

ISSN 1819-0464

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2026
специальный
выпуск
1

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

научно-практический журнал

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА

scientific practical journal

UNIVERSITY CLINIC

**специальный выпуск № 1
2026**

Главный редактор

Игнатенко Г.А.

Зам. главного редактора

Колесников А.Н.

Ответственный секретарь

Смирнов Н.Л.

Редакционная коллегия

Багрий А.Э. (Донецк)

Балацкий Е.Р. (Донецк)

Дубовая А.В. (Донецк)

Игнатенко Т.С. (Донецк)

Клемин В.А. (Донецк)

Луцкий И.С. (Донецк)

Майлян Э.А. (Донецк)

Оприщенко А.А. (Донецк)

Редакционный совет

Балькова Л.А. (Саранск)

Батюшин М.М. (Ростов-на-Дону)

Вакуленко И.П. (Донецк)

Григоренко А.П. (Белгород)

Крутиков Е.С. (Симферополь)

Кулемзина Т.В. (Донецк)

Лазаренко В.А. (Курск)

Максюков С.Ю. (Ростов-на-Дону)

Мамаева Е.В. (Казань)

Мухин И.В. (Донецк)

Обедин А.Н. (Ставрополь)

Прилуцкий А.С. (Донецк)

Слепушкин В.Д. (Владикавказ)

Тотиков В.З. (Владикавказ)

Усов В.Ю. (Томск)

Хараева З.Ф. (Нальчик)

Харченко В.В. (Курск)

Хмелевская И.Г. (Курск)

Шемонаев В.И. (Волгоград)

Шульгинова А.А. (Курск)

ISSN 1819-0464

научно-практический журнал
«Университетская Клиника»

специальный выпуск № 1, 2026

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Регистрационный номер ПИ № ФС77-85473 от 17.07.2023 г.

Периодичность: 4 раза в год

Учредитель журнала:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России

Издатель журнала:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России

Адрес редакции и издателя:

283003, Донецкая Народная Республика,
г.о. Донецк, г. Донецк, пр-т Ильича, д. 16

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени и доктора наук по следующим специальностям:

- 3.1.7. Стоматология (медицинские науки),
- 3.1.9. Хирургия (медицинские науки),
- 3.1.18. Внутренние болезни (медицинские науки),
- 3.1.20. Кардиология (медицинские науки),
- 3.1.21. Педиатрия (медицинские науки),
- 3.1.24. Неврология (медицинские науки),
- 3.2.7. Иммунология (медицинские науки),
- 3.3.1. Анатомия и антропология (медицинские науки),
- 3.3.3. Патологическая физиология (медицинские науки).

Журнал индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ), Google Scholar, Ulrich's Periodicals Directory, Index Copernicus International (ICI).

Подписано в печать: 26.03.2026 г.

Дата выхода в свет: .

Формат 60×84/8.

Гарнитура PT Serif, PT Sans

Тираж 50 экз.

Распространяется бесплатно

**Материалы
III научно-практической конференции
с международным участием,
посвященной памяти
профессора И.В. Чижевского**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ, ОРТОДОНТИИ И ПРОФИЛАКТИКИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

27 марта 2026 года

Представленные к печати материалы не рецензировались, публикуются в авторской редакции, сохранена орфография и пунктуация оригинала. Авторы несут ответственность за достоверность и точность предоставленной информации. Внесенные редакцией исправления касаются исключительно оформления публикаций.

Алексеевко А.А.¹, Алексеевко О.В.²

¹ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

²ООО «Центр ортодонтии и детской стоматологии Дентал Гуру», г. Донецк

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕДАЦИИ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО

Одной из важнейших проблем в детской стоматологии являются боль и волнение перед стоматологическими вмешательствами. На данный момент основным методом позволяющим избежать волнений, капризов, истерик и каких-либо болевых ощущений во время стоматологического лечения у детей признана седация.

Цели:

- изучить преимущества использования седации в детской стоматологии
- изучить особенности психоэмоционального состояния детей на стоматологическом приёме

Материал и методы. Для проведения данного обзора литературы была использована систематическая методология, основанная на международных стандартах. Поиск литературы охватывал период с 2008 по 2026 годы, что позволило включить обзор как современных, так более ранних исследований, обеспечивая тем самым всесторонний анализ. Основное внимание при анализе данных уделялось эффективности и безопасности различных методов седации, включая ингаляционную с севораном, пероральную с использованием мидазолама и внутривенную с пропофолом. Также учитывались психологические аспекты, такие как уровень тревожности и комфорта пациентов, а также удовлетворенность родителей.

Результаты и обсуждение. Ключевым преимуществом седации выступает возможность качественного лечения пациентов, у которых стандартный прием невозможен. К данной категории относятся дети раннего возраста (от 1 до 3 лет), а также пациенты с ограниченными возможностями здоровья и особыми потребностями (расстройства аутистического спектра, ДЦП, синдром Дауна), у которых отсутствует продуктивный контакт и невозможна выработка позитивного поведения. С клинической точки зрения седация создает оптимальные условия для работы врача: отсутствие психоэмоционального напряжения и утомления у ребенка позволяет выполнить расширенный объем манипуляций (включая лечение пульпита, периодонтита, экстракцию зубов) за одно посещение, что особенно важно при комплексной санации полости рта. Расслабленный и спокойный пациент позволяет стоматологу работать в более комфортных условиях, что способствует точности и аккуратности выполнения процедур.

Важным аспектом является психотерапевтическое воздействие метода. Положительный опыт лечения под седацией способствует снижению уровня тревоги и стресса, формирует у ребенка доверие к врачу и предотвращает развитие стоматофобии в будущем.

Безопасность применения седации обеспечивается использованием современных препаратов с контролируемым действием (пропофол, севофлуран), строгими протоколами мониторинга состояния пациента и обязательным присутствием квалифицированного анестезиолога-реаниматолога.

Заключение. Таким образом, седация является методом выбора при лечении детей с ограниченными возможностями здоровья и особыми потребностями, с высокой тревожностью, дентофобией, а также у пациентов, нуждающихся в сложном и объемном стоматологическом лечении, обеспечивая комфорт, безопасность и высокое качество медицинской помощи.

Бабушкина Н.С., Пушкова Т.Н.

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБНОЙ ПАСТЫ С МИНЕРАЛЬНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

Задачи профессиональной и индивидуальной гигиены полости рта направлены на устранение факторов риска, представляют собой основу первичной профилактики заболеваний полости рта.

Цель исследования – обучение гигиене полости рта с применением новых средств по уходу за полостью рта на основе минеральных компонентов.

Материал и методы. Нами были проведены доклинические испытания новой зубной пасты, обладающей мультикомплексным воздействием на ткани пародонта, слизистую оболочку полости рта и твердые ткани зубов. Предлагаемая зубная паста, содержащая в своем составе минералы в виде активной органно-минеральной основы жидкого грязевого препарата «Биоль», компоненты лекарственных трав и эфирных масел, а также субстрата из черноморских моллюсков с содержанием перламутра, трех водорослей (спирулины, ламинарии, зостеры), выполненная на основе Сакской минеральной воды, благодаря содержанию мультиактивного природного комплекса снижает чувствительность зубов; подавляет кариеогенные бактерии, образование налета, зубного камня, защищает десну и слизистую от воспаления; укрепляет и отбеливает эмаль зубов.

Клинические испытания проводили на группах пробантов в возрасте 7-18 лет (84 человека) с заболеваниями кариеса и гиперестезии твердых тканей зубов и 100 человек в возрасте 20-55 лет с заболеваниями хронического гингивита, генерализованного пародонтита, стоматита. Стратификация пациентов на группы проводилась на основе комплексного стоматологического обследования, проведенного по общепринятым методикам с учетом рекомендаций Всемирной организации здоровья (ВОЗ). В исследовании принимало участие 184 добровольца (101 женщина и 83 мужчины), которым в качестве гигиенического средства за уходом полости рта предоставлялись пробные клинические образцы биоминеральноактивной лечебно-профилактической зубной пасты. В течение двух недель добровольцы чистили зубы согласно стандартной профессиональной методике, после чего проводились осмотр и клинические исследования (индексы гигиены, распространенности кариеса, пародонтологические индексы).

Результаты и обсуждение. По результатам клинических испытаний было отмечено следующее: у пациентов с кариесом уменьшился налет на зубах, визуально отмечено отбеливание эмали; у пациентов с гиперестезией 1-2 степени после применения пасты на 3-4 сутки снизились болевые ощущения, а на 5 сутки прошла гиперестезия эмали и дентина; у пациентов с гингивитом и пародонтитом легкой, средней степени спустя 7 дней профессиональной чистки отмечено отсутствие кровоточивости десен. На основании проведенных клинических исследований было установлено, что лечебно-профилактический мультиактивный комплекс в виде зубной пасты безопасен для здоровья, не обладает местно-раздражающим и аллергическим действием, способствует удалению зубного налета, предупреждает образование зубного камня, укрепляет эмаль, снижает воспаление в тканях пародонта, слизистой, прекращает гиперестезию и кровоточивость десен.

Заключение. Таким образом, зубная паста может быть рекомендована лицам в возрасте от 7 лет без с воспалительными заболеваниями полости рта, кариесом зубов, гиперестезией для ежедневного двухразового применения. Изобретение относится к средствам для чистки зубов, а именно к лечебно-профилактическим зубным пастам. Предлагаемая зубная паста воздействует на твердые ткани зубов за счет повышения минерализации и резистентности эмали.

Бриль А.М.¹, Нечаева О.А.²

¹ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

²ООО «Центр ортодонтии и детской стоматологии Дентал Гуру», г. Донецк

НЕКОРРЕКТНЫЙ ВЫБОР ПАСТЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА МОЛОЧНОГО ЗУБА

Цель исследования. Выявить осложнения, возникающие при пломбировании корневых каналов в молочных зубах при неправильном выборе материала и способа на примере клинического случая.

Материал и методы. Были изучены данные клинического осмотра, анамнеза жизни и заболевания, внутриротовой контактной рентгенографии, удалённый зуб 5.3, запломбированный гуттаперчей.

Результаты исследования. На кафедре стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького МЗ РФ обратилась мама ребёнка 11 лет с жалобой на задержку смены молочного клыка на верхней челюсти. При внешнем осмотре лицо симметричное, пропорциональное. Аномалий прикрепления мягких тканей не выявлено, слизистая оболочка полости рта умеренно увлажнена без видимых патологических изменений. Гигиеническое состояние полости рта по Грину-Вермильону хорошее. Зуб 5.3 подвижен 1 степени, розовато-коричневого цвета, температурная проба отрицательная. Места в зубном ряду для 1.3 достаточно. Со слов мамы, этот зуб был лечен 4 года назад по поводу осложнённого кариеса.

На контактной рентгенограмме: корень 5.3 резорбирован на 1/2 длины, пломбировочный материал не рассосался. Предположительно корневой канал запломбирован методом латеральной конденсации гуттаперчей. Кончик пломбировочного материала упирается в зачаток 1.3. Пациенту было рекомендовано незамедлительно удалить 5.3. Удалённый молочный зуб запломбирован материалом коричнево-оранжевого цвета. Видна резорбция корня 5.3 практически на половину и её отсутствие у пломбировочного материала, которым obturирован корневой канал.

Через 1,5 месяца после удаления 5.3 при осмотре: коронка 1.3 прорезалась приблизительно на 2/3 своей высоты. На его вестибулярной поверхности пятно меловидного цвета, округлой формы диаметром 2,5 мм, с чёткими краями, при зондировании плотное. Температурная проба отрицательная, на воздух реакции нет, не окрашивается. Диагноз – местная гипоплазия 1.3.

Материалы, применяемые для пломбирования корневых каналов молочных зубов, должны соответствовать определённым требованиям, а именно: рассасываться по мере резорбции корня молочного зуба, легко вводиться в корневой канал, быть безопасным для периапикальных тканей и зачатка постоянного зуба, быстро рассасываться в случае выведения его за верхушку корня, обладать антисептическим действием, иметь адгезию к стенкам корневой канал, не давать усадку в корневом канале, легко удаляться из корневой канал в случае необходимости, быть рентгенконтрастным, не окрашивать зуб.

Выводы. Одним из главных требований к материалам, применяемым для пломбирования корней молочных зубов, является их способность к рассасыванию. Если корневой канал молочного зуба будет заполнен материалом не способным резорбироваться, это может привести к задержке смены постоянного зуба, вплоть до его ретенции, изменению направления его прорезывания и формированию зубочелюстной аномалии, развитию местной гипоплазии при давлении материала на зачаток постоянного зуба, что продемонстрировано на клиническом примере и нарушению физиологической смены молочных зубов.

Бугоркова И.А., Поварич К.А., Прикмета А.Г., Бех Н.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ В МЛАДШЕМ ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

Гемангиомы относятся к наиболее распространённым доброкачественным сосудистым новообразованиям у детей, однако их активный рост в возрасте старше 7–8 лет является нетипичным и требует повышенного внимания со стороны клиницистов. Быстротекущие формы могут приводить к функциональным нарушениям, выраженному косметическому дефекту и осложнениям, что обуславливает актуальность своевременной диагностики и выбора оптимальной тактики лечения.

Цель исследования. Проанализировать клиническое течение, особенности диагностики и тактику ведения пациентки 10 лет с быстро прогрессирующей гемангиомой подчелюстной области слева.

Материал и методы. Представлен клинический случай девочки 10 лет с новообразованием подчелюстной области слева. Проведены: клинический осмотр, пальпация, УЗИ с доплерографией. Оценивались размеры образования, характер кровотока и динамика роста.

Результаты исследования. У пациентки выявлено опухолевидное образование в подчелюстной области, характеризующееся быстрым увеличением размеров в течение нескольких недель. Клинически отмечались кровянистые выделения и умеренная болезненность. УЗИ подтвердила сосудистую природу опухоли без признаков инвазии в окружающие структуры.

На основании клинико-инструментальных данных установлен диагноз гемангиомы подчелюстной области с агрессивным течением. Учитывая быстрый рост образования, риск кровотечения из патологических тканей и формирования выраженного косметического дефекта, было принято решение о проведении хирургического лечения.

Оперативное вмешательство выполнено под общей анестезией. Доступ осуществлялся в подчелюстной области с учётом анатомических ориентиров и косметических линий. После послойного рассечения тканей произведено выделение сосудистого образования. В ходе операции отмечалась выраженная васкуляризация опухоли, что потребовало тщательного гемостаза. Проведена аккуратная мобилизация и полное иссечение гемангиомы с сохранением прилежащих анатомических структур, включая ветви лицевого нерва и подчелюстную слюнную железу.

Гемостаз достигнут с использованием коагуляции. Рана ушита. Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Отмечено устранение асимметрии лица и хороший косметический результат.

Гистологическое исследование удалённого материала подтвердило диагноз гемангиомы.

Заключение. Быстротекущий рост гемангиомы в старшем детском возрасте является редким клиническим вариантом и требует комплексного диагностического подхода. Своевременная верификация диагноза и раннее начало лечения позволяют минимизировать риск функциональных и эстетических нарушений. Представленный случай подчёркивает необходимость индивидуализации тактики ведения пациентов с сосудистыми новообразованиями.

Бугорков И.В., Майтамалова С.Р., Грицкевич Н.Ю.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ГОРМОНОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Более тяжелое течение воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта обусловлено сопутствующей общесоматической патологией. В качестве патогенетической терапии гормонозависимой бронхиальной астмы (ГБА) активно используются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), длительное применение которых инициирует развитие глюкокортикоидного остеопороза (ГОП) в альвеолярной кости у пациентов с генерализованным пародонтитом. Для диагностики и дальнейшего лечения ГОП используются специальные маркеры метаболизма костной ткани, с помощью которых определяется уровень резорбции костной ткани.

Цель исследования: определить и изучить показатели маркеров костного метаболизма у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), имеющих в анамнезе ГБА.

Материал и методы. В исследовании принимали участие пациенты с ХГП II степени тяжести с ГБА в анамнезе в возрасте от 17 до 25 лет. Всем участникам проводилась диагностика ГОП с помощью определения показателей маркеров костного метаболизма. Одним из наиболее специфичных маркеров костеобразования является неколлагеновый белок остеокальцин (Osteocalcin, GLA protein). Остеокальцин (ОК) продуцируется остеобластами и одонтобластами и обладает кальций-связывающей способностью и, взаимодействуя с гидроксиапатитом, участвует в минерализации кости. Щелочная фосфатаза (Alkaline phosphatase – ALP) – фермент, способствующий отщеплению фосфата от пирофосфата, который в дальнейшем входит в состав гидроксиапатита. Щелочная фосфатаза (ЩФ) задействована в минерализации костного матрикса, является маркером активности остеобластов. Гидроксипролин (оксипролин) является неспецифическим маркером обменных процессов в костной ткани. Гидроксипролин (ГП) входит в состав коллагена I типа и ассоциирован с уровнем распада коллагеновых волокон. Содержание ОК и ЩФ определяли в сыворотке крови пациентов, а ГП – в плазме крови. После определения показателей вышеуказанных маркеров, всем участникам исследования проводилась традиционная методика лечения ХГП (профессиональная гигиена ротовой полости, обработка ротовой полости «Октенисептом®», аппликации на слизистую оболочку альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти препарата «Дентамет®»). Также, пациентам в качестве общего лечения назначался остеотропный препарат «Альфакальцидол» по 1 мкг в сутки, курсом на 3 месяца.

Результаты и обсуждение. Начальные показатели маркеров костного метаболизма у исследуемых были следующими: уровень ОК $55,7 \pm 0,9$ нг/мл; содержание ЩФ $169,6 \pm 2,7$ Ед/л; показатель ГП $66,2 \pm 0,08$ мкмоль/л. Через 3 месяца после проведения базовой тактики ведения больных с ХГП и применения остеотропной терапии, повторный анализ на маркеры метаболизма костной ткани показал такие значения: уровень ОК $46,2 \pm 0,3$ нг/мл; содержание ЩФ $138,5 \pm 1,1$ Ед/л; показатель ГП $39,1 \pm 0,4$ мкмоль/л. Таким образом, прослеживается снижение уровней содержания маркеров костного преобразования до референсных значений. Также, после проведения традиционного местного лечения ХГП, клиническая картина проявления заболевания была менее выраженной. Пациенты отмечали улучшение состояния здоровья.

Заключение. Выяснено, что ИГКС напрямую воздействуют на клетки костной ткани. Важно отметить, что преобладание процессов резорбции над процессом костеобразования прослеживается уже в начале курса приема ИГКС. Потеря костной массы наиболее выражена в первые 3–6 месяцев от начала приема ИГКС. Развитие ГОП у пациентов с ХГП на фоне постоянного приема гормональных препаратов неизбежно. Маркеры метаболизма костной ткани служат для определения уровня патологических преобразований в кости и помогают в дальнейшем лечении ГОП. Введение остеотропных препаратов в базисную терапию ХГП позволяет купировать проявления ГОП и замедлить патологические изменения в костной ткани.

Бутвиловский А.В., Костюченко К.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

ОПЫТ СОХРАНЕНИЯ ВИТАЛЬНОСТИ ПУЛЬПЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ДЕНТИНА (ГЛУБОКОГО)

Консервативное эндодонтическое лечение (vital pulp therapy) – это лечение глубокого кариеса дентина / гиперемии пульпы / бессимптомного пульпита, направленное на ликвидацию очага воспаления в тканях пульпы с сохранением ее жизнеспособности.

Преимуществом консервативного эндодонтического лечения является сохранение зуба витальным. К недостаткам можно отнести необходимость высокочувствительной диагностики с использованием дополнительных методов и их точной интерпретации. Следует отметить, при проведении консервативного эндодонтического лечения важную роль играет практический опыт врача-специалиста.

В настоящее время на рынке представлено большое количество материалов для проведения консервативного эндодонтического лечения. В Республике Беларусь был зарегистрирован новый материал BioMTA, в состав порошка которого включен гидроксипатит, а в состав жидкости – катализатор (Ca²⁺). Производителем также уменьшен размер частиц. Эти модификации состава привели к повышению прочности и пластичности.

Цель исследования – получить клинический опыт сохранения витальности пульпы при лечении кариеса дентина (глубокого) с использованием новых материалов.

Материал и методы. Пациент без жалоб на боль обратился для лечения зубов перед имплантацией и протезированием.

Общий план лечения включал: 1) удаление зуба 1.4 (из-за глубокого поддесневого разрушения), имплантацию и изготовление металлокерамической коронки, 2) эндодонтическое перелечивание зуба 1.6 и установку металлокерамической коронки.

St.loc. На дистальной и окклюзионной поверхностях зуба 15 обнаружена старая реставрация с плохим краевым прилеганием, после ее удаления зондирование было болезненным по всему дну полости. На мезиальной поверхности этого зуба имелась еще одна кариозная полость. Холодовая проба была положительной с быстрым купированием боли. Значение показателя электроодонтодиагностики (ЭОД) составило 12.

Лечение. После инфильтрационной анестезии 0,5 мл 4% раствора артикаина зуб 15 был очищен щеткой и пастой без масла (Cleanic). После установки коффердама кариозные полости были отпрепарированы борами в повышающем наконечнике. После установки секционных матриц, клинышка и кольца на 1 минуту в кариозную полость поместили ватный шарик с 2% раствором хлоргексидина (БелСол №2). Затем на дно кариозной полости поместили прокладку BioMTA. Капсулу СИЦ (Proglass Nine) смешивали в RotoMix в течение 25 секунд и одновременно заполняли им кариозные полости. Выбор пломбирочного материала обусловлен его свойствами: минимальным раздражением пульпы, хорошим краевым прилеганием и высокой износостойкостью.

Через 5 минут мы проверили окклюзию с помощью артикуляционной бумаги Bausch и провели финишную обработку и полировку реставрации с помощью дисков Sof-lex и силиконовых полиров.

В течение 6 месяцев динамического наблюдения жалобы отсутствовали, реставрация была состоятельна, значение ЭОД снизилось до 6.

Заключение. Комбинация медицинских изделий, использованная для сохранения витальности пульпы при лечении кариеса дентина (глубокого), оказалась эффективной.

Бутвиловский А.В., Полянская Л.Н., Аль-Шинджиль З.М.Х., Анисова А.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ

Цель исследования – проанализировать использование адгезивных систем врачами-стоматологами-терапевтами Республики Беларусь при проведении реставрационной терапии.

Материал и методы. Проведено анкетирование 365 респондентов с помощью разработанного опросника, включающего вопросы о встречаемости постоперативной чувствительности зубов и используемых адгезивных системах. В зависимости от квалификационной категории врачи-стоматологи-терапевты были разделены на 2 группы. Группу 1 составили 145 респондентов без категории или со второй категорией, группу 2 – 220 респондентов с первой или высшей категорией.

Описание качественных признаков проводили в виде абсолютных значений и относительных частот в процентах. Значимость различий определена по критерию χ^2 (Пирсона) с критическим уровнем значимости при проверке статистических гипотез, равном 0,05.

Результаты и обсуждение. Установлено, что при проведении реставрации зубов врачи-стоматологи-терапевты отдают выраженное предпочтение универсальным адгезивным системам (поколение 8; 188 респондентов; 51,5%), а также адгезивным системам поколений 7 и 5 (151 респондент; 41,4% и 99 респондентов; 27,1%, соответственно).

При этом об использовании «золотого стандарта» адгезивных систем (поколение 4) сообщили только 33 врача-специалиста (9,0%).

Предпочтения выбора адгезивных систем при проведении реставрационной терапии в сформированных группах не отличались за исключением поколения 7, об использовании которого сообщили в 1,4 раза больше респондентов группы 2 (46,4%), чем группы 1 (33,8%).

Интерес представляет более тщательный анализ выбора универсальных адгезивных систем, которые благодаря уникальному составу и возможности выбора техники протравливания твердых тканей зуба, характеризуются низкой вероятностью возникновения постоперативной чувствительности при работе с ними (Полянская Л.Н., 2016; Крихели Н.И. и соавт., 2022). Среди универсальных адгезивных систем респонденты наиболее часто используют Prime&Bond Universal (180 врачей; 49,3%), Single Bond Universal (157 врачей; 43,0%), Tokuyama Universal Bond II (132 врача; 36,2%) и Optibond Universal (72 врача; 19,7%). При этом респонденты группы 2 используют Tokuyama Universal Bond II (42,3%) статистически значимо чаще, чем респонденты группы 1 (26,9%).

Доля респондентов, сообщивших об отсутствии постоперативной чувствительности зубов при работе с адгезивными системами поколения 4, составила 24,2%, поколения 5 – 4,0%, поколения 6 – 0%, поколения 7 – 6,0%, поколения 8 – 4,9%. Необходимо отметить, что анализируемый показатель для поколения 4 был статистически значимо ($p < 0,01$) больше, чем для поколений 5-7.

Выводы:

При проведении реставрации зубов респонденты отдают выраженное предпочтение универсальным адгезивным системам (51,5%), а также адгезивным системам поколений 7 и 5 (41,4% и 27,1%).

Только 33 врача-специалиста (9,0%) сообщили об использовании «золотого стандарта» адгезивных систем (поколение 4).

Предпочтения выбора адгезивных систем при проведении реставрационной терапии в сформированных группах не отличались за исключением поколения 7, об использовании которого сообщили в 1,4 раза больше респондентов группы 2 (46,4%), чем группы 1 (33,8%).

Об отсутствии постоперативной чувствительности зубов при применении адгезивных систем поколения 4 сообщили 24,2% респондентов, что статистически значимо ($p < 0,01$) больше, чем при работе с поколениями 5-7 (от 0 до 6,0%).

Бутвиловский А.В., Полянская Л.Н., Самсонов С.В., Костюченко К.С., Фархадов Э.Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ «РОЗОВОГО» ЗУБА

Патологическая резорбция зуба – патологический процесс, обусловленный влиянием неблагоприятных факторов и приводящий к убыли твердых тканей (дентина и цемента) корня зуба (Дедова Л.Н., Новак Н.В., 2025). Обнаружение патологической резорбции зуба часто является случайной рентгенологической находкой, однако это не означает, что данная патология является редкой. В исследовании Saboog A. et al. (2025) установлено, что по данным рентгенограмм суммарная частота наружной цервикальной и срединной резорбции составляет 2,94%. Менеджмент данной патологии в Республике Беларусь регламентируется клиническим протоколом, утвержденным Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 июня 2025 г. № 53, и в сложных клинических случаях требует междисциплинарного подхода, что и определяет актуальность работы в этом направлении.

Цель исследования – получить клинический опыт междисциплинарного взаимодействия при лечении патологической резорбции постоянного зуба.

Материал и методы. Пациентка 16 лет в сопровождении матери обратилась для осмотра. St. loc.: коронка зуба 1.2 розового цвета, на вестибулярной поверхности в области шейки имеется дефект тканей, уходящий под десну на 2 мм. Зондирование болезненно в 1 точке дна дефекта. Дефект заполнен грануляционной тканью, кровоточащей при прикосновении. Холодовая проба положительная с длительным болевым приступом. Перкуссия зуба безболезненная, слизистая в проекции зуба без изменений. На КЛКТ: очаг просветления на вестибулярной поверхности коронки и корня зуба 1.2 размером 4,5×3,0×2,5 мм. Диагноз: хронический пульпит зуба 1.2; прогрессирующая неперфорирующая наружная цервикальная локализованная патологическая резорбция зуба 1.2. Предложен следующий план лечения зуба 1.2: 1) эндодонтическое лечение зуба 1.2 с временным пломбированием; 2) реставрация дефекта на вестибулярной поверхности зуба 1.2; 3) динамическое наблюдение.

Лечение. 1-е посещение. Под инфльтрационной анестезией Sol. «Orablock 1:200 000» – 0,8 мл создан эндодонтический доступ в зубе 1.2, экстирпирована пульпа, проведена навигация канала с определением рабочей длины, его медикаментозная и механическая обработка (до размера 30.06), высушивание, временное пломбирование «Sure Paste» с гуттаперчевым штифтом и закрытие полости доступа «Temp It Flow». 2-е посещение (через неделю). Под инфльтрационной анестезией Sol. «Orablock 1:200000» – 0,8 мл отслоен трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в области зуба 1.2 (расстояние между поддесневым краем дефекта и костью – 2 мм). Очищен зуб 1.2, установлен коффердам, отпрепарирован дефект и иссечена грануляционная ткань, выполнен гемостаз (гель «Alustat», 2 минуты), адгезивная подготовка «Single Bond Universal» в режиме селективного протравливания, реставрация «Estelite Universal Flow Medium» + «Estelite Asteria A3B», обработка реставрации. Лоскут возвращен на место и зафиксирован одиночными узловыми швами. 3-е посещение (через неделю). Восстановлен эндодонтический доступ в зубе 1.2, проведена медикаментозная и механическая обработка канала со звуковой и инструментальной активацией растворов. Постоянная obtурация проведена методом холодной гидравлической конденсации «Sure Seal Root» с гуттаперчевым штифтом (на рентгенограмме корневой канал запломбирован плотно, конусно, на 0,5 мм от R-верхушки). Полость доступа закрыта «Temp It Flow». Пациентка назначена через 3 дня, когда было проведено снятие швов. В заключительное посещение (через 5 дней) временная пломба на была заменена на реставрацию из «Estelite Universal Flow Medium» + «Estelite Asteria A3B».

Заключение. Клинический опыт лечения хронического пульпита постоянного зуба, сочетающегося с прогрессирующей неперфорирующей наружной цервикальной локализованной патологической резорбцией, с использованием действующего клинического протокола оказался успешным. В менеджменте данной патологии целесообразна командная работа врачей-специалистов в области эндодонтии и реставрационной терапии, а также врача-стоматолога-хирурга.

Гонтарь Е.А., Мороз А.Б., Гаврилов А.Е.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ФОРМЫ АКТИВИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ НА ФАНТОМНОМ КУРСЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ»

Для успешного лечения стоматологических заболеваний врач-стоматолог обязан владеть многочисленными мануальными навыками диагностического и лечебного назначения. Это обуславливает необходимость доклинической подготовки врача-стоматолога.

Приобретению практических навыков по терапевтической стоматологии способствует обучение студентов на фантомном курсе кафедры терапевтической стоматологии, где изучается эмбриология и гистология полости рта и зубов, клиническая анатомия зубов, отрабатываются навыки препарирования кариозных полостей различной глубины и локализации на тренажерах, фантомах, удаленных зубах. Особое внимание уделяется освоению эндодонтических манипуляций, выбору и методике применения современных пломбировочных материалов при лечении зубов. Контроль за приобретением знаний и умений осуществляется путем решения тестов для исходного, промежуточного и итогового контроля.

Особенностью преподавания фантомного курса на кафедре терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России является очень раннее, буквально с первых занятий, выведение студентов в клинику, где они могут сразу же после освоения отдельных манипуляций на фантомах апробировать их в клинике. Естественно, этот процесс ограничен рамками их лишь предклинической подготовки и проводится обязательно под строгим контролем преподавателя. Определенные манипуляции в клинике студенты фантомного уровня обучения могут лишь углубить демонстрационно, но некоторые вполне могут освоить самостоятельно. В частности, изучение темы клинической анатомии зубов проводится не только на фантомах, тренажерах, удаленных зубах и слайдах, но и путем самостоятельного осмотра полости рта друг друга непосредственно во врачебном кресле. При этом студенты приобретают навыки, необходимые им уже на следующем, клиническом курсе обучения.

После получения понятия «кариес зуба» и полного овладения навыками препарирования кариозных полостей различной глубины и локализации на фантомах и тренажерах, студентам под строгим контролем преподавателя демонстрируют отдельные этапы препарирования непосредственно в полости рта при лечении тематического больного. После изучения тем по выбору и методике применения современных пломбировочных материалов и практического их овладения, студенты активно участвуют в завершающих этапах лечения конкретного одонтологического больного – обсуждают и аргументируют выбор оптимального пломбировочного материала, а в отдельных случаях полностью готовят его для пломбирования отпрепарированной кариозной полости.

Важным является проводимое в конце каждого занятия обсуждение проделанной работы, разбор в присутствии всей группы ошибок, допущенных отдельными студентами при выполнении тех или иных практических навыков.

Улучшению теоретической и практической подготовки способствует широкое использование в учебный процесс методических указаний для самоподготовки студентов, разработанных на кафедре в соответствии с требованиями высшей школы.

Рассмотренные формы активизации обучения на фантомном курсе резко повышают заинтересованность студентов в изучении предмета, способствуют улучшению их теоретической и практической подготовки.

Губанова О.И., Губанова Д.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ II КЛАССА В СМЕННОМ ПРИКУСЕ

Дистальная окклюзия является одной из наиболее распространенных аномалий прикуса (20–48% от общего числа зубочелюстных аномалий (ЗЧА)). Неблагоприятные контакты при дистальной окклюзии представляют препятствия в естественном функциональном движении нижней челюсти кпереди, и, как таковые, не способствуют использованию нижней челюстью генетически обусловленного потенциала роста.

Цель исследования. Изучение реактивных изменений со стороны нижнего зубного ряда и челюсти при аппаратурном воздействии на верхнюю челюсть в сменном прикусе у детей.

Материал и методы. Были обследованы и взяты на ортодонтическое лечение 41 пациент (29 девочек и 12 мальчиков) с симптоматическим диагнозом «дистальный прикус». Проведены клинические и дополнительные методы обследования (ортопантомография (ОПТГ), профильная телерентгенография (ТРГ); антропометрические измерения лица и диагностических моделей), консультации у смежных специалистов. У 16 детей лечение было начато в 7-8 лет, 12 человек находились на диспансерном наблюдении до 9 - 10 лет, после чего им также было проведено ортодонтическое лечение. У 13 пациентов лечение проводилось в 12 - 13 лет в период постоянного прикуса. По подклассам пациенты распределились следующим образом: 32 ребёнка – II класс 1 подкласс (преимущественно трансверзальное блокирование нижней челюсти), 9 детей – II класс 2 подкласс (преимущественно сагиттальное блокирование). Для нормализации выявленных нарушений на верхней челюсти применялись аппараты с винтами для расширения, дистализации моляров, накусочными площадками. Результаты измерений до и после лечения обрабатывались и сравнивались с помощью методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Изменения сагиттальных и трансверзальных параметров верхнего зубного ряда в раннем сменном прикусе происходили в течение 6 – 8 мес., при этом самопроизвольные изменения параметров нижнего зубного ряда составили от 35 до 45 % соответствующих изменений верхнего зубного ряда. Контакты антагонистов в боковых участках сместились по сагиттали в сторону нейтрального соотношения на $2,1 \pm 0,8$ мм, что свидетельствовало о самопроизвольном смещении нижней челюсти кпереди (наблюдалось увеличение $\angle SNB$ на $1,2 \pm 0,7^\circ$). Удлинение верхнего зубного ряда под действием ортодонтических аппаратов на $3,2 \pm 1,0$ мм сопровождалось самопроизвольным удлинением нижнего зубного ряда на $1,8 \pm 0,4$ мм.

Выводы. При раннем ортодонтическом лечении возникает комплекс реакций со стороны зубочелюстной системы вследствие изменения привычных окклюзионных контактов, которые проявляются в самопроизвольном ускорении роста и положения нижней челюсти, нормализации ширины, длины нижнего зубного ряда.

Дегтяренко Е.В., Грицай О.Д.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПЕРИОРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И УГЛОВ РТА У ДЕТЕЙ

Частота встречаемости инфекционных заболеваний кожи (стрептококковых, стафилококковых) у детей достаточно высока и составляет 67,9% всех дерматозов. Пик заболеваемости приходится на возраст 2-5 лет (Тамразова О.Б. и соавторы, 2022). Одной из частых локализаций стрептококковой инфекции кожи у детей является периоральная область и углы рта. Поэтому выделение основных аспектов диагностики и лечения этой патологии у детей является актуальным.

Цель. Изучить и выделить основные аспекты диагностики и лечения стрептококковой инфекции периоральной области и углов рта у детей.

Материал и методы. Выполнен анализ современных публикаций в электронных базах eLIBRARY, PubMed, и др., клинических рекомендаций по теме «Пиодермии», разработанных Российским обществом дерматовенерологов и косметологов, и собственного клинического опыта. Выделены основные аспекты диагностики и лечения стрептококковой инфекции периоральной области и углов рта у детей, наиболее значимые для врачей-стоматологов детских.

Результаты и обсуждение. Стрептодермия представляет собой поверхностное поражение гладкой кожи и складок, склонна к периферическому росту очагов поражения, при этом придатки кожи не поражаются. В практике врача-стоматолога детского встречается стрептококковое импетиго и щелевое импетиго (заеда). Стрептококковое импетиго является контагиозным заболеванием и чаще всего поражает кожу лица (область вокруг носа и периоральную область) и характеризуется появлением фликтен с серозным или серозно-гнойным содержимым. В результате вскрытия пузырей образуются эрозии. Гнойное содержимое ссыхается с образованием желтоватых корок, отпадающих через 3-4 суток. Рубцов и атрофии не отмечается. Щелевидное импетиго (стрептококковая заеда) характеризуется появлением фликтен в уголках рта, которые в последующем эрозируются с образованием щелевидного дефекта кожи и мацерированным эпидермисом по периферии. Щелевидная эрозия, как правило, покрывается коркой, после удаления которой обнажается красная влажная легко кровоточащая поверхность нередко с трещиной в центре; спустя пару часов заеда вновь покрывается коркой. Заеда сопровождается болезненностью при открывании рта. Предрасполагающими факторами являются вредная привычка «облизывание губ», «закусывание губ» и затрудненное носовое дыхание (Тамразова О.Б. и соавторы, 2022).

В клинических рекомендациях для антисептической обработки очагов поражения приводятся следующие препараты: раствор бриллиантового зеленого спиртовой, фукоцин, калия перманганат, раствор пероксида водорода, раствор или спрей хлоргексидина, раствор повидон-йода (Бетадин). Также на область высыпаний рекомендуется нанесение одного из антибактериальных препаратов для наружного применения: мазь или порошок неомицина сульфат+ бацитрацин цинк (Банеоцин), мазь гентамицина, мазь эритромицина и др. Красители хоть и оказывают хороший клинический эффект часто вызывают негативную реакцию со стороны детей и родителей. В таком случае целесообразно назначение спрея или раствора на основе хлоргексидина. Хороший эффект по данным наших собственных клинических наблюдений оказывает раствор бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил]аммония хлорида моногидрат (Мирамистин). По данным Тамразовой О.Б. и соавторов хорошее действие оказывает мазь диоксометилтетрагидропиримидин (метилурацил) и хлорамфеникол (Левомеколь).

Выводы. Для детей более характерны острые поверхностные формы пиодермий. Из стрептококковых инфекций, встречающихся в практике врача-стоматолога детского, актуальными являются стрептококковое импетиго периоральной области и щелевое импетиго углов рта. Лечение чаще всего сводится к антисептической и антибактериальной обработке.

Дегтяренко Е.В., Демченко Е.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ

Изучение профессионального стресса в работе врача-стоматолога в последнее время привлекает внимание все большего числа исследователей. Профессия врача-стоматолога является одной из наиболее стрессогенных, и поэтому проблемы, возникающие в профессиональной деятельности, справедливо воспринимаются как непосредственная угроза качеству жизни и психическому здоровью.

Профессиональный стресс – многообразный феномен, выражающийся в психических и соматических реакциях на напряженные ситуации в трудовой деятельности человека. В настоящее время он выделен в отдельную рубрику в Международной классификации болезней (МКБ-10: Z 73: «стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью»). Среди медицинских работников на фоне синдрома эмоционального выгорания со временем появляются психосоматические нарушения, отмечается повышенный уровень психиатрической заболеваемости, часто встречаются тревожные и депрессивные расстройства, суицидные попытки, злоупотребление алкоголем, наркотиками.

Эмоциональное выгорание (частным случаем которого и является синдром профессионального выгорания) – особое поведение врача, когда он сталкивается с избытком эмоций, чаще всего, конечно, отрицательных, со стороны пациента (но и коллег, родных и вообще всего окружения). Сохраняются профессиональные навыки, интеллект, но психика «выключает» рубильник эмоций. Если ничего не предпринять, за этим следуют нервные срывы и психосоматические болезни.

Эмоциональное выгорание в наибольшей степени характеризуют особенности эмоциональной сферы личности (эмоциональная неустойчивость, тревожность) и поведенческие характеристики (интровертированный тип личности, внешний локус контроля).

Цель исследования: психологический анализ синдрома эмоционального выгорания у врача-стоматолога в условиях работы бюджетной стоматологической поликлиники.

Материал и методы: анкетирование и тестирование с использованием стандартных психодиагностических методик.

Результаты и обсуждение. Установлено, что распространенность сформированного синдрома эмоционального выгорания среди врачей-стоматологов составляет 17,9 %. В тоже время отдельные признаки синдрома эмоционального выгорания выявлены в 50,0 % случаях, что может свидетельствовать о высоком уровне профессионального психоэмоционального напряжения у врачей-стоматологов.

Выявлены статистически достоверные корреляции между синдромом эмоционального выгорания и такими особенностями как «интернальность в области неудач (Ин)», «нейротизм», «чувственность / твердость», «внутренняя напряженность / расслабленность», «беспечность / озабоченность».

Выводы. Эмоциональное выгорание врачей-стоматологов обусловлено помимо организационных факторов (связанных с особенностями профессиональной деятельности), еще и личностными, связанными с индивидуально-психологическими особенностями самого персонала.

Дегтяренко Е.В., Мумрова В.М.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Цель. Проанализировать зависимость возникновения аномалий прикуса у детей раннего возраста от типа вскармливания. Изучить влияние отсутствия грудного вскармливания как экзогенную причину формирования патологий зубочелюстной системы.

Материал и методы. Выполнен анализ современных публикаций (<https://www.elibrary.ru>), посвященных взаимосвязи типа вскармливания детей первого года жизни и возникновения аномалий прикуса. Рассмотрены клинические случаи и описания патологических изменений в процессе роста зубочелюстного аппарата.

Результаты и обсуждение. Тип вскармливания на первом году жизни является одним из ведущих факторов правильного формирования зубочелюстной системы. Согласно исследованиям кафедры ортодонтии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета (2022), у детей на исключительно грудном вскармливании уровень ортодонтических нарушений не превышает 15%, тогда как при его отсутствии этот показатель достигает 47%. Искусственное вскармливание статистически значимо повышает риск развития аномалий прикуса на 30-40 % (Морозова П.В., Морозова А.В., 2025).

По данным Казанцева И.А. и соавторов (2020) среди ортодонтических нарушений у детей, находящихся на искусственном вскармливании, дистальная окклюзия встречается в 34% случаев, перекрестный прикус – в 18%, открытый прикус – в 12%.

Современные исследования доказывают, что именно первые полгода жизни критически важны для запуска физиологических механизмов роста челюстей. Так, в группе детей с аномалиями прикуса 87%, изначально находившихся на естественном вскармливании, были переведены на искусственное питание в возрасте до 6 месяцев, при этом 19% из них получали грудное молоко не более месяца, а 50% были переведены на искусственное вскармливание в возрасте 3-6 месяцев (Казанцева И.А. с соавт., 2020).

При выполнении сосательных движений младенец включает в активную работу мышцы нижней челюсти, языка и губ. При грудном вскармливании нижняя челюсть выдвигается вперед, а язык занимает высокое положение, ослабляя срединный шов и, тем самым, стимулирует рост верхней челюсти в ширину. При искусственном же вскармливании мышечные усилия минимальны, язык остается в низком положении, что ведет к сужению верхней челюсти и формированию глубокого неба.

Кроме того, одним из ключевых последствий отсутствия естественного питания является нарушение формирования соматического типа глотания. В норме к 2-3 годам во время акта глотания кончик языка упирается в переднюю треть твердого нёба за резцами. При инфантильном же глотании язык прокладывается между зубами, создавая постоянное давление на зубные ряды и нарушая их смыкание. Дополнительным отягощающим фактором является длительное использование пустышек, особенно круглых и резиновых, приводящее к формированию открытого прикуса.

Выводы: Искусственное вскармливание нарушает физиологию миофункционального развития зубочелюстной системы, Такие условия способствуют возникновению мышечной недостаточности и патологии развития нижней челюсти, сохранению инфантильного типа глотания, изменению формы нёба и верхней челюсти.

Дегтяренко Е.В.¹, Сидоренко Г.Д.²

¹ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

²ГБУ ДНР «РКБ имени М.И. Калинина», г. Донецк

ГИНГИВИТ У БЕРЕМЕННЫХ: МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Одной из наиболее важных медико-социальных проблем здравоохранения Российской Федерации является охрана репродуктивного здоровья. Именно беременные женщины в результате перестройки организма имеют крайне высокий риск развития кариеса и его осложнений, а также заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, особенно воспалительного генеза.

Цель. Проанализировать литературные данные, а также результаты собственных наблюдений, посвященных гингивиту у беременных: его механизмам развития и тактике лечения.

Материал и методы. Проанализированы данные литературы (электронные базы eLIBRARY, science-education.ru, cyberleninka.ru и др.), а также результаты собственных наблюдений, посвященных гингивиту у беременных: его механизмам развития и тактике лечения.

Результаты и обсуждение. По нашим собственным клиническим наблюдениям, которые совпадают с данными других исследований у беременных женщин отмечается развитие неудовлетворительной гигиены и поражаемость гингивитом, достигающая 90-100%. При этом воспаление десны у этой категории пациенток протекает более выражено. По данным Hollaar V.R., Naumann E. (2021), одним из предикторов прогрессирования заболеваний пародонта является изменение уровня эстрогена и прогестерона, которые напрямую влияют на изменение поддесневой микробиоты и иммунологических физиологических медиаторов в пародонтальных тканях. Исследованиями Soory M. (2000) установлено, что ткани пародонта являются органом-мишенью для действий эстрогена и прогестерона, запуская воспалительную реакцию. На фоне гормональной перестройки в период беременности патологические процессы в тканях пародонта могут развиваться как в эпителии, так и в соединительной ткани. Причин гиперпластического разрастания тканей много, молекулярные и патогенетические механизмы которых изучены недостаточно. Повышенные концентрации половых гормонов во время беременности оказывают напрямую или опосредованно воздействие на микрофлору полости рта, иммунную, сосудистую системы и на пародонт, инициируя процессы разрастания в его тканях (Македонова Ю.А. и соавторы, 2023). Общее лечение заболеваний пародонта у беременных при отсутствии противопоказаний при необходимости может включать десенсибилизирующую терапию, препараты кальция. Обосновано применение синтетических и природных антиоксидантов: α -токоферола, аскорбата, рутина, поливитаминных комплексов. Для полоскания полости рта у беременных при гингивите в литературе рекомендуется применение 0,2% раствор хлоргексидина, растворы фурациллина, перекиси водорода и др. Однако, по нашему мнению, использование перекиси водорода у беременных нецелесообразно в виду разрыхления слизистой оболочки. Возможно применение таблеток «Лизобакт» для рассасывания. Хороший клинический эффект оказывают применение пленок и пластин, что обусловлено в первую очередь их лекарственной формой, которая обеспечивает длительное удержание действующего вещества на десне (композиция «СК-1», пленка «Диплен-Дента», десневые пластины «ЦМ» и др.). Популярны в стоматологической практике лекарственные средства растительного происхождения: «Пародонтоцид», «Мараславин», «Ротокан» «Ромазулин», «Стоматофит» (Маганова З.Ш., 2022).

Заключение. Проблема гингивита у беременных актуальна. Эта патология обусловлена гормональной перестройкой. Тактика лечения гингивита у беременных крайне сложна и должна учитывать все противопоказания.

Демченко Е.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ИНДЕКС ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ СО СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Высокая распространенность зубочелюстных аномалий у детей и отсутствие тенденции к снижению обуславливают необходимость оптимизации программ профилактики и лечения зубочелюстных аномалий. Наличие ортодонтических аппаратов существенно изменяет состав и свойства ротовой жидкости. Нарушается процесс самоочищения полости рта, ухудшается в целом гигиеническое состояние полости рта, что обусловлено в первую очередь появлением дополнительных мест кумуляции налета. Все это приводит к патологическим изменениям микробиоценоза. Развитие дисбиоза, увеличение вязкости слюны, увеличения количества зубного налета приводит к повышению риска развития кариеса, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Поэтому актуальным вопросом является изучение показателей заболеваемости кариесом у детей со съёмными ортодонтическими конструкциями (СОК) для планирования лечебно-профилактических мероприятий у них.

Цель. Изучить показатели интенсивности кариеса зубов (кпу+КПУ) у детей со съёмными ортодонтическими конструкциями.

Материал и методы. Пациенты, принимавшие участие в исследовании, были распределены на 2 группы. Первую (контрольную) группу составили 20 детей 7-12 лет с ЗЧА, которые не подвергались ортодонтическому лечению. Вторую (основную) группу составили 27 детей с ЗЧА, лечение которых осуществлялось с помощью СОК. Лечение пациентов осуществлялось на кафедре стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России на базе ГБУ ДНР ДГСП г. Донецка. Оценку показателей интенсивности кариеса проводили при первичном обращении, через 6 и 12 месяцев после начала ношения СОК. Пациенты основной группы, носившие ортодонтические аппараты, осуществляли стандартный гигиенический уход за полостью рта и ортодонтическими аппаратами.

Результаты и обсуждение. При первичном обращении исходный индекс интенсивности кариеса зубов у детей 7-12 лет, имеющих ортодонтическую патологию составил $3,85 \pm 1,04$ в контрольной группе и $3,74 \pm 1,02$ в основной группе.

Через 6 месяцев у пациентов, контрольной группы, не подвергавшихся ортодонтическому лечению, кпу+КПУ составил $4,00 \pm 1,17$. У пациентов основной группы, которые носили СОК, показатель интенсивности кариеса также вырос и составил $4,26 \pm 1,13$. При этом через 6 месяцев у детей, которые носили съёмные аппараты, средний показатель интенсивности кариеса зубов несколько превышал аналогичный у пациентов без СОК, однако различия были статистически незначимы (t критерий Стьюдента – 0,8).

Через 12 месяцев индекс интенсивности кариеса зубов в контрольной группе незначительно уменьшился и составил $3,80 \pm 0,95$. Уменьшение данного показателя обусловлено физиологической сменой зубов. Через год в основной группе индекс интенсивности кариеса зубов вырос и составил $4,89 \pm 0,85$. Таким образом, сравнительный анализ динамики интенсивности кариеса зубов через год показал, что у пациентов, носивших СОК, интенсивность кариеса зубов статистически значимо (t критерий Стьюдента – 4,1; $p \leq 0,01$) увеличилась по сравнению с пациентами без аппаратов. При этом, у пациентов за год ношения ортодонтических аппаратов индекс интенсивности кариеса зубов увеличился на 30,75% по сравнению с исходными показателями. То есть показатель интенсивности кариеса у детей, находившихся на лечении СОК, статистически значимо вырос за год ношения аппаратов (t критерий Стьюдента – 4,6; $p \leq 0,01$).

Выводы. Показатель интенсивности кариеса зубов у детей, находившихся на лечении съёмными ортодонтическими конструкциями, статистически значимо вырос за год ношения аппаратов, в сравнении с детьми, не носившими аппараты. Рост кариеса у детей с ортодонтическими аппаратами требует разработки специализированных этиопатогенетически обоснованных лечебно-профилактических мероприятий.

Демченко С.С., Демченко Е.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ПРИНЦИПЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВОЙНЫХ ЗУБОВ В СМЕННОМ ПРИКУСЕ

Как во временном, так и в постоянном прикусе встречаются нарушения развития зубов, приводящие к формированию особой двойной формы зубов. Для описания таких аномалий развития зубов используются различные термины, в частности, конкресценция, сращение, геминация и двойные (сдвоенные) зубы. Распространенность сращения и геминации низка и по литературным данным составляет от 0,05% до 1%. Постоянные зубы поражаются чаще.

Цель исследования. Определить принципы ортодонтического лечения двойных зубов у детей в сменном прикусе.

Материал и методы. Были изучены данные клинического осмотра, анамнеза жизни и заболевания, конусно-лучевой контактной рентгенографии (КЛКТ) 3 детей 8-9 лет.

Результаты исследования. На кафедру стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России обратились родители мальчика 8,5 лет с жалобой на необычную форму зуба на нижней челюсти. Объективно: лицо симметричное, нижняя треть укорочена, профиль выпуклый, тип глотания – инфантильный. Слизистая оболочка полости рта умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. Индекс интенсивности кариеса составляет 3, что соответствует средней степени поражения кариесом; гигиенический индекс по Грину-Вермильону – 1,5, что соответствует удовлетворительному гигиеническому состоянию полости рта. Период прикуса – сменный. В полости рта: зубная формула соответствует возрасту, смыкание клыков и моляров по II классу Энгля, во фронтальном участке перекрытие резцов более 1/2 высоты коронки. 3.2 имеет широкую клиническую коронку, похожую на два соединённых между собой латеральных резца. Пациенту были сделаны контрольно-диагностические модели, фотографии полости рта и лица, направлен на КЛКТ. По данным КЛКТ 3.2 сдвоенный на всем своём протяжении, пульповая камера общая, корневые каналы разделены, в области 1.1 сверхкомплектный зуб, расположенный нёбно и направлен коронкой в сторону полости носа.

Ортодонтический диагноз: дистальный прикус, осложнённый глубоким, сужение верхнего и нижнего зубных рядов, сверхкомплектный в области 1.1, сдвоенный 3.2. Пациент был направлен на консультацию к стоматологу-хирургу для удаления сверхкомплектного и возможной гемисекции 3.2 зуба. Через 2 недели сверхкомплектный зуб был удалён. Гемисекцию стоматологом-хирургом предложено провести после полного окончания формирования корня 3.2 с целью проведения качественной obturации его корневых каналов, что улучшить прогнозируемый результат лечения. Через 3 месяца от момента удаления сверхкомплектного зуба при осмотре подвижность 1.1 I степени, рецессия десны в области 3.1. Было рекомендовано: уменьшить функциональную нагрузку на передние зубы, исключить раздражающую еду; назначены аппликации «Гивалекс»; обрабатывать область десны возле 3.1 «Холисал гелем»; тщательный гигиенический уход за полостью рта. Для начала лечения ортодонтической патологии и уменьшения функциональной нагрузки для 3.1 (которая вызвана давлением сдвоенного 3.2 из-за дефицита места) рекомендовано обратиться повторно через 3 месяца с контрольным КЛКТ для возможного начала аппаратурного этапа ортодонтического лечения.

Выводы. Сдвоенный зуб имеет чрезмерно широкую коронку, которая делает невозможным расположить все остальные зубы в зубном ряду правильно. Поэтому главный принцип лечения сдвоенных зубов с ортодонтической точки зрения – найти способ уменьшения ширины коронки и корня атипичного зуба или создание места для неразделённого зуба, и дальнейшее его перемещение в правильное положение в зубном ряду. Одним из таких методов может быть гемисекция, т.е. зубосохраняющая операция с удалением от зуба части коронки и прилегающего к ней корня, что и было предложено в данном клиническом случае. При невозможности осуществления одного из этих путей - наиболее целесообразным будет удаление сдвоенного зуба, что позволит избежать травматической окклюзии и предупредить смещение остальных зубов.

Демченко С.С.¹, Хода С.И.², Грек Э.Я.³

¹ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

²ГБУ ДНР «ДГСП г. Донецка»

³ГБУ ДНР «ДГКСП г. Макеевки»

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НЁБНОГО ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ В СМЕННОМ ПРИКУСЕ

По данным разных авторов на протяжении последних десятилетий отсутствует тенденция к снижению зубочелюстных аномалий. Нёбное положение резцов выявляется чаще в период смены фронтальных зубов в возрасте 7-9 лет. Коррекция данной патологии у детей этого возраста чаще всего осуществляется с помощью различных съёмных пластиночных ортодонтических аппаратов (СПОА).

Цель исследования. Анализ и обобщение данных собственных исследований лечения нёбного положения резцов в сменном прикусе съёмными ортодонтическими аппаратами.

Материал и методы. Были проанализированы и обобщены данные собственных исследований клинических случаев лечения нёбного положения резцов в сменном прикусе съёмной ортодонтической аппаратурой. Изучены данные клинического осмотра, фото лица и полости рта, рентгенологические исследования (ортопантомография, конусно-лучевая компьютерная томография).

Результаты. Нёбное положение резцов может быть следствием неправильной закладки зачатков; вредных привычек закусывания губ и предметов, грызть ногти; наличия сверхкомплектного зуба; неправильного положения зубов на нижней челюсти; дефицита места в зубном ряду из-за его сужения или укорочения, недоразвития челюсти; травмы, которая могла привести к смещению зачатка.

Для успешного перемещения нёбно расположенного зуба в зубной ряд в сменном прикусе съёмной ортодонтической аппаратурой необходимо: прикус разобщить, создать место в зубном ряду, применять к перемещаемому зубу слабые силы прерывистого действия (т.к. корни таких зубов ещё не сформированы полностью), уменьшить функциональную нагрузку и направить к пародонтологу, если имеется рецессия десны вследствие травматической окклюзии, поддерживать хорошее гигиеническое состояние полости рта и аппарата.

СПОА, которые можно применять для вестибулярного перемещения зуба в сменном прикусе могут быть: аппарат для расширения с окклюзионными накладками и протракционной пружиной, аппарат для расширения зубного ряда с окклюзионными накладками, аппарат для удлинения фронтального участка зубного ряда с окклюзионными накладками, аппарат с наклонной плоскостью, аппарат с окклюзионными накладками и протракционной пружиной.

Если места в зубном ряду для нёбно расположенного зуба достаточно – при правильном выборе аппарата, он переместится в зубной ряд за 3-14 дней.

При нёбном положении резцов в сменном прикусе зачастую возникает травматическая окклюзия, вследствие которой развивается рецессия десны в области фронтальных зубов на нижней челюсти и как следствие появляется их патологическая подвижность. Этот факт усложняет ортодонтическое лечение и обязательно требует пародонтологическое, а иногда и хирургическое вмешательство. Такому пациенту необходимо рекомендовать приём пищи в аппарате, если это невозможно - уменьшить функциональную нагрузку на фронтальные зубы, тщательный гигиенический уход за полостью рта и аппаратом, аппликации и обработка противовоспалительными препаратами.

Выводы. По данным наших клинических исследований частота выявления нёбного положение резцов в сменном прикусе за последние 4 года значительно увеличилась. Для успешного устранения такой патологии ЗЧА необходимо: прикус разобщить, при необходимости создать место в зубном ряду для перемещаемого зуба, применять к нему силы малой величины, настоятельно рекомендовать приём пищи в ортодонтическом аппарате, соблюдать тщательный гигиенический уход за полостью рта и СПОА, при необходимости – консультация и лечение пародонтолога.

Дубовая А.В., Дубовой И.К., Дегтяренко Е.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

НЕЙРОСЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Цель. Разработать нейросетевую модель прогнозирования риска возникновения атопического хейлита (АтХ) у детей с атопическим дерматитом (АтД).

Материал и методы. Для разработки методики прогнозирования риска развития АтХ у детей с АтД выбран метод построения нейронных сетей.

Результаты и обсуждение. Разработка методики прогнозирования АтХ у детей была проведена в три этапа. В ходе 1 этапа была сформирована обучающая выборка, которую составили сведения о детях с АтХ на фоне АтД. Из состава обучающей выборки сеть автоматически исключала некоторое количество значений для создания контрольной и тестовой выборок, необходимых для контроля над процессом «обучения». На 2 этапе осуществляли «обучение» искусственных нейронных сетей по подаваемому на сеть набору обучающих данных. Для выбора оптимального типа нейронной сети провели ее обучение на моделях: линейной сети, многослойном персептроне и сети с радиальной базисной функцией. Программа выбирала из одной тысячи созданных моделей 5 наилучших. Оптимальную архитектуру сети определяли в процессе эксперимента опытным путем. На 3 этапе выполняли тестирование модели путем сравнения прогнозируемых значений с набором известных данных, которые ранее на сеть не подавались. Верификация прогноза проводилась путем анализа качества прогноза с использованием абсолютных и сравнительных показателей его точности. В качестве обучающих данных были приняты показатели заболеваемости атопическим хейлитом детей Донецкой Народной Республики с АтД за период 2012-2020 г.г. На вход нейронной сети подавали 278 наблюдений, из них при постоянном перемешивании выделяли по 15% наблюдений для контроля и тестирования. С помощью мастера решений был запущен процесс «обучения». Наилучший результат из всех типов нейронной сети показал многослойный персептрон. Обучение его проводили методом сопряженных градиентов и обратного распространения ошибки. При этом оптимальный результат был получен при совместном их применении. В ходе математического эксперимента определили наилучшую модель обученной нейросети для прогнозирования риска развития АтХ у детей с АтД: структура модели – это персептрон, который содержал во входном слое 4 нейрона: X(1) – содержание кадмия в волосах пациентов (1 – избыток, 2 – норма); X(2) – содержание селена в волосах пациентов (1 – дефицит, 2 – норма); X(3) – наличие пищевой аллергии (1 – да, 2 – нет), X(4) – обнаружение чрезмерного роста *Staphylococcus aureus* при микробиологическом исследовании мазка со слизистой оболочки губ (1 – да, 2 – нет). Контрольная и тестовая ошибки равны 0,06 и 0,04, отношение стандартных отклонений – 0,17. Для верификации модели использован метод ROC-анализа. Нами получена ROC-кривая модели, представленная на рисунке 40. Площадь под кривой $AUC=0,93\pm 0,05$ статистически значимо отличается от 0,5 ($p < 0,001$), что подтверждает адекватность модели. Чувствительность модели составила 88,5%, специфичность – 81,4%. Для удобства работы с математической моделью в практической деятельности врача разработана программа «Прогнозирование риска развития атопического хейлита». Таким образом, в окончательном виде уравнение бинарной логистической регрессии выглядит следующим образом:

$P=1/(1+\exp(b_0+b_1*x_1+b_2*x_2+b_3*x_3+b_4*x_4))$, где коэффициенты: $b_0=-0.703946057$; $b_1=19.9923485$; $b_2=0.322158634$; $b_3=1.04120465$; $b_4=0.467006515$; x_1 – содержание Cd в волосах пациента; x_2 – содержание Se; x_3 – наличие пищевой аллергии; x_4 – обнаружение чрезмерного роста *Staphylococcus aureus* при микробиологическом исследовании мазка со слизистой оболочки губ.

Выводы. Полученные модель бинарной логистической регрессии и классификационная нейронная сеть являются клинически адекватными и работоспособными, могут быть применены для оценки индивидуального риска.

Забышный А.А., Зенько Н.А., Ермакова И.Д.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста составляет большую проблему для детских стоматологов. Трудности в лечении обусловлены психоэмоциональными реакциями детей этого возраста на медицинские манипуляции, анатомо-гистологическими и физиологическими особенностями твердых тканей зубов и пульпы, полости рта и детского организма в целом.

Цель исследования: оценить причины страха детей перед стоматологическим вмешательством и провести анализ применяемых методов лечения кариеса зубов у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 90 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, имеющих кариозные зубы. Сотрудники кафедры проводили анализ применения различных методов лечения неосложненного кариеса зубов.

Результаты исследования. 45 (50%) детей боялись боли, связанной со стоматологическими манипуляциями, поэтому лечение осуществлялось с использованием премедикации и местного обезболивания (мидазолам в сочетании с местной анестезией). 18 (20%) детей испытывали страх перед неизвестным процессом обследования и лечения. Они плакали, проявляли двигательную активность, отказывались от выполнения просьб врача, что определяет ребенка в разряд “неконтактных” и требует премедикации. 9 (10%) детей страшились вида стоматологических инструментов. Также, причинами тревоги детей перед стоматологическим вмешательством были отрицательный опыт их сверстников у 7 (7,8%) и страх ограничения подвижности во время стоматологических манипуляций у 11 (12,2%) детей. У всех детей для повышения кариесрезистентности тканей зубов применяли R.O.C.S. реминерализующий гель с кальцием. Для лечения начального кариеса использовали метод глубокого фторирования в 10% случаев (“Глуфторэд”) и Tooth-mousse- в 20 % случаев по стандартным методикам. При поверхностном кариесе иногда, в 3,3 % случаев (3 детей) сепарировали апроксимальные поверхности резцов и клыков с последующим применением реминерализующих препаратов. В зубах с плоскостным кариесом применяли импрегнацию препаратами серебра (“Аргенат”, “Saforide”). Ни в одном из наблюдаемых случаев не было выявлено осложнений после применения метода импрегнации серебром. Кроме того, стабилизация кариозного процесса наблюдалась в 66,7% случаев у детей с хорошей гигиеной полости рта при выполнении рекомендаций стоматолога по коррекции питания. Прогрессирование патологического процесса отмечали у детей с плохой гигиеной, родители которых продолжали ночные кормления. Для лечения среднего кариеса применяли метод пломбирования, используя стеклоиономерные цементы (“AHFil LC” ANL, “Riva” SDI, “Ketac molar”, “ARDE Fill LC,” Ardenia, “Vitremet” 3M ESPE). При этом пользовались АРТ-методикой и химико-механическим методом. Преимуществами данных методов является их минимальная инвазивность, безболезненность, простота, хорошая переносимость детьми, вследствие чего, формирование положительного стереотипа детского стоматолога. Кроме того, данные методики предполагают применение адгезивных материалов (СИЦ, модифицированных СИЦ), имеющих кариеспрофилактический эффект.

Выводы: анализ применяемых методов лечения раннего детского кариеса у детей показал, что для этих целей детские стоматологи располагают большим арсеналом лечебных технологий и средств. Их выбор обусловлен глубиной и площадью поражения поверхности зуба. Приоритетным вектором при выборе метода лечения является его малая инвазивность, особенно у детей со страхом перед стоматологическим вмешательством. Эффективность лечебных мероприятий в значительной степени зависит от соблюдения родителями врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта, режиму и рациону питания.

Зенько Н.А.¹, Чилингарян Т.Х.², Положенцева В.С.²

¹ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

²ГБУ ДНР «ДГСП г. Донецка»

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА У СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Распространённость кариеса зубов у детей старшего школьного возраста высокая. Так по данным исследования, проведенного в одной из школ г. Казани, распространённость кариеса зубов у 12-летних детей составила 75,6%, у 15-летних школьников – 87,5% при этом уровень интенсивности кариеса зубов (КПУ) у пациентов 15 лет составил $4,38 \pm 0,1$ (Исмагилов О.Р. и соавторы, 2016). В другом исследовании распространённость кариеса: среди учащихся городских школ была зафиксирована на уровне 68%, средний показатель индекса КПУ – 3,8, что соответствует среднему уровню интенсивности кариеса. Среди учащихся сельских школ распространённость кариеса была выше и составляла 83%, средний показатель индекса КПУ – 4,7, что соответствует высокому уровню интенсивности кариеса (Родина А.О., 2021).

Таким образом, проблема лечения кариеса у старших школьников крайне актуальна. Соответственно, интересным является вопрос изучения результатов лечения кариеса различными стоматологическими материалами.

Цель. Оценить результаты лечения кариеса зубов у детей с применением стеклоиономерных цемента (СИЦ) и светоотверждаемых композитных материалов.

Материал и методы. Лечение кариеса зубов проводилось у 45 детей старшего школьного возраста (14-17 лет). Пациентов разделили на две группы. Предварительно все дети были обучены индивидуальной гигиене полости рта. В состав первой группы вошли 22 человека, у которых проводилось стандартное препарирование кариозной полости, ее медикаментозная обработка, пломбирование кариозной полости осуществлялось с помощью СИЦ – «Ketac Molar». Вторую группу составили 23 пациента, у которых также проводилось в соответствии со стандартным протоколом препарирование и медикаментозная обработка кариозной полости, но пломбирование осуществлялось с помощью светоотверждаемого композитного материала «Gradia Direct posterior».

Результаты и обсуждение. «Ketac Molar» один из наиболее известным стеклоиономерных материалов, который на протяжении почти четверти века доказывает свою эффективность. «Ketac Molar» обладает важной способностью образования прочной химической связи с эмалью и зубной тканью, что делает возможным щадящее препарирование и обеспечивает отличное закрепление краев пломбы. Большинство исследований показывает, что пломбы на основе данного материала имеют выживаемость не менее 2-3 лет (72 %). (Халиуллин И.Л., 2010). «Gradia Direct» также является высококачественным стоматологическим материалом, который обладает рядом достоинств: среди которых повышенная износостойкость и прочность, длительный срок службы, высокий показатель эстетики и др.

Оценка качества лечения осуществлялась через 12 месяцев. Критериями успешно проведенного лечения кариеса зубов и восстановления пломбировочным материалом являлись следующие показатели: отсутствие вторичного кариеса, сохранение краевого прилегания, отсутствие изменения цвета и нарушения целостности пломбы. Статистически значимых отличий в обеих группах нами не обнаружено.

Выводы. Выбор пломбировочного материала у детей старшего школьного возраста не оказывает существенного влияния на исход лечения кариеса зубов при тщательном выполнении всех этапов лечения и соблюдения правил работы с теми или иными пломбировочными материалами. Помимо этого, нами подтверждены высокие качества таких популярных пломбировочных материалов как СИЦ «Ketac Molar» и светоотверждаемого композитного материала «Gradia Direct posterior».

Исакова Д.Г.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Цель работы: Изучить характер и частоту изменений слизистой оболочки полости рта (СОПР) у детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями.

Материалы и методы: Обследовано 98 детей в возрасте от 5 до 14 лет. Основную группу (n=65) составили пациенты с хронической соматической патологией: заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 40%, атопическим дерматитом – 20%, бронхиальной астмой – 20%, сахарным диабетом (СД) 1 типа – 20%. Группу контроля (n=33) – условно здоровые дети. Всем пациентам проведен стоматологический осмотр с оценкой состояния СОПР, индекса гигиены (ИГ) по Федорову-Володкиной, сбор анамнеза. Статистическая обработка данных проведена с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение: Патологические изменения СОПР были выявлены у 73,8% детей основной группы, что достоверно ($p < 0,01$) превышало показатель в группе контроля (18,2%). Наиболее часто диагностировались:

1. Географический язык (десквамативный глоссит) – у 26,1% пациентов, преимущественно с патологией ЖКТ и атопическим дерматитом.
2. Кандидозный хейлит – у 18,5% детей, в основном на фоне ингаляционной кортикостероидной терапии бронхиальной астмы.
3. Герпетические высыпания – у 15,4% пациентов, страдающих СД.
4. Сухость слизистой (ксеростомия) – у 13,8% обследованных, часто связана с приемом различных антигистаминных препаратов.

Установлена прямая корреляция между тяжестью течения основного заболевания и выраженностью изменений СОПР. У детей с соматической патологией также регистрировалась неудовлетворительная гигиена полости рта (ИГ=2.5±0.4 против 1.3±0.3 в контроле).

Выводы:

Хронические соматические заболевания являются значимым фактором риска развития патологических изменений слизистой оболочки полости рта у детей.

Наиболее часто встречаются десквамативный глоссит, кандидоз и рецидивирующий герпес, характер которых зависит от вида основной патологии.

Выявленные изменения требуют междисциплинарного подхода с участием педиатра и стоматолога для разработки комплексных программ профилактики и лечения.

Клёмин В.А., Дядяшева Д.А., Дядяшев В.В., Карпекина Е.И.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

МИННО-ВЗРЫВНАЯ ТРАВМА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: ПСИХОЛОГИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ, АДАПТАЦИЯ И ПУТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Минно-взрывные травмы челюстно-лицевой области – одна из самых тяжелых форм повреждений, возникающих при воздействии ударной волны, осколков и вторичных снарядов. Они наиболее распространены в зонах вооружённых конфликтов, районах с высокой минной опасностью и при террористических атаках. Повреждения лица при взрывах составляют 26-86 % всех травм лицевого скелета. В Ираке и Афганистане 16-21 % боевых повреждений приходилось на голову и шею, из них до 60% – минно-взрывные. Даже после завершения активных боевых действий в странах с высокой минной опасностью сохраняется высокий уровень таких повреждений.

Минно-взрывные травмы встречаются и в мирное время – при взрывах на промышленных объектах, случайных подрывах и террористических актах. Эти ранения вызывают не только физические, но и тяжёлые психологические последствия. Разрушение мягких тканей, костей и зубочелюстной системы приводит к выраженным дефектам внешности, потере функций, депрессии и социальной изоляции. Часто развиваются посттравматическое стрессовое расстройство, тревожность, флешбэки, снижение самооценки.

Психологическая реакция после взрывной травмы зависит от индивидуальных ресурсов, социальной поддержки и контекста травмы. Значительную роль играют внутренние механизмы адаптации – когнитивное переосмысление, контроль эмоций, поиск новых способов справляться со стрессом. Внешние факторы - поддержка семьи, друзей, участие социальных служб – также определяют успешность реабилитации. Недостаточная психологическая и социальная помощь замедляет восстановление и усугубляет изоляцию пострадавших.

Эффективные подходы к реабилитации включают комплекс медицинских и психотерапевтических мер. Наиболее результативной признана когнитивно-поведенческая терапия, снижающая проявления посттравматического стресса. Дополнительно используются психодинамические и индивидуальные методы, а также группы взаимопомощи, способствующие социальной адаптации. Однако существует дефицит специализированных программ и интеграции психотерапии в стандартные медицинские протоколы. Для полноценного восстановления необходим междисциплинарный подход, объединяющий хирургов, психологов и социальных специалистов. Продолжение исследований в этой области важно для совершенствования комплексной помощи пациентам с минно-взрывными травмами и их адаптации к полноценной жизни.

Колесников П.И.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Цель работы: Оценить клиническую эффективность применения топического иммуномодулятора на основе бактериальных лизатов в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) у детей.

Материалы и методы: Обследовано и пролечено 60 детей в возрасте от 6 до 12 лет с диагнозом ХРАС в стадии рецидива. Пациенты были распределены на 2 группы: основную (n=30) и группу сравнения (n=30). Всем пациентам проводилось стандартное лечение: антисептические полоскания (раствор мирамистина), аппликации противовоспалительных и эпителизирующих гелей, гипоаллергенная диета. В основную группу дополнительно был включен топический иммуномодулятор на основе лизатов бактерий (в форме таблеток для рассасывания) по схеме. Оценка эффективности проводилась на основании динамики субъективных ощущений (боль по ВАШ), сроков эпителизации афт, индекса рецидивирования (ИР) до и после лечения. Статистическая обработка данных проведена с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждения: У всех детей основной группы была отмечена положительная динамика. По сравнению с группой сравнения выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия:

Сокращение сроков эпителизации афт: в основной группе полная эпителизация наступила в среднем на $3,2 \pm 0,4$ дня быстрее (5,1 дня против 8,3 дней в группе сравнения).

Купирование болевого синдрома: интенсивность боли по ВАШ достоверно снижалась на 2-е сутки лечения в основной группе (на 48% против 25% в группе сравнения).

Снижение частоты рецидивов: индекс рецидивирования через 6 месяцев наблюдения в основной группе составил 0,4 против 1,8 в группе сравнения.

Выводы:

Включение топического иммуномодулятора на основе бактериальных лизатов в комплексную терапию ХРАС у детей позволяет достоверно сократить сроки эпителизации афт и купировать болевой синдром.

Достигнутый иммуномодулирующий эффект приводит к значительному снижению частоты рецидивов заболевания в отдаленном периоде, что подтверждает целесообразность и высокую эффективность предложенного метода лечения.

Короткова С.Д.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛАЙНЕРОВ В ДЕТСКОЙ ОРТОДОНТИИ: ПОКАЗАНИЯ, ПРЕИМУЩЕСТВА И ОГРАНИЧЕНИЯ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С ТРАДИЦИОННЫМИ БРЕКЕТАМИ)

Цель. Оценить целесообразность применения элайнеров в детской ортодонтии, выявить показания, преимущества и ограничения данного метода лечения по сравнению с традиционными брекет-системами, основываясь на данных современной научной литературы.

Материал и методы. Проведен систематический поиск научных статей в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library по ключевым словам: «элайнеры», «детская ортодонтия», «брекеты», «аномалии прикуса», «сравнение», «эффективность», «качество жизни». В анализ были включены рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), когортные исследования, обзоры и мета-анализы, посвященные применению элайнеров и брекетов в детской ортодонтии, опубликованные за 10 лет (2014-2024 гг.). Исключались исследования, посвященные только взрослым пациентам, а также статьи, не содержащие сравнительных данных.

Проведен сравнительный анализ данных, полученных из отобранных исследований, по следующим параметрам: эффективность лечения, время лечения, комфорт пациента, гигиена полости рта, эстетика, стоимость лечения, частота осложнений.

Результаты и обсуждение. Элайнеры демонстрируют высокую эффективность при лечении легких и умеренных форм аномалий прикуса у детей, таких как скученность, диастемы, незначительные нарушения окклюзии. Они особенно показаны пациентам с высоким эстетическим требованием и аллергией на металл. Элайнеры обладают рядом преимуществ перед традиционными брекетами, включая лучшую эстетику, повышенный комфорт, улучшенную гигиену полости рта и более предсказуемый результат лечения благодаря использованию 3D-моделирования. Снижение частоты визитов к врачу также является значимым преимуществом. Однако, элайнеры менее эффективны при лечении сложных аномалий прикуса, требующих значительных перемещений зубов в вертикальном направлении. Успех лечения напрямую зависит от мотивации и дисциплинированности пациента, требующей ношения капш не менее 22 часов в сутки. Более высокая стоимость лечения и риск потери или поломки капши также являются ограничениями. Мета-анализы показывают, что элайнеры и брекет-системы демонстрируют сопоставимую эффективность при лечении легких и умеренных форм аномалий прикуса. Однако, брекет-системы остаются предпочтительным методом лечения сложных случаев, требующих значительных перемещений зубов. Качество жизни пациентов, получающих лечение элайнерами, как правило, выше, чем у пациентов с брекетами.

Выводы. Элайнеры являются перспективным методом ортодонтического лечения в детском возрасте, особенно при легких и умеренных формах аномалий прикуса. Выбор метода лечения должен быть индивидуальным и основываться на тщательном клиническом обследовании, диагностике и оценке мотивации пациента. Традиционные брекет-системы остаются золотым стандартом лечения сложных случаев, требующих значительных перемещений зубов. Необходимы дальнейшие исследования для расширения показаний к применению элайнеров и оптимизации протоколов лечения в детской ортодонтии, а также для оценки долгосрочных результатов лечения элайнерами у детей.

Коценко Ю.И.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

МАСКИ ОРОФАЦИАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Цель: изучить основные разделы орофациальной боли (ОФБ) по Международной классификации (ICOP, 2021) и оценить клинико-неврологические особенности.

Материал и методы. Проанализированы данные отечественных и зарубежных исследований с использованием научных баз публикаций.

Результаты и обсуждение. В настоящее время в мире одним из относительно новых направлений управления боли в медицине является алгология (Bonica J., 1961), которая в последующем позволила создать Международную ассоциацию по изучению боли (International Association Study of Pain — IASP, 1973). В РФ лечебно-диагностические мероприятия в области алгологии реализуют преимущественно неврологи. ОФБ локализована в области лица и ротовой полости. Патогенез ОФБ многогранен: дискуссионна роль нейропатии тройничного нерва, центральной сенситизации, нарушения нисходящего контроля боли и психосоциальных факторов (Латышева Н.В. и др., 2019). Согласно ICOP выделены 7 разделов ОФБ, которые затрагивают области дентоальвеолярных и сопутствующих структур, височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) и черепных нервов (например, тройничного или языкоглоточного), миофасциальной и идиопатической ОФБ (например, синдром «пылающего рта»), подобным первичным цефалгиям (орофациальная мигрень, головная боль напряжения, тригеминальная вегетативная цефалгия и невровазкулярная ОФБ) с разделом психосоциальной оценки пациентов с ОФБ (OFNP SIG, IHS, AAOP, INfORM, 2020). Иницирующие факторы ОФБ в основном связаны с травмой и чрезмерной нагрузкой жевательной системы. Поддерживающими факторами являются поведенческие (сжатие зубов, бруксизм, патологическое положение головы); социальные (влияют на восприятие боли); эмоциональные (депрессия и тревога) и когнитивные (катастрофизация) (Chisnoiu AM, et al, 2015). Невралгия тройничного нерва проявляется болью в области лица, челюстях, зубах или деснах. Языкоглоточная невралгия вызывает боль в горле, языке и слуховом проходе. Прострелы не являются проявлением повреждения черепных нервов, а отражают активацию миофасциальных курковых зон при растяжении мышцы (Cutri R.M., et al, 2022). Синдром миофасциальной болевой дисфункции связан со стрессом и характеризуется тупой, иррадиирующей, односторонней и ноющей болью, (Cutri R.M., et al, 2022). При дисфункции ВНЧС пациентов беспокоят боли в лице и области челюстей, в шее и плечах, в ухе и вокруг него, может появляться шум, звон, заложенность в ушах, несистемное головокружение, что иногда затрудняет диагностику (Латышева Н.В. и др., 2019, 2024).

Выводы. Алгология – самостоятельная дисциплина, которая объединяет различные специальности, позволяет комплексно подойти к решению диагностических проблем ОФБ и разработке эффективных лечебных мероприятий.

Коценко Ю.И., Былинская А.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЬКЕРССОНА-РОССОЛИМО-РОЗЕНТАЛЯ

Цель: проанализировать современные научные исследования и оценить клинические особенности поражения черепных нервов (ЧН) при синдроме Мелькерссона–Россолимо–Розенталя (СМРР).

Материал и методы. Проведен систематический анализ публикаций в базах данных PubMed, ScienceDirect и eLibrary за период 2021–2025 гг. Критерии включения: оригинальные исследования, клинические случаи и обзоры, описывающие неврологические проявления СМРР, с акцентом на поражение ЧН. Проанализировано 17 источников, содержащих данные о 234 пациентах с верифицированным или вероятным СМРР.

Результаты и обсуждение. СМРР — редкое нейрокутанное заболевание, характеризующееся классической триадой: складчатый язык, рецидивирующий орофациальный отек (макрохейлит) и паралич лицевого нерва. Полная триада встречается у 8–25% пациентов (Eliasson H., 2021), частота отека лица достигает 80–100%, паралича лицевого нерва — 50–60% (Vacci S., 2022). Заболевание представляет собой междисциплинарную проблему: при изолированном макрохейлите пациенты чаще обращаются к стоматологам и дерматологам, при парезе лицевого нерва — к неврологам, что нередко приводит к запаздыванию диагностики (Глебова Л.И., 2023) и требует мультидисциплинарного подхода. (КР РФ, 2024).

При СМРР помимо лицевого нерва в патологический процесс нередко вовлекаются другие ЧН: глазодвигательный, тройничный и языкоглоточный. Клиническая картина включает невралгическую симптоматику (прозопалгия, орофациальная гиперестезия, дизестезия, парестезия) и вегетативные парасимпатические нарушения (вазомоторные реакции, изменение саливации и слезоотделения) (Vacci S., 2022; Eliasson H., 2021; Снарская Е.С., Медведева Я.Н., 2022). Описанные симптомы вегетативной дисфункции не входят в классическую триаду и классифицируются как малые диагностические признаки (Gonçalves D.U., 2023), которые существенно дополняют клиническую картину или могут быть единственным проявлением СМРР (Kawachi Y., 2022). Дебютным признаком СМРР может быть боль в лице по типу невралгии с последующим прозопарезом, при этом продромальный период характеризуется односторонней невралгией тройничного нерва (Глебова Л.И., 2023). Макрохейлит, как проявление СМРР, может сочетаться с парестезиями и чувством жжения в области лица (Жукова О.В., 2022). Ретроспективный анализ показывает, что чувствительные нарушения с каузалгиями встречаются более чем у 30% пациентов с неполными формами синдрома (Gonçalves D.U., 2023).

Лабораторные исследования включают общий анализ крови и, по показаниям, аллергологическое и ревматологическое обследование для исключения системных заболеваний (соединительной ткани, болезнь Крона, саркоидоз) (Hisanaga K., 2023; Saito K., 2024). Инструментальные методы (МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием) позволяют визуализировать поражение корешков ЧН и являются методом выбора для подтверждения диагноза (Снарская Е.С., Медведева Я.Н., 2022). По данным нейровизуализации, у ряда пациентов диагностировано воспаление нижнечелюстной ветви тройничного нерва, что коррелировалось со слабостью жевательной мускулатуры (Butsch M., 2020).

Выводы. При СМРР, кроме лицевого нерва, возможно поражение других ЧН с мотосенсорными и вегетативными нарушениями, повреждение которых подтверждено клиническими наблюдениями и нейровизуализацией. При атипичных прозопалгиях, сочетающихся с рецидивирующим отеком лица, необходимо обсуждать совместно на консилиумах с неврологами, стоматологами и дерматологами в рамках междисциплинарного подхода.

Коценко Ю.И., Найдёнова Д.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НЕВРОЛОГА И СТОМАТОЛОГА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Невралгия тройничного нерва (НТН) – хроническое пароксизмальное заболевание, проявляющееся интенсивными стреляющими болями в зонах иннервации тройничного нерва (ТН) (КР РФ, 2024). Являясь одним из наиболее распространённых (0,03-0,3%) и тяжёлых видов прозопалгий, НТН значительно снижает качество жизни и приводит к утрате трудоспособности (Повереннова И.Е. и др., 2022). Ключевой проблемой является преобладание в диагностическом поиске нейростоматологической нозологии. Разработка и внедрение алгоритмов междисциплинарного взаимодействия неврологов и стоматологов создает необходимые условия для верификации нейростоматологического диагноза и предотвращения ятрогении (Halim S. et al, 2025).

Цель: проанализировать клинико-неврологические особенности НТН, приводящие к диагностическим ошибкам, определить направления дифференцированного подхода и обосновать диагностический алгоритм ведения пациентов с НТН.

Материал и методы: анализ клинических рекомендаций РФ, отечественных и зарубежных литературных источников с применением методов информационного поиска и анализа научных публикаций в базах данных eLibrary, PubMed.

Результаты и обсуждение. К основным клинико-неврологическим особенностям НТН относят пароксизмальные, «стреляющие» или «жгучие» болевые приступы по типу «удара тока» в зонах иннервации ветвей ТН, которые провоцируются раздражением триггерных зон (Повереннова И.Е. и др., 2022). В 84,6% случаях пациенты с прозопалгиями первоначально обращаются к стоматологу (De Stefano G. et al., 2025). Основная задача стоматолога – исключить одонтогенную патологию и своевременно направить пациента к неврологу. Дополнительной задачей стоматолога является выявление потенциальных одонтогенных триггеров НТН (патология прикуса, хронический периодонтит) (Суанова Е.Т. и др., 2021). Невролог верифицирует нейрогенный характер боли, оценивает неврологический статус, назначает нейровизуализацию для исключения симптоматической НТН (нейроваскулярный конфликт, объёмные образования, демиелинизация) (КР РФ, 2024). В практике стоматолога возможны диагностические ошибки на этапе обследования ввиду недооценки степени патологического состояния, неврологических жалоб стоматологических больных и отказ от дополнительных методов обследования. При интерпретации признаков НТН типичными ошибками стоматолога могут быть неправильная трактовка наличия триггерных зон в полости рта, как локальной стоматологической патологии, требующей вмешательства, и игнорирование отсутствия изменений на прицельных рентгенограммах, ортопантомограммах и дентальных КТ, что должно насторожить в пользу неврологического, а не одонтогенного генеза боли (Tizzoni R et al, 2021). Последствия неправильной диагностики заболевания одонтогенной природы заключаются в необоснованном лечении, чрезмерном введении пломбирочного материала за верхушку корня зуба (50%), осложнении мандибулярной анестезии (25%) или удалении зубов (15-55%) обследуемых с симптомами НТН или невралгии нижнелуночкового нерва (Ибрагимов Р.С. и др., 2021; De Stefano G. et al., 2025). При анализе медицинской документации нейростоматологическая патология у 65,2% пациентов является ятрогенной, в т.ч. после стоматологических вмешательств (Ибрагимов Р.С. и др., 2021). Особое значение имеет междисциплинарная оценка патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), где в 54,2% случаях был следствием ятрогении (Ибрагимов Р.С. и др., 2021). Миофасциальный болевой синдром при дисфункции ВНЧС может имитировать НТН, либо выступать в качестве провоцирующего фактора. При этом стоматолог проводит диагностику окклюзии, а невролог – оценку тонуса жевательных мышц, что позволяет разделить болевые синдромы (Liu Y., et al, 2025).

Выводы. Внедрение диагностического алгоритма взаимодействия невролога и стоматолога является необходимым условием для стандартизации ведения пациентов с НТН, позволяя минимизировать диагностические ошибки и ятрогенные осложнения на догоспитальном этапе и сократить сроки верификации патологии.

Лихобабин А.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бронхиальная астма является одной из ключевых проблем в детской медицине, поражая свыше 10% юных россиян. Терапия этого заболевания, независимо от фазы (приступ или ремиссия), предполагает постоянное применение лекарств, в том числе глюкокортикостероидов. Важно отметить, что ингаляционное введение препаратов, помимо лечебного эффекта, может ослаблять естественную защиту слизистой рта и снижать местный иммунитет. Многие противоастматические средства содержат сахара, которые разрушительно действуют на зубную эмаль. Также некоторые медикаменты провоцируют сухость во рту, что уменьшает самоочищение зубов слюной. У детей с бронхиальной астмой часто наблюдаются нарушения дыхания и водно-минерального баланса, что может негативно отразиться на формировании челюстно-лицевой области.

В связи с вышеизложенным, **целью** работы было оценить стоматологический статус у детей с бронхиальной астмой, составить план лечебно-профилактических мероприятий, учитывая характер проводимой терапии основного заболевания.

Материал и методы. В настоящей работе исследование проводилось у пациентов в возрасте от 3 до 17 лет, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении. Всего было осмотрено 60 пациентов с диагнозом: бронхиальная астма. Всем пациентам было предложено анкетирование, включающее в себя 20 вопросов по проводимой гигиене полости рта. Проведен комплексный стоматологический осмотр полости рта.

Результаты и обсуждение. В ходе анкетирования было установлено, что пациенты не обладают достаточным уровнем знаний и навыков гигиены полости рта. У 82% пациентов индекс гигиены полости рта оценивался как неудовлетворительный. Распространенность кариеса в обследуемой группе составила 100%. 2/3 детей и подростков поступают в стационар не санированными. Во всех возрастных группах интенсивности кариеса зубов соответствовала высокому уровню. В ходе обследования у 34% пациентов был выявлен хронический катаральный гингивит, 12% детей отмечали сухость и раздражение слизистой оболочки полости рта; 6% указывали на изменение вкусовых ощущений. У 72% детей диагностировали аномалии и деформации зубочелюстной системы. В структуре зубочелюстных аномалий у детей с бронхиальной астмой доминировали дистальный и глубокий прикус на фоне выраженной тенденции к сужению зубоальвеолярных дуг.

Выводы. Необходимо учитывать факторы, определяющие стоматологический статус детей с бронхиальной астмой, и подбирать эффективный комплекс лечебно-профилактических мероприятий при тесном сотрудничестве аллергологов, пульмонологов и стоматологов.

Луцкая И.К.¹, Ермакова И.Д.²

¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

²ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИНГИВИТОВ У ДЕТЕЙ

Массовая распространенность воспалительных заболеваний десны, многообразие и сложности в диагностике обуславливают значимый интерес ученых и практиков к исследованиям их клинических проявлений и лечения. Высокая встречаемость гингивитов характерна для различных регионов земного шара, причем в детском и юношеском возрасте они являются наиболее частой патологией (от 30 до 90%). Основным этиологическим фактором являются микроорганизмы зубной бляшки и продукты обмена. Общие факторы, в свою очередь, изменяют сопротивляемость тканей пародонта к патогенным воздействиям.

Цель исследования – повышение эффективности ранней клинической диагностики и лечения воспалительных заболеваний пародонта – гингивитов.

Материал и методы. Анализ данных литературы и собственных клинических наблюдений на базе городской клинической стоматологической поликлиники. Обследование пациентов осуществлялось в соответствии с Протоколами.

Результаты и обсуждение. Острый гингивит возникает внезапно. Пациенты предъявляют жалобы на острую боль, кровоточивость. Наиболее часто встречается механическая травма десны острым предметом, в том числе средствами гигиены. При осмотре обнаруживаются следующие признаки: изменение размеров и контуров десны; наличие зубных отложений; кровоточивость различной степени; зубодесневой карман отсутствует; деструкции костной ткани на рентгенограмме нет. Если в процесс вовлекается ограниченный участок слизистой оболочки диагностируется локализованный гингивит. Генерализованный гингивит вовлекает значительные участки краевой десны.

При хроническом локализованном гингивите воспалительный процесс в десне развивается медленно и зачастую незаметно для пациента. Для локализованного гингивита характерны жалобы на дискомфорт, незначительная болезненность, отечность и кровоточивость межзубных сосочков у отдельных зубов. В области поражения обнаруживаются отечные, возможно синюшные, сосочки и маргинальная десна.

Хронический генерализованный гингивит отличается отеком слизистой оболочки десны на значительном протяжении. Определяется гиперемия или синюшность, возможна десквамация эпителия, при зондировании десневой борозды появляется кровоточивость. На рентгенограмме костные структуры выглядят интактными.

Заключение. Гингивит характеризуется воспалением десны, которое обусловлено неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, протекает без нарушения целостности зубодесневого прикрепления и проявлений деструктивных процессов в других отделах пародонта. Общими признаками гингивитов являются болезненность, отек, гиперемия, кровоточивость. Самостоятельные гингивиты возникают вследствие местных причин, симптоматические – сопровождают патологические процессы в пародонте либо нарушения в органах и системах организма как инфекционной, так и неинфекционной природы.

Лечение, в соответствии с этим, включает местные и общие воздействия, базирующиеся на этиотропной, патогенетической, симптоматической направленности. Локальные мероприятия (инструментальные и медикаментозные) выполняет стоматолог.

Люгайло С.С.¹, Рамошкайте М.С.²

¹ГБУ «Донецкий врачебно-физкультурный диспансер», Донецк

²ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ОБОСНОВАНИЕ СТРАТЕГИИ БЕЗЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Цель исследования – изучить особенности структуры стоматологической заболеваемости спортсменов в возрасте 7-17 лет, различной специализации и квалификации, для обоснования целесообразности безлекарственной реабилитации.

Работа выполнена в ГБУ «Донецкий врачебно-физкультурный диспансер» (ДВФД). В исследовании приняли участие 3 026 спортсменов, возраст 7-17 лет, различного пола, спортивной специализации и стажа, которые проходили углубленное медицинское обследование (УМО) с периодичностью 1 раз в 6 месяцев. Использовали методы исследования по программе УМО, стоматологические методы (осмотр, анкетирование, определение стоматологических индексов (КПУ, КПУ+ кп, РМА)). По результатам УМО определили контингент юных спортсменов, имеющий стоматологические заболевания (1 345 чел.). Обследованные нуждались в проведении комплексных профилактико-реабилитационных мер, для предупреждения прироста наиболее распространенных стоматологических заболеваний (кариес зубов и его осложнения; заболевания пародонта (гингивит, пародонтит)). В диспансерную группу также вошло 364 спортсмена с диагностированной аномалией прикуса/смыкания зубных рядов различной степени выраженности, что также требовало в процессе их комплексной реабилитации, дополнительных реабилитационных мер (помимо аппаратной коррекции прикуса). Анализ структуры стоматологической патологии, диагностированной у 1 345 спортсменов, дал следующие результаты: заболевания твердых тканей зуба – 60,52% обследованных; патология пародонта (гингивит, пародонтит) различной степени тяжести – 12,42%; сочетанная стоматологическая патология – 11,08%; патология прикуса – 27,06% юных спортсменов. В аспектах пола диагностированная патология чаще регистрировалась у мальчиков (в 2,8 раз больше, чем у сверстниц). В аспектах спортивной специализации заболевания твердых тканей зубов чаще диагностированы у: представителей спортивных игр (28,19% от количества спортсменов с кариесом); единоборцев (24,1%); спортсменов, тренирующих выносливость (легкая атлетика, велоспорт, плавание) – 15,67%; спортсменов-ретарданов (все виды гимнастики, акробатика, фигурное катание) – 13,46%. Заболеваниям пародонта более подвержены спортсмены: использующие методики «сгонки» и контроля массы тела (все виды единоборств, сложно-координационные виды спорта) – 32,64% от числа спортсменов с заболеваниями десен и пародонта); тренирующиеся в анаэробных режимах (тяжелая атлетика, пауэрлифтинг, спринт) – 25,62% в данной диспансерной группе. В аспектах спортивной квалификации и стажа тренировочной деятельности заболевания твердых тканей зубов чаще диагностированы у квалифицированных спортсменов со стажем 5 и более лет – 56,31% обследованных в группе (интенсивность кариеса – 5,02 зуба (m=0,12 зуба)). При анализе структуры заболеваний пародонта было выявлено, что из 167 спортсменов с, клинически установленной, патологией пародонта, гингивит отмечен в 38,92% случаев, пародонтит – в 49,70% (преимущественно в пубертатном возрасте), пародонтит в стадии обострения – в 11,12% случаев (чаще у квалифицированных юниоров). В группе спортсменов с патологией прикуса чаще был диагностирован дистальный прикус – 57%. Немногим реже у юных спортсменов с патологией прикуса был диагностирован мезиальный прикус – 43 % (156 чел.). Как правило это дети с крайними антропометрическими стандартами (акселераты, ретарданты), чаще спортсмены с проявлениями системной дисплазии соединительной ткани.

Заключение. Юные спортсмены составляют «группу риска» развития стоматологических патологий, прирост которых зависит от спортивной специализации и стажа тренирующихся. Наиболее подвержены развитию патологий спортсмены с крайними антропометрическими стандартами и спортсмены-диспластики. Это обосновывает стратегию безлекарственной реабилитации данного контингента.

Мельниченко В.В., Дегтяренко Е.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

РЕГРЕССИВНЫЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ СТЕРЕОТИПИИ ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Регрессивные проявления в детском возрасте, в частности сосание пальцев и онихофагия, классифицируются в рамках рубрики «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Данные феномены характеризуются высокой распространенностью в стоматологической практике и выступают этиологическими факторами формирования челюстно-лицевых аномалий, включая дистальную окклюзию и иные нарушения прикуса. Несмотря на наличие обширной доказательной базы, освещающей ортодонтические аспекты указанной патологии, психологическая детерминация данных состояний остается недостаточно изученной и требует дальнейшего междисциплинарного анализа.

Цель: обеспечить информирование широкого круга специалистов здравоохранения о патогенетических механизмах формирования и современных алгоритмах диагностики стереотипных двигательных расстройств в детском возрасте, с акцентом на повышение готовности к междисциплинарному взаимодействию путем своевременного привлечения клинического психолога в комплексную работу с ребенком.

Материал и методы. Анализ публикаций в наукометрических базах данных (Scopus, Web of Science, РИНЦ и др.) с целью верифицированного извлечения эмпирических данных.

Результаты и обсуждение. Этиопатогенез двигательных стереотипий у детей характеризуется мультифакторной природой, объединяющей спектр детерминант: от генетически обусловленных особенностей формирования высшей нервной деятельности до воздействия психотравмирующих агентов. Среди психологических факторов риска преобладают деструктивные стили семейного воспитания, характеризующиеся эмоциональной депривацией, дефицитом сенсорной стимуляции и тепла. Нарушение стабильности микросоциальной среды, обусловленное конфликтными отношениями или делегированием функций ухода третьим лицам и дошкольным учреждениям, затрудняет социальную адаптацию и провоцирует развитие невротических реакций. Особое значение в актуальных исследованиях отводится изучению влияния острых и хронических стрессовых ситуаций, инициирующих механизмы психической регрессии. В данной концепции двигательные стереотипии рассматриваются как форма архаичной психологической защиты или актуализация компенсаторного «инстинкта сосания» (цит. по А.И. Захарову «Психотерапия неврозов у детей и подростков»), направленного на купирование интрапсихической тревоги. В условиях стоматологического приема целесообразно осуществлять динамический мониторинг психомоторной активности пациента и расширенный сбор клинично-anamnestических данных, включая анализ родительских установок и их субъективного восприятия патологических привычек ребенка. При выявлении объективных признаков поведенческих отклонений обосновано включение в план лечения рекомендации по семейному консультированию у клинического психолога. Проведение соответствующего скрининга и интервьюирования интегрируется в структуру базового приема, увеличивая его продолжительность в среднем на 10–15 минут.

Заключение. Исследование феномена регрессивных двигательных стереотипий у детей представляет высокую актуальность для современной стоматологии, учитывая широкую вариативность распространенности зубочелюстных аномалий, которая, по данным эпидемиологических исследований, варьирует в диапазоне от 32,79% до 73,85%. Столь значимые статистические показатели диктуют необходимость оптимизации клинических протоколов путем внедрения междисциплинарного подхода. Интеграция психологической службы в алгоритм ведения стоматологических пациентов позволяет расширить терапевтические возможности и обеспечить комплексную коррекцию патологических привычек, лежащих в основе формирования аномалий челюстно-лицевой области.

Музычина А.А., Бугоркова И.А., Поварич К.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОДОНТОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Одонтогенные опухоли могут приводить к различным осложнениям в челюстно-лицевой области, включая воспалительные процессы, изменения в костной ткани, развитие первичной и вторичной адентии, нарушение сроков прорезывания. Изучение одонтом и их влияния на челюстно-лицевую область требует мультидисциплинарного подхода. Идентификация и лечение одонтомы важны для минимизации осложнений, связанных с задержкой прорезывания зубов, и для обеспечения нормального развития верхней и нижней челюстей. Актуальным является изучение данной патологии и поиск эффективных методов лечения для создания условий физиологического развития зубочелюстной системы.

Цель: изучить клинические особенности одонтом у детей, выявить их влияние на развитие челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Материалами исследования является детальное изучение диагностических моделей, историй болезни, анализ данных ортопантомограмм и компьютерных томографий, клинических случаев пациентов в отделении челюстно-лицевой хирургии для детей за 5 лет.

Результаты и обсуждение. При анализе историй болезни пациентов с диагнозом одонтома за это время (62 случая) было выявлено: средний возраст выявления – 12,2 года; пациенты мужского пола страдают заболеванием чаще, чем пациенты женского пола (62% против 38%); на верхней челюсти одонтомы развиваются чаще, чем на нижней (72% против 28%). Приоритетом исследования являлась ранняя диагностика одонтомы у пациентов в молочном (22 случая; 35%) и смешанном прикусе (32 случая; 52%), реже всего заболевание встречалось в постоянном (8 случаев; 13%). При этом жалобы на отсутствие прорезывания постоянного зуба были у 47 человек (75%), на безболезненную припухлость у 5 человек (0,08%) и жалоб не предъявляли 10 человек (16%). Непосредственное влияние на задержку прорезывания постоянного зуба одонтома оказывала в 53 случаях (85%); причиной порочно-развитого постоянного зуба одонтома становилась в 12 случаях (19%); также одонтома становилась причиной частичной первичной адентии в 4 случаях (0,06%) и вторичной частичной адентии в 12 случаях (19%). Во всех случаях в приоритете являлось проведение зубосохраняющей операции, что удалось в 50 случаях (80%), однако, раннее удаление зуба в связи с патологической подвижностью было необходимо в 16 случаях (25%). На ортопантомограммах одонтома проявляется как ограниченное, четко очерченное опухолеподобное образование, рентгенконтрастная гомогенная тень, в 15 случаях (24%) для уточнения размера, положения, структуры потребовалась компьютерная томография.

Заключение. Одонтома может занимать пространство в челюсти, создавая препятствия для нормального прорезывания зуба, нарушая сроки прорезывания. Растущий опухолевидный конгломерат вызывает атрофию и убыль здоровой костной ткани, способствуя формированию патологического прикуса. Одонтогенная опухоль нарушает процесс нормального формирования тканей зуба, что приводит к его недоразвитию, аномалиям положения в альвеолярной дуге, к частичной первичной адентии или частичной вторичной адентии. Понимание механики влияния одонтом на костные структуры в совокупности с ранней диагностикой способствуют выявлению одонтогенных опухолей, проведению зубосохраняющих операций, предотвращению возникновения осложнений и сохранению функциональной целостности челюстно-лицевой области, тем самым влияя на конечный положительный результат комплексной реабилитации пациента.

Осипенкова Т. С., Бессмертный А. А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К КОРРЕКЦИИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

Цель исследования: определить эффективность и целесообразность дифференцированного назначения антиоксидантной терапии пациентам с интенсивным воспалительным процессом пародонте и достоверно высоким уровнем продуктов ПОЛ в крови.

Материалы и методы: обследовано 76 больных с генерализованным пародонтитом. Для оценки состояния пародонта использовали индекс РМА, индекс кровоточивости, ПИ Рассела, пробу Кулаженко, учитывали количество пораженных секстантов. В крови определяли уровень диеновых конъюгатов (ДК), содержание малонового диальдегида (МДА), показатель перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ), супероксиддисмутазу (СОД), антиокислительную активность (АОА). Всем пациентам проводили комплексную противовоспалительную терапию и кюретаж пародонтальных карманов. Больных распределяли на группы в зависимости от интенсивности процессов ПОЛ. Выделена 1-я группа больных со значениями РМА - $44,8 \pm 1,20\%$, индекса кровоточивости - $4,08 \pm 0,07$ баллов, ПИ Рассела - $2,68 \pm 0,02$ у.е., пробы Кулаженко - $49,2 \pm 1,4$ с., поражено 2 - 3 секстанта верхней и нижней челюстей; ДК - $2,41 \pm 0,07$ у.е., МДА - $10,6 \pm 0,9$ мкмоль/гбелка, ПГЭ - $9,78 \pm 0,54\%$; каталаза - $13,88 \pm 0,09$ Мкатал/л, СОД - $0,116 \pm 0,07$ Е/мгбелка, АОА - $54,6 \pm 6,7\%$. Для 2-й группы характерны выраженные признаки воспаления тканей пародонта с исследуемыми показателями выше чем в 1-й группе. Проводили дифференцированное лечение: пациентам 1-й – препараты антиоксидантного действия не назначали, пациентам второй группы в план лечения включали антиоксиданты общего (per os «Квертин» по 0,04x2 раза в день) и местного действия (30% раствор токоферола ацетата); курсом 9 дней.

Результаты и обсуждение: у больных 1-й группы на 6-е сутки после кюретажа в мазках-отпечатках раневого экссудата были зарегистрированы признаки активной репарации (полибласты, фибробласты). На 9-е сутки десна соответствовала понятию «здоровая». Схожие положительные клинические результаты были получены и во 2-й группе.

Выводы: результаты исследования подтверждают целесообразность дифференцированного назначения антиоксидантной терапии пациентам с интенсивным воспалительным процессом в пародонте и достоверно высоким уровнем продуктов ПОЛ в крови.

Плыс Т.Д., Плыс А.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ «TOOTH MOUSSE» И «R.O.C.S. MEDICAL MINERALS» У ДЕТЕЙ 8-10 ЛЕТ

Кариес зубов остаётся одной из наиболее распространённых стоматологических проблем в детской популяции. Одним из ключевых направлений профилактики и лечения начальных стадий кариеса является реминерализующая терапия, направленная на восстановление структуры эмали и укрепление её устойчивости к кислотным воздействиям. Ушла в историю эпоха, когда для реминерализации использовались средства в виде растворов ввиду их неудобства. Современная стоматология для восстановления эмали предпочитает средства в виде гелей, ввиду их способности создавать длительно удерживающуюся пленку на зубах. На современном фармацевтическом рынке широко используются различные реминерализующие препараты, среди которых «Tooth Mousse» (содержащий фтор и кальций-фосфатные соединения) и реминерализующий гель «R.O.C.S. Medical Minerals». Несмотря на их широкое применение, имеются противоречивые данные о сравнительной эффективности этих средств у детей младшего школьного возраста.

Цель исследования. Провести сравнительную клиническую оценку эффективности реминерализующей терапии с использованием «Tooth Mousse» GC (Япония) и реминерализующего геля «R.O.C.S. Medical Minerals» (Россия) у детей в возрасте 8–10 лет с начальными формами кариеса.

Материал и методы. В исследование были включены 20 детей 8–10 лет с начальными деминерализованными участками на эмали. Пациенты были рандомизированы на две группы: в первой группе (n=10) применяли «Tooth Mousse», во второй группе (n=10) использовали реминерализующий гель «R.O.C.S. Medical Minerals». Пациентам обеих групп было проведено обучение индивидуальной гигиене полости рта. Оба реминерализующих препарата применялись по аналогичной схеме: после гигиенической чистки зубной пастой два раза в день. Оценка эффективности проводилась на основе динамики клинических и инструментальных показателей: индекс окрашивания деминерализованных участков (ICDAS/безопасные индексы), уровень реминерализации по данным флюориметрии, изменение показателей микротвердости эмали, а также оценка субъективных ощущений пациентов в ходе 12-недельного курса терапии.

Результаты и обсуждение. Анализ данных показал положительную динамику реминерализации в обеих группах по всем исследуемым параметрам. Группа с терапией «Tooth Mousse» продемонстрировала статистически более выраженное снижение признаков деминерализации согласно флюориметрическим показателям ($p < 0,05$) и большую устойчивость эмали к кислотному воздействию. Пациенты второй группы также отмечали улучшение симптоматики, однако величина клинических изменений была умеренной и не достигала значимого преимущества по сравнению с применением «Tooth Mousse». Разница в субъективном восприятии приятности продукта между группами была незначительной.

Заключение. Оба реминерализующих средства проявили свою эффективность в коррекции начальных форм кариеса у детей 8–10 лет при регулярном применении. Тем не менее, «Tooth Mousse» продемонстрировал более высокую клиническую эффективность по объективным инструментальным показателям реминерализации эмали по сравнению с реминерализующим гелем «R.O.C.S. Medical Minerals». Полученные данные позволяют рекомендовать «Tooth Mousse» как предпочтительный вариант для реминерализующей терапии у детей младшего школьного возраста с начальными проявлениями кариеса.

Положенцева В.С.¹, Петренко М. И.², Дегтяренко Е.В.²

¹ГБУ ДНР «ДГСП г. Донецка»

²ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ПСИХОЛОГО-МОТИВАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ РТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ВРЕДНЫМИ ПРИВЫЧКАМИ: АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ

Заболевания слизистой оболочки полости рта (ЗСОПР) у детей представляют собой значительную проблему общественного здоровья, особенно в контексте вредных привычек, таких как сосание пальца, привычка грызть, прикусывание губ или щек, бруксизм (непроизвольное сжатие челюстей и скрежет зубами, чаще всего происходящее во сне. Это состояние относится одновременно к стоматологии и неврологии и может приводить к износу зубов, боли в мышцах лица и к головным болям), а также неконтролируемое употребление сладких газированных напитков или длительное использование сосок. Эти привычки, часто коренящиеся в психоэмоциональных нарушениях поведения, приводят к механическим травмам слизистой, воспалительным процессам (например, афтам, стоматиту, гингивиту) и долгосрочным осложнениям, включая деформации прикуса и высокого риска развития инфекционных заболеваний (Zhou, H. et al., 2023; Abd-Elsabour, M. A. A. et al., 2023). По данным глобальных эпидемиологических исследований, распространенность вредных оральных привычек среди детей в возрасте 5–12 лет достигает 30–50%, с пиком в периоды стресса, таких как школьная адаптация или семейные конфликты (Guo, Y. et al., 2022).

Мотивационная сторона лечения часто остаётся без внимания, хотя она крайне важна: дети, которым сложно справиться с эмоциональными нагрузками, обычно хуже следят за гигиеной полости рта, и это приводит к частым повторным проблемам (Abd-Elsabour, M. A. A. et al., 2023). Традиционные стоматологические методы – например, местные антисептики или ортодонтические аппараты – дают лишь временный результат, потому что не учитывают психологические факторы. А интегративные подходы, которые включают мотивационное интервьюирование и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), позволяют повысить эффективность лечения на 40–60% (Okawara, A. et al., 2022; Tesso, S. et al., 2018). Ситуация становится ещё актуальнее из-за связанных с ней финансовых затрат: лечение ЗСОПР в педиатрии обходится системам здравоохранения в мире в миллиарды долларов в год, с учетом косвенных потерь от школьных пропусков и психологической реабилитации (Khairunnisa, Z. et al., 2024).

Как отмечают Zhou и соавторы (Zhou, H. et al., 2023), такие психологические факторы, как стресс и тревога, активируют симпатическую нервную систему, повышая уровни кортизола и катехоламинов, что приводит к воспалению слизистой через иммуномодуляцию. Вредные привычки нередко становятся для ребенка способом справиться со сложными эмоциями.

В исследовании Katta и соавт. (Katta, N. M. et al., 2024) показано, что витамины и минералы, которые всасываются через слизистую оболочку полости рта, уменьшают её раздражимость примерно на 67% ($d=1.25$, $p<0.001$).

Мотивация — это главный фактор, который обеспечивает успех. В исследовании (Katta, N. M. et al., 2024) показано, что абсорбция микронутриентов (витаминов и минералов, которые нужны организму в очень небольших количествах, но играют важную роль в его работе – такие как витамины А, В, С, D, Е, К, а также железо, цинк, магний, йод, селен и др.) через слизистую оболочку полости рта способствует улучшению эмоциональной регуляции, что, в свою очередь, повышает мотивацию к соблюдению гигиены примерно на 67%. Использование препаратов вместе с мотивационной поддержкой и активным участием родителей повышает соблюдение рекомендаций примерно на 40% (Zhou, C. et al., 2024).

Райда А.И., Колесник К.А., Жирова В.Г., Коладзе Нат. Н.

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРОЙ

Несъемная ортодонтическая аппаратура, используемая при лечении зубочелюстных аномалий (ЗЧА), оказывает влияние на состояние тканей полости рта и является дополнительными ретенционными пунктами фиксации мягкого и твердого зубного налета. Частым осложнением твердых тканей зуба является очаговая деминерализация эмали.

Цель исследования: на основании изучения состояния твердых тканей зубов и факторов риска деминерализации эмали у детей, в динамике ортодонтического лечения, разработать лечебно-профилактический комплекс.

Материал и методы. Обследовано 57 подростков в возрасте 12-15 лет, находящихся на ортодонтическом лечении несъемной ортодонтической аппаратурой. Подростки распределены на две группы: основную 29 детей и контрольную 28 детей. В обеих группах проводились традиционные профилактические мероприятия. Стоматологическое обследование детей обеих групп проводили до начала лечения и в сроки 3,6,12 месяцев. Для определения факторов риска развития деминерализации эмали изучалось уровень санитарно-гигиенических знаний, гигиеническое состояние полости рта (ГИ), индекс Green-Vermillion, минерализующие свойства слюны по показаниям микрокристаллизации (МКС), pH слюны, структурно-функциональную резистентность эмали (ТЭР-тест) в баллах. Лечебно-профилактический комплекс включал: профессиональную гигиену полости рта два раза в году, диету, насыщенную солями кальция, фосфора, витаминами, зубную пасту R.O.C.S. Teens, полоскание препаратом «Тонзилал» 2 недели, ротовые ванночки препаратом «Биоль» 10 дней. «Тонзилал» содержит морскую соль, экстракты растений зверобоя, тысячелистника, календулы, корня солодки. Грязевой препарат «Биоль» – высокоминерализованный полимерный раствор сульфидной грязи озера Саки.

Результаты и обсуждение. До начала ортодонтического лечения показания интенсивности кариеса не имели существенных различий в обеих группах детей. В процессе ортодонтического лечения установлена разница этих показателей. Через 12 месяцев лечения в основной группе интенсивность кариеса составила $4,09 \pm 0,25$, в контрольной $5,26 \pm 0,34$. Оценка гигиенического состояния показала, что у обследованных детей преобладала неудовлетворительная и плохая гигиена полости рта. Оценивая показатели кариесогенной ситуации следует отметить, что до начала комплексного лечения разница в обеих группах была незначительная. МКС у детей обеих групп характеризовалась III типом кристаллообразования. Минерализующий потенциал был низким ($1,03 \pm 1,4$ и $1,06 \pm 0,22$). Уровень pH в обеих группах находился в пределах $6,33 \pm 0,03$. Структурно-функциональная резистентность эмали составила $6,64 \pm 0,22$ балла.

В процессе ортодонтического лечения изменились показатели и были различны в основной и контрольной группах. Улучшились показатели ГИ в основной группе. У большинства детей основной группы отмечен II тип микрокристаллизации слюны, МПС увеличился до $1,84 \pm 0,22$ балла. В контрольной группе в слюне преобладали кристаллы III типа, а МПС составил $1,11 \pm 0,22$. Уровень pH слюны стабилизировался на уровне слабощелочной.

Выводы: предложенный лечебно-профилактический комплекс в процессе ортодонтического лечения несъемной аппаратурой профилактирует развитие очаговой деминерализации эмали.

Редько А.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

АНАЛИЗ МИКРОБИОТЫ ЗУБНОГО НАЛЕТА БОКОВЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Проводя опросы среди детей младшего школьного возраста (от 6-ти до 10-ти лет) на предмет знаний и соблюдении правил индивидуальной гигиены полости рта, получаем убеждённые ответы, что все опрошиваемые владеют информацией, как нужно правильно чистить зубы. При этом заявляют, что чистку зубов проводят дважды (а некоторые – и трижды) в день. Однако, после проведения контролируемой чистки зубов выясняется, что всего около двух процентов детей 6 – 10-летнего возраста умеют чистить зубы правильно. Неправильная чистка зубов приводит к кариесу, его осложнениям, также способствует развитию заболеваний пародонта и, как следствие, приводит к ранней потере зубов у детей. Как правило, дети при чистке зубов больше уделяют внимание верхнему зубному ряду в силу эстетического значения улыбки, а нижний зубной ряд очищается гораздо хуже по той же причине. Касаемо боковых поверхностей жевательных зубов, некоторые пациенты не очищают их практически никогда в связи с труднодоступным расположением. При осмотре этих мест, как правило, даже визуально обнаруживается большее количество зубного налёта, чем на фронтальных зубах. О том, что зубную щётку нужно менять раз в три месяца, большинство опрошенных не знает. Всё это способствует скоплению на зубах разнообразной микробиоты, активность которой является одним из определяющих факторов в развитии кариозного процесса.

Целью работы стало микробиологическое исследование зубного налёта пришеечной области щёчной поверхности жевательных зубов нижней челюсти, а именно: 36 и 46 зубов у детей 6-10-ти лет до и после проведения индивидуальной гигиены полости рта (ИГПР).

Материал и методы. Материал для исследования получали стерильными ватными тампонами с пришеечной области 36 и 46 зубов до и после ИГПР, проводимой в течение трёх минут обычной гигиенической зубной пастой для детей данного возраста, и новыми зубными щётками. Полученный материал в стерильных пробирках доставлялся в бактериологическую лабораторию в течение часа. В лаборатории осуществляли посев материала на плотные питательные среды. После инкубации определяли культуральные, морфологические, тинкториальные свойства микроорганизмов, наличие изменений свойств питательных сред вокруг колоний, подсчёт числа колониеобразующих единиц каждого типа микроорганизмов и пересчёт КОЕ на 1 г образца (Г. Шлегель, 1987). Идентификация выделенных микроорганизмов осуществлялась с помощью микробиологического анализатора – аппарата iEMS - считыватель MF фирмы «Лабсистемс», Финляндия.

Результаты и обсуждение. Согласно результатам исследования, как качественный, так и количественный состав микрофлоры налёта пришеечной области 36 и 46 зубов до проведения ИГПР оказался выше, чем после. При этом перед чисткой преобладали бактерии группы энтерококков, а именно: *Enterococcus columbae*, *Enterococcus cecorum*, *Enterococcus mundtii*. Также присутствовали стрептококки: *Str. Mitis* и *Str. Mitis 1*, и обнаружена *Gemella Haemolysans*. Представленные нами сведения согласуются с полученными данными других исследователей, которые также обнаружили преимущественно стрептококки в бактериальном зубном налёте.

Выводы. Исходя из полученных результатов следует сделать вывод о необходимости раннего обучения и качественного проведения ИГПР у детей младшего школьного возраста. После чистки зубов количество кариес-патогенных бактерий уменьшилось более чем в два раза, что свидетельствует о снижении риска начала кариозного процесса у тех детей, которые чистят зубы регулярно. Комплексные меры с применением ИГПР, последующим контролем качества чистки зубов, а также проведение других экзо- и эндогенных профилактических мероприятий позволят существенно снизить риск развития кариеса в детском возрасте. Для контроля качества чистки зубов у детей рекомендовано применение индикаторов зубного налёта в жидкой и таблетированной форме.

*Рубникович С.П., Бурак Ж.М., Яцук А.И., Валеева З.Р., Илюкевич С.П.,
Новгородская Д.А., Хвалёнов Я.Д., Ченик П.И.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ СРЕДИ 8 И 12-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ С МОЛЯРО-РЕЗЦОВОЙ ГИПОМИНЕРАЛИЗАЦИЕЙ

Моляро-резцовая гипоминерализация (МРГ) является одной из самых распространенных преемственно развивающихся некариозных патологий (Jälevik, 2010; Elfrink et al., 2015) и активно изучается стоматологами всего мира. Имеются данные о более высокой поражаемости кариесом постоянных зубов у детей с МРГ по сравнению с их сверстниками без признаков МРГ (Горбатова М.А. и др., 2025).

Цель исследования: определить распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов среди 8 и 12-летних детей с МРГ и без признаков МРГ.

Материал и методы. Были проведены профилактические стоматологические осмотры детей 8 и 12 лет (индексные группы при изучении распространенности МРГ) в рамках ежегодных профилактических осмотров детского населения. Всего обследовано 769 школьников (387 детей в возрасте 8 лет (191 мальчик и 196 девочек) и 382 ребенка в возрасте 12 лет (199 мальчиков и 183 девочки) из пяти районов города Минска.

Осмотр полости рта проводили в условиях стоматологического кабинета с помощью набора стоматологического инструментария. У всех детей регистрировали зубную формулу с определением индекса КПУ. Диагностику МРГ проводили согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с крапчатыми зубами» (утвержден Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 ноября 2022 г. № 112). Регистрация данных проводимых осмотров производилась в специально разработанной карте обследования.

Полученные результаты были обработаны с применением методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Диагноз МРГ был поставлен 41 ребенку в возрасте 8 лет и 59 детям в возрасте 12 лет. Не имели признаков МРГ 346 детей в возрасте 8 лет и 323 ребенка в возрасте 12 лет. Соответственно, распространенность МРГ среди 8-летних детей составила $10,59 \pm 1,57$ случаев на 100 обследованных, тогда как среди 12-летних - $15,45 \pm 1,85$ случаев на 100 обследованных, $p > 0,05$. Полученные результаты соответствуют среднемировой распространенности МРГ и соотносятся с данными о распространенности МРГ в г.Минске в 2015 г. (Яцук А.И. и др., 2015).

Распространенность кариеса постоянных зубов среди 8-летних детей с МРГ составила $48,78 \pm 7,81$ случаев на 100 обследованных, тогда как среди детей этой возрастной группы без признаков МРГ - $30,35 \pm 2,47$ случаев на 100 обследованных, $p < 0,05$. В группе 12-лет распространенность кариеса постоянных зубов среди детей с МРГ составила $83,05 \pm 4,89$ случаев на 100 обследованных, тогда как среди детей без признаков МРГ - $60,06 \pm 2,73$ случаев на 100 обследованных, $p < 0,05$. Соответственно, распространенность кариеса постоянных зубов среди обследованных детей с МРГ превышала такую среди детей без признаков МРГ в обеих возрастных группах.

Интенсивность кариеса постоянных зубов (КПУ) среди обследованных детей с МРГ составила $1,15 \pm 0,23$ для 8-летних детей и $3,08 \pm 0,3$ для 12-летних, превышая более чем в 1,6 раза значения данного показателя у детей без признаков МРГ ($0,64 \pm 0,06$ и $1,92 \pm 0,13$ для 8-летних и 12-летних детей соответственно), $p < 0,05$.

Заключение. Среди детей с МРГ в возрастных группах 8 и 12 лет выявлены более высокие распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов, чем среди их ровесников без признаков МРГ.

Сотырко Д.В.¹, Капустян А.С.¹, Хода С.И.²

¹ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

²ГБУ ДНР «ДГСП г. Донецка»

ОБЪЁМ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВРОЖДЁННОЙ СКРЫТОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА В МОЛОЧНОМ ПРИКУСЕ

Одной из форм изолированной расщелины нёба является врождённая скрытая расщелина нёба (ВСРН), которая характеризуется небольшим костным дефектом по средней линии нёба и недостаточностью мышц мягкого нёба в смыкании, при неповрежденной слизистой. Данная патология является малозаметной клинически, поэтому ВСРН часто остаётся недиагностированной в раннем возрасте, что откладывает начало комплексного лечения.

Цель и задачи. Определить объём ортодонтической помощи пациентам с ВСРН в молочном прикусе на примере клинического случая.

Материал и методы. Изучены данные клинического обследования, фотоснимки лица и полости рта, биометрический анализ моделей челюстей, результаты спиральной компьютерной томографии (СКТ) пациента с ВСРН.

Результаты и обсуждение. На кафедру стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России обратилась мама мальчика 4 лет с целью консультации врача-ортодонта с предварительным диагнозом мезиальный прикус. Объективно: лицо симметрично, профиль вогнутый за счёт уплощения средней трети, нижняя треть несколько увеличена, подбородок уплощён, подбородочная складка сглажена, выраженная гнусавость речи мальчика. В полости рта сформированный молочный прикус, прикрепление уздечек губ и языка в норме, чрезмерно выражен срединный нёбный шов. При протяжном произношении звука «А» – наблюдаются колебания слизистой оболочки нёба (симптом «паруса» - положительный).

Был поставлен ортодонтический диагноз: фронтальный мезиальный прикус, расширение верхнего зубного ряда и его укорочение во фронтальном участке. Из сопутствующей патологии, влияющей на ход и сроки начала оказания ортодонтического лечения был установлен предположительный диагноз – врождённая скрытая расщелина нёба. Ребёнок был направлен на СКТ. По результатам СКТ определяется срединный дефект нёба 10x20 мм. Поставлен диагноз: врождённая скрытая расщелина твёрдого нёба, фронтальный мезиальный прикус.

Однозначного мнения челюстно-лицевых хирургов по поводу сроков начала оказания оперативно-го вмешательства для устранения костного дефекта нёба не было найдено. Пациент был направлен к логопеду. Через 4 месяца после повторной консультации челюстно-лицевого хирурга пациенту был изготовлен аппарат Брюкля, рекомендовано ношение подбородочной пращи на ночь. Через 3,5 месяца ношения аппарата было достигнуто прямое смыкание резцов. Для улучшения произношения звуков и нивелирования гнусавости речи дефектологом было рекомендована игра на духовых инструментах.

Заключение. Ранняя диагностика ВСРН важна для предотвращения возникновения деформации челюстно-лицевого скелета и определения наиболее рациональной тактики реабилитационного процесса. Эффективное лечение требует сотрудничества ортодентов, челюстно-лицевых хирургов, логопедов, педиатров, оториноларингологов.

Объём и время оказания ортодонтической помощи напрямую зависит от сроков оперативного вмешательства для закрытия костного дефекта. В молочном прикусе у детей с ВСРН целью ортодонтического лечения является нормализация функций зубочелюстной системы (пришлифовка нестёршихся бугров молочных зубов, миогимнастика для нормализации функции глотания, изготовление замещающих аппаратов), при необходимости изготовление аппарата функционального действия или применение стандартного, борьба с вредными привычками, при сформированной аномалии прикуса – изготовление лечебного аппарата при условии нормального психоэмоционального развития ребёнка.

Терехова Т.Н., Бутвиловский А.В., Пыко Т.А., Залевская О.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

ОЦЕНКА ЦИТОТОКСИЧНОСТИ КАЛЬЦИЙ-СИЛИКАТНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ЭНДОДОНТИИ

Цель исследования – оценить цитотоксичность материалов на основе силикатов кальция, применяемых в эндодонтии.

Материал и методы. Объекты исследования – материалы на основе силикатов кальция: Триоксидент (ВладМиВа, Россия), Dia-Root Bio MTA (DiaDent, Корея), Bio MTA (Cerkamed, Польша), Канал MTA (Omega Dent, Россия), Sure-Seal Root Sealer (Sure dent corporation, Корея), Dia-Root Bio Sealer (DiaDent, Корея). В качестве положительного контроля использовалась культура клеток без добавления материалов, в качестве отрицательного контроля – материал на основе эпоксидной смолы BJM Root Canal Sealer (BJM LAB, Израиль).

Исследования проводились на перевиваемой эпителиальной культуре клеток Vero-E6. Для определения цитотоксичности образцов использовали питательную среду DMEM (Elabscience, США). Для культивирования клеточную суспензию вносили в культуральный флакон (25см²) с ростовой питательной средой DMEM, включающей 10% фетальную бычью сыворотку, D-Glucose, HEPES, L-Glutamin и 100 мкг/мл гентамицина. При пассировании среду выливали, клетки 2 раза промывали раствором Версена, затем заливали смесью растворов трипсина и Версена (1:4) и помещали в термостат для инкубации при 37°C до отхождения клеток от поверхности флакона. Клетки, потерявшие контакт с пластиковой поверхностью, отбирали с помощью автоматической пипетки и считали в счетчике клеток Countess 3FL. Для оценки цитотоксичности материалов клеточную суспензию Vero-E6 высевали на 6-луночные планшеты в концентрации 400-600 тысяч клеток на лунку. Клетки культивировали в CO₂-инкубаторе при 37°C и 90% влажности 24 часа. Скорость роста и характер формирования монослоя контролировали при помощи инвертированного микроскопа NIKON Eclipse TS100-F (увеличение 4х). По окончании формирования сплошного монослоя клеток ростовую среду удаляли.

Исследуемый материал готовили в соответствии с инструкциями производителя. Далее вносили в лунки 2% питательную среду DMEM в объеме 2 мл, содержащую исследуемые образцы (100 мг), и помещали в CO₂-инкубатор при 37°C и 90% влажности для наблюдения в течение 72 часов. Каждая точка эксперимента проставлялась в 3 повторах. После инкубации проводили визуальную оценку при помощи инвертированного микроскопа NIKON Eclipse TS100-F (увеличение 4х). Количественное определение жизнеспособности проводили путем оценки процента неокрашенных (живых) клеток при подсчете на автоматическом счетчике клеток Countess 3FL (Thermo Fisher Scientific, США). Для разделения живых и мертвых клеток использовалась окраска трипановым синим (Invitrogen, США). Для этого смешивали 10 мкл клеточной суспензии с 10 мкл 0,4% трипанового синего красителя. Хорошо перемешивали пробу, пипетируя ее несколько раз. Аккуратно с помощью пипетки переносили 10 мкл пробы в зону загрузки пробы одноразового слайда для подсчета клеток Countess. После отставивания пробы в течение 30 секунд вставляли слайд в адаптер для слайдов автоматического счетчика клеток Countess 3FL. Степень цитотоксичности исследуемого материала оценивали по общепринятой шкале.

Результаты и обсуждение. Установлено, что доля мертвых клеток для материала Триоксидент составила – 19%, Dia-Root Bio MTA – 17%, Bio MTA – 17%, Канал MTA 18%, Sure-Seal Root Sealer – 21%, Dia-Root Bio Sealer -16%, BJM Root Canal Sealer – 43%.

Выводы.

1) Все исследуемые материалы на основе силикатов кальция (Триоксидент, Dia-Root Bio MTA, Bio MTA, Канал MTA, Sure-Seal Root Sealer, Dia-Root Bio Sealer) обладают умеренной цитотоксичностью на эпителиальную культуру клеток Vero-E6 (от 79 до 84% живых клеток).

2) Материалу на основе эпоксидной смолы BJM Root Canal Sealer свойственна средняя цитотоксичность.

Трофимец Е.К.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ВЕЙПИНГА НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА

В последние годы среди молодежи приобрели популярность электронные сигареты. Существует мнение, что вейпинг является безопасной альтернативой традиционным сигаретам. Однако в последнее время появились работы, в которых доказано, что использование электронных сигарет может вызывать неблагоприятные изменения как в организме в целом и для стоматологического здоровья в частности. Новые исследования показывают, что вейпинг может быть связан с риском развития кариеса за счет подсластителей в электронной жидкости, что ускоряет образование биопленки на поверхности эмали зуба, способствует возникновению ксеростомии, стоматита, ангулярного хейлита, гингивита, может вызвать повреждения в полости рта – переломы зуба, образование гематом, интраоральные ожоги, перфорации неба и обширные разрывы мягких тканей

Цель исследования – изучить состояние твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся электронными сигаретами.

Материал и методы. Было проведено обследование полости рта у 48 пациентов в возрасте 19-25 лет, обратившихся к стоматологу по поводу кариеса зубов. В ходе опроса было установлено, что данные пациенты в течение 2-3 лет пользуются электронными сигаретами.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования выявлена высокая распространенность стоматологической патологии среди обследованных пациентов. Было установлено, что распространенность кариеса составила 100%. Из числа обследованных пациентов 39 человек (81,2%) имели санированную полость рта, а 9 человек (18,8%) нуждались в санации. При этом 4 человека (8,3%) отмечали сухость в полости рта, что было подтверждено при клиническом обследовании. У 35 человек (72,9%) наблюдались клинические признаки гингивита. У 11 пациентов (22,9%) был выявлен генерализованный пародонтит легкой степени. У 2 пациентов был отмечен здоровый пародонт. При осмотре слизистой полости рта у 3 пациентов (6,25%) были выявлены очаги лейкоплакии, плоская форма. У 2 пациентов (4,1%) наблюдались признаки кандидоза полости рта.

Выводы. Среди пациентов, пользующихся электронными сигаретами, отмечается высокая распространенность кариеса зубов, патологии пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Хузин С.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ВЛИЯНИЕ НЕСОВЕРШЕННОГО ДЕНТИНОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ НА ИХ СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Цель работы. Оценить комплексное влияние несовершенного дентиногенеза (НД) на соматическое здоровье и качество жизни детей.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование. Основную группу составили 25 детей 6-12 лет с верифицированным НД I-II типа по Шилдсу, контрольную – 30 условно здоровых детей. Использовались: клинико-стоматологическое обследование (индексы КПУ, гигиены, стираемости), консультация гастроэнтеролога с УЗИ брюшной полости, анкетирование для оценки качества жизни (Child Perceptions Questionnaire, CPQ) и уровня тревожности (шкала CMAS). Статистическая обработка данных проведена с использованием t-критерия Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение.

1. Стоматологический статус: У всех детей с НД выявлена значительная стираемость зубов (II-III ст.) и гиперестезия. Индекс КПУ в основной группе был выше ($4,3 \pm 0,7$; $p < 0,05$), чем в контроле ($2,1 \pm 0,4$), что связано с преждевременной потерей зубов.

2. Патология ЖКТ: В основной группе 72% (18 детей) предъявляли жалобы на испепсические явления (боли в эпигастрии, изжогу, неустойчивый стул). По данным УЗИ, у 60% (15 детей) выявлены функциональные нарушения ЖКТ (дискинезия желчевыводящих путей, реактивные изменения поджелудочной железы). В контрольной группе – лишь у 13% (4 ребенка; $p < 0,01$). Данная патология напрямую связана с нарушением акта жевания из-за боли и отсутствия окклюзии, что приводит к недостаточной механической обработке пищи и повышенной нагрузке на органы пищеварения.

3. Психосоциальный статус: Показатели по анкете CPQ₁₁₁₄ были достоверно выше в основной группе ($38,5 \pm 5,2$ балла против $15,2 \pm 3,1$ в контроле; $p < 0,001$), что свидетельствует о значительно более низком качестве жизни. Повышенный уровень тревожности выявлен у 64% детей с НД против 20% в контрольной группе. Эстетический дефект, страх поломки зубов и боли формируют хронический стресс и социальную дезадаптацию.

4. Нутритивный статус: Дети с НД подсознательно избегают твердой пищи (овощей, фруктов, мяса), предпочитая мягкую и углеводную, что создает риск дефицита витаминов, микроэлементов и белка.

Выводы.

НД оказывает многокомпонентное негативное влияние на соматическое здоровье ребенка.

Ключевое звено – нарушение жевания, ведущее к развитию хронической патологии ЖКТ у большинства детей (60-72%).

Заболевание серьезно ухудшает психосоциальное состояние и качество жизни, способствуя социальной дезадаптации.

Необходим междисциплинарный подход к ведению пациентов с привлечением стоматолога, гастроэнтеролога, диетолога и психолога.

Раннее ортопедическое лечение и диетологическая коррекция являются ключевыми для профилактики соматических осложнений.

Щербаков Э.Е., Чайковская И.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ЦИТОКИНЫ У УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗРАСТ И ГЕНДЕРНЫЙ ФАКТОР

Общеизвестно, что процесс коммуникации иммунной системы обеспечивают низкомолекулярные белковые молекулы – цитокины, к которым относятся интерлейкины, TNF α , факторы роста и колиниестимуляции, хемокины и интерфероны.

Каждый цитокин обладает перекрещивающейся, синергической или ингибирующей активностью по отношению к другим цитокинам, что обеспечивает оптимальное развитие иммунного ответа в рамках так называемой цитокиновой сети. Данная сеть, является саморегулируемой системой, в которой задействованы антагонисты цитокиновых рецепторов, растворимые рецепторы, антитела к цитокинам и ингибиторные белки. Все цитокины обладают общими свойствами, одним из которых является участие в развитии воспалительного процесса.

Цель исследования: изучить уровень цитокинов в ротовой жидкости у условно здоровых людей и оценить их влияние на гендерный фактор и возраст.

Материал и методы. Первичное количество пациентов – 20 условно здоровых людей (7 мужчин-35% и 13 женщин-65%) от общего числа обследованных. Возраст обследованных от 35 до 55 лет. Изучение IL-1 β , IL-4, IL-10, TNF- α в ротовой жидкости (РЖ) осуществлялось иммуноферментным методом с использованием стандартного набора реактивов ООО «ВЕКТОР-БЕСТ» (Россия). Анализ проводили по инструкции, прилагаемой к набору фирмой-производителем.

Забор РЖ осуществлялся утром, натощак в объеме 4 мл в пластиковые стерильные пробирки. Транспортировка материала для исследования в лабораторию, осуществлялась в специально подготовленной ледяной бане, поскольку при хранении РЖ при комнатной температуре изменяются показатели цитокинов.

Анализ и построение графических элементов работы выполнялось с помощью стандартных пакетов для статистического анализа «STATISTICA 10.0» (StatSoft, Inc., США) и «MedCalc 11.6».

Результаты и обсуждение. Уровень в РЖ условно здоровых людей: IL1 β -12,2 \pm 2,15 пг/мл, IL4 – 18,3 \pm 2,60 пг/мл, IL10 – 14,0 \pm 1,47 пг/мл, TNF α – 36,9 \pm 3,98 пг/мл. По данным однофакторного дисперсионного анализа установлена связь с гендерным фактором на секрецию IL1 β ($p=0,005$), а возраст связан с уровнем IL10 ($p=0,018$). Регрессионный же анализ не установил связи с возрастом обследованных IL1 β ($p=0,583$), IL4 ($p=0,512$), IL10 ($p=0,201$), TNF α ($p=0,060$). Поскольку у обследованных был достаточно большой интервал в возрасте - 20 лет, в процессе работы также было установлено, что у пациентов до 45 лет, уровень IL10 выше, чем у пациентов старше 45 лет, что свидетельствует о снижении функции иммунной системы.

Оценивая ситуацию по критерию Стьюдента также выявлены изменения по гендерному фактору с показателем TNF α , который у мужчин оказался выше в 2,1 раза ($p=0,007$).

Выводы.

У 20 условно здоровых людей, гендерный фактор и возраст оказывают разнонаправленные связи.

Уровни IL1 β и TNF α в РЖ зависят от гендерного фактора, а уровень IL10 связан только с возрастом, т.е. чем выше возраст, тем больше происходит снижение IL10, что свидетельствует о снижении системы местного звена иммунитета.

Полученные данные в дальнейшем будут служить стартовой точкой отчета при изучении заболеваний тканей пародонта на фоне патологии сердца.

Ягунов Д.В.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ И АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Пищевая аллергия и атопический дерматит являются распространенными заболеваниями, особенно среди детей, с тенденцией к росту заболеваемости в последние десятилетия. У пациентов с атопическим дерматитом и пищевой аллергией часто возникают стоматологические осложнения, такие как сухость слизистой оболочки рта, воспалительные изменения, повышенный риск кариеса и кандидоза. Влияние хронического воспаления и гиперчувствительности на состояние полости рта недостаточно изучено, что делает данную тему актуальной для междисциплинарного подхода в лечении. Своевременная диагностика и профилактика стоматологических проявлений у пациентов с атопическим дерматитом и пищевой аллергией способствуют улучшению качества жизни и снижению риска осложнений.

Цель. Изучить стоматологические аспекты у пациента с пищевой аллергией и атопическим дерматитом.

Материал и методы. Клиническое обследование пациента с диагнозом «атопический дерматит» и подтвержденной пищевой аллергией. Сбор анамнеза с помощью опроса. Лабораторные исследования.

Результаты и обсуждение. У пациента с атопическим дерматитом и пищевой аллергией наблюдались изменения в полости рта: сухость слизистой оболочки, воспаление десен, кандидозные поражения. Отмечались жалобы на жжение языка, трещины в уголках губ (ангулярный хейлит) и гиперчувствительность слизистой оболочки при употреблении определенных продуктов. Обострения стоматологических симптомов коррелировали с периодами активного воспаления кожи при атопическом дерматите или контактом с пищевыми аллергенами. Применение гипоаллергенных средств для ухода за полостью рта (зубные пасты, ополаскиватели) и увлажняющих препаратов для слизистой снижало выраженность симптомов.

Выводы. Состояние полости рта является важным индикатором общего здоровья у пациентов с пищевой аллергией и атопическим дерматитом. Необходима регулярная стоматологическая диагностика для своевременного выявления осложнений, связанных с этими заболеваниями, разработка профилактических мер, включая индивидуальный подбор средств гигиены и коррекцию диеты, способствует улучшению качества жизни пациентов.

Содержание

Алексеев А.А., Алексеев О.В. ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕДАЦИИ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО.....	5
Бабушкина Н.С., Пушкина Т.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗУБНОЙ ПАСТЫ С МИНЕРАЛЬНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА	6
Бриль А.М., Нечаева О.А. НЕКОРРЕКТНЫЙ ВЫБОР ПАСТЫ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА МОЛОЧНОГО ЗУБА.....	7
Бугоркова И.А., Поварич К.А., Прикмета А.Г., Бех Н.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ В МЛАДШЕМ ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ	8
Бугорков И.В., Майтамалова С.Р., Грицкевич Н.Ю. ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРА- ЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ГОРМОНОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	9
Бутвиловский А.В., Костюченко К.С. ОПЫТ СОХРАНЕНИЯ ВИТАЛЬНОСТИ ПУЛЬПЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ДЕНТИНА (ГЛУБОКОГО).....	10
Бутвиловский А.В., Полянская Л.Н., Аль-Шинджиль З.М.Х., Анисова А.А. ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ.....	11
Бутвиловский А.В., Полянская Л.Н., Самсонов С.В., Костюченко К.С., Фархадов Э.Д. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ «РОЗОВОГО» ЗУБА.....	12
Гонгарь Е.А., Мороз А.Б., Гаврилов А.Е. ФОРМЫ АКТИВИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ НА ФАНТОМНОМ КУРСЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ».....	13
Губанова О.И., Губанова Д.В. ОСОБЕННОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ II КЛАССА В СМЕННОМ ПРИКУСЕ.....	14
Дегтяренко Е.В., Грицай О.Д. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПЕРИО- РАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И УГЛОВ РТА У ДЕТЕЙ.....	15
Дегтяренко Е.В., Демченко Е.В. АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ.....	16
Дегтяренко Е.В., Мумрова В.М. ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА У ДЕ- ТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	17
Дегтяренко Е.В., Сидоренко Г.Д. ГИНГИВИТ У БЕРЕМЕННЫХ: МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.....	18
Демченко Е.В. ИНДЕКС ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ СО СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.....	19
Демченко С.С., Демченко Е.В. ПРИНЦИПЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВОЙНЫХ ЗУБОВ В СМЕННОМ ПРИКУСЕ	20
Демченко С.С., Хода С.И., Грек Э.Я. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НЁБНОГО ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ В СМЕННОМ ПРИКУСЕ	21
Дубовая А.В., Дубовой И.К., Дегтяренко Е.В. НЕЙРОСЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	22
Забышный А.А., Зенько Н.А., Ермакова И.Д. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	23
Зенько Н.А., Чилингарян Т.Х., Положенцева В.С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА У СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ.....	24

Исакова Д.Г. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ.....	25
Клёмин В.А., Дядяшева Д.А., Дядяшев В.В., Карпекина Е.И. МИННО-ВЗРЫВНАЯ ТРАВМА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: ПСИХОЛОГИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ, АДАПТАЦИЯ И ПУТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ.....	26
Колесников П.И. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ	27
Короткова С.Д. ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛАЙНЕРОВ В ДЕТСКОЙ ОРТОДОНТИИ: ПОКАЗАНИЯ, ПРЕИМУЩЕСТВА И ОГРАНИЧЕНИЯ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С ТРАДИЦИОННЫМИ БРЕКЕТАМИ).....	28
Коценко Ю.И. МАСКИ ОРОФАЦИАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА.....	29
Коценко Ю.И., Былинская А.А. КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЬКЕРССОНА-РОССОЛИМО-РОЗЕНТАЛЯ	30
Коценко Ю.И., Найдёнова Д.В. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НЕВРОЛОГА И СТОМАТОЛОГА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	31
Лихобабин А.А. ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	32
Луцкая И.К., Ермакова И.Д. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИНГИВИТОВ У ДЕТЕЙ.....	33
Люгайло С.С., Рамошкайте М.С. ОБОСНОВАНИЕ СТРАТЕГИИ БЕЗЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	34
Мельниченко В.В., Дегтяренко Е.В. РЕГРЕССИВНЫЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ СТЕРЕОТИПИИ ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА	35
Музычина А.А., Бугоркова И.А., Поварич К.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОДОНТОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	36
Осипенкова Т. С., Бессмертный А. А. ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К КОРРЕКЦИИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ.....	37
Плыс Т.Д., Плыс А.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ «TOOTH MOUSSE» И «R.O.C.S. MEDICAL MINERALS» У ДЕТЕЙ 8-10 ЛЕТ.....	38
Положенцева В.С., Петренко М. И., Дегтяренко Е.В. ПСИХОЛОГО-МОТИВАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ РТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ВРЕДНЫМИ ПРИВЫЧКАМИ: АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ	39
Райда А.И., Колесник К.А., Жирова В.Г., Коладзе Нат. Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРОЙ.....	40
Редько А.А. АНАЛИЗ МИКРОБИОТЫ ЗУБНОГО НАЛЕТА БОКОВЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	41
Рубникович С.П., Бурак Ж.М., Яцук А.И., Валеева З.Р., Илюкевич С.П., Новгородская Д.А., Хвалёнов Я.Д., Чепик П.И. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ СРЕДИ 8 И 12-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ С МОЛЯРО-РЕЗЦОВОЙ ГИПОМИНЕРАЛИЗАЦИЕЙ.....	42

Сотырко Д.В., Капустян А.С., Хода С.И. ОБЪЁМ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВРОЖДЁННОЙ СКРЫТОЙ РАСЩЕЛИ- НОЙ НЁБА В МОЛОЧНОМ ПРИКУСЕ	43
Терехова Т.Н., Бутвиловский А.В., Пыко Т.А., Залевская О.С. ОЦЕНКА ЦИТОТОКСИЧНОСТИ КАЛЬЦИЙ-СИЛИКАТНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ЭНДОДОНТИИ	44
Трофимец Е.К. ВЛИЯНИЕ ВЕЙПИНГА НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА	45
Хузин С.В. ВЛИЯНИЕ НЕСОВЕРШЕННОГО ДЕНТИНОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ НА ИХ СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ	46
Щербаков Э.Е., Чайковская И.В. ЦИТОКИНЫ У УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗРАСТ И ГЕНДЕРНЫЙ ФАКТОР	47
Ягунов Д.В. ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ И АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	48