между данными организациями.

С целью повышения уровня стоматологического здоровья будущих матерей необходимо внедрение междисциплинарного подхода к ведению беременности, объединяющего усилия врачей-стоматологов и акушеров-гинекологов в разработке и внедрении стратегического плана проведения широкого ряда профилактических мероприятий, а также повышения мотивации беременных к регулярному посещению врача-стоматолога для проведения профилактических осмотров и своевременного выявления, и лечения заболеваний рта.

Список использованной литературы

1.Гараев Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Бакиров А.А., Гафарова А.Р. Особенности оказания хирургической помощи в условиях пандемии COVID-19 (обзор литературы). Креативная хирургия и онкология, №3(98), Т -12, 2022 год. С.193-198.

2.Зойиров, Т. Э. Стоматологический статус и осведомленность в вопросах профилактики основных стоматологических заболеваний (обзор литературы) / Т. Э. Зойиров, Ш. А. Содикова // Herald of Science and Education. – 2020. – № 22-3(100). – С. 53-56. – EDN WTUUMT.

3.Кудрявцева Т.В., Березкина И.В., Орехова Л.Ю., Шиянова А.Д., Оксас Н.С., Рахова В.Н., Изучение информированности беременных женщин по вопросам индивидуальной гигиены полости рта и профилактике стоматологических заболеваний / Т.В. Кудрявцева, И.В. Березкина, Л.Ю. Орехова и др. // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2022. - №1(22). – С. 12-18. DOI: 10.33925/1683-3031-2021-22-1-12-18.

4.Леонтьева Н.В. Особенности гормонального статуса во время беременности // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2022. №1 – С. 22-27. <https://doi.org/10.24412/2790-1289-2022-1-2227>

5.Микляев, С. В. Оценка стоматологического статуса беременных женщин / С. В. Микляев, И. А. Микляева // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2020. – № 3(75). – С. 166-169. – DOI 10.19163/1994-9480-2020-3(75)-166-169. – EDN WLQWGW.

6. Ребров, Б. А. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности / Б. А. Ребров, О. А. Белкина // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 11-12(371-372). – С. 18-22

Сведения об авторах статьи:

Шиянова Анастасия Дмитриевна - ассистент кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, e-mail: dr.anastasia.95@gmail.com

Орехова Людмила Юрьевна - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии терапевтической и пародонтологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, e-mail: prof_orekhova@mail.ru

Кудрявцева Татьяна Васильевна - д.м.н., профессор кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, e-mail: prof_kudryavtseva@mail.ru

Тасаева Екатерина Альбертовна - студент 3 курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, e-mail: ek.tasaeva@gmail.com