

использованием препаратов и их влиянием на структуру микрофлоры полости рта – могут привести к увеличению грибковой флоры. Обнаружено, что наличие как стоматологических заболеваний, так заболеваний других систем (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания желудочно-кишечного тракта.) обостряет и оказывает негативное воздействие и может усложнить лечение. Выявлена связь между отсутствием ухода за полостью рта и заболеванием новой коронавирусной инфекции: плохое состояние микрофлоры может стать причиной возникновения осложнений на фоне заболевания COVID-19.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Oral mucosal lesions in a COVID-19 patient: new signs or secondary manifestations? / J. Santos, A. Normando, R. Silva, R. De Paula, A. Cembranel, A. Santos-Silva, E. Guerra – 2020; 97 (1); 326-328.
2. Морозова С.В., Мейтель И.Ю. Ксеростомия: причины и методы коррекции // Медицинский совет. – 2016. – № 1. – С 124–128.
3. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Миронов А. Ю., Забозлаев Ф.Г. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. – М., 2020. – 48 с.
4. Недюк М. COVID способен вызывать поражения полости рта // Наука Известия – 2020 - № 1. – С 1.

Сведения об авторах

Рыбакова А. Е. – студент

Тамоева И. С. – студент

Вольхина В. Н. – доцент, кандидат медицинских наук.

Information about the authors

Rybakova A.E. – student

Tamoeva I.S. – student

Volkhina V.N. – Associate Professor, Candidate of Medical Sciences

УДК 616.314.17-008.1-089.23-08

ПРИМЕНЕНИЕ ШИНИРУЮЩИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ АТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА

София Дмитриевна Сысоева¹, Юлия Викторовна Димитрова²

^{1,2} ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

eternal.carousel@gmail.com

Аннотация

Введение. Анализируя литературные данные, можно разделить ортопедические мероприятия при заболеваниях пародонта на три основных вида: избирательное

пришлифовывание, шинирование и протезирование. Шинирование зубов остается одним из обязательных этапов комплексного лечения пародонтита, так как позволяет уменьшить нагрузку на периодонт и подлежащие ткани за счет перераспределения напряжений от отдельного зуба к группе зубов. Однако, чем более выражена атрофия костной ткани, тем значительно снижается выносливость пародонта [4,5,7]. **Целью работы является** обоснование обязательности применения шинирования зубов при заболеваниях пародонта, варианты конструкций, применяемые для этого, показания и противопоказания к их применению, сравнение несъемных и съемных конструкций для шинирования. **Материалы и методы.** Произведен тщательный отбор и анализ использованных в обзоре источников. После систематизации материала из 97 источников, в том числе включая зарубежной литературы, основанного на теоретических и клинических результатах использования метода шинирования у пациентов с заболеваниями пародонта, составлена статья-обзор на следующую тематику. **Результаты.** Приведена информация о необходимости шинирования зубов при снижении уровня костной ткани, пределы выносливости тканей при вертикальной нагрузке, виды шинирования и показания к их использованию. **Дискуссия.** Проанализировав полученные данные определено, подход в лечении к каждому пациенту должен быть индивидуальным, выбор конструкции происходит строго в соответствии с клинической ситуацией. Первостепенной задачей шинирования является сохранение пародонта и зубочелюстной системы в функциональном состоянии. **Заключение.** Собранный материал позволяет подтвердить необходимость применения шинирования зубов при заболеваниях пародонта. **Ключевые слова:** несъемные и съемные шины, шинирование зубов, заболевания пародонта.

THE USE OF SPLINTING STRUCTURES IN ATROPHIC PROCESSES IN PERIODONTAL TISSUES

Sofia D. Sysoeva¹, Yulia V. Dimitrova²

^{1,2}Ural State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia

eternal.carousel@gmail.com

Abstract

Introduction. Analyzing the literature data, orthopedic measures for periodontal diseases can be divided into three main types: selective grinding, splinting and prosthetics. Splinting of teeth remains one of the mandatory stages of complex treatment of periodontitis, as it reduces the load on the periodontal and underlying tissues due to the redistribution of stresses from an individual tooth to a group of teeth. However, the more pronounced the bone atrophy, the more significantly the periodontal endurance decreases [4,5,7]. **The aim of the study** is to substantiate the mandatory use of splinting teeth in periodontal diseases, design options used for this,

indications and contraindications for their use, comparison of fixed and removable structures for splinting. **Materials and methods.** The sources used in the review were carefully selected and analyzed. After systematization of the material from 97 sources, including foreign literature, based on the theoretical and clinical results of using the splinting method in patients with periodontal diseases, a review article was compiled on the following topics. **Results.** Information is given about the need for splinting teeth with a decrease in the level of bone tissue, the limits of tissue endurance under vertical load, types of splinting and indications for their use. **Discussion.** After analyzing the data obtained, it was determined that the treatment approach to each patient should be individual, the choice of design is strictly in accordance with the clinical situation. The primary task of splinting is to preserve the periodontal and dental system in a functional state. **Conclusion.** The collected material allows us to confirm the need for splinting teeth in periodontal diseases. **Keywords:** fixed and removable splints, splinting of teeth, periodontal diseases.

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее эффективным и используемым в лечении заболеваний пародонта по мнению многих врачей-стоматологов является комплексный подход: гигиена полости рта, терапевтические, хирургические и ортопедические манипуляции [2,4,7]. Все ортопедические мероприятия при пародонтите к трем основным видам: избирательное пришлифовывание, шинирование и протезирование. Сочетание и последовательность выполнения этих методов, а также их значимость, могут быть различны, в зависимости от вида функциональной перегрузки.

Шинирование зубов является одним из неотъемлемых этапов комплексного лечения заболевания пародонта, поскольку позволяет уменьшить нагрузку на периодонт и подлежащие ткани за счет перераспределения напряжений от отдельного зуба к группе зубов [4,7], устранить травматическую артикуляцию, переориентировать все окклюзионные силы вдоль длинной оси зуба, предотвратить миграцию и экструзию зубов [3,7].

Установка шинирующей конструкции обеспечивает покой пораженным тканям, повышает эффективность патогенетически обоснованной и симптоматической терапии. Именно поэтому многие авторы считают, что наилучший терапевтический эффект шинирования достигается на ранних стадиях болезни, когда появляются первые признаки патологической подвижности зубов [2,7].

Цель исследования - обоснование необходимости применения шинирования зубов при заболеваниях пародонта, варианты возможных к использованию конструкций, показания и противопоказания к их применению, сравнение несъемных и съемных конструкций для шинирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были отобраны и проанализированы отечественные и зарубежные источники. После систематизации материала из 97 источников, полученного при теоретических и клинических исследованиях использования метода шинирования у пациентов с заболеваниями пародонта, составлена статья-обзор на следующую тематику.

После утверждения тематики статьи, мы разработали список ключевых слов и определили примерный список ключевых источников для получения материала. Для расширения литературной базы были использованы учебники, статьи, свежие ссылки, энциклопедии и руководства, справочники по специальности, журналы, базы данных.

Собрав данные, мы систематизировали, проанализировали и обобщили тот материал, который был собран ранее, таким образом, чтобы получить четкий структурированный отчет о результатах наших изысканий с приведенными выводами, которые мы сделали, основываясь на этих результатах [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ

По мере развития атрофических процессов уменьшаются функциональные возможности пародонта, и он не в состоянии ответить адекватной реакцией на физиологическую нагрузку. Как правило, считается, что при атрофии альвеолярной кости на 3/4 длины корня резервные возможности пародонта исчерпываются и зуб подлежит удалению [5].

Для обеспечения неподвижности зубов, а так же покоя пораженным тканям, первой ступенью в ортопедическом лечении пациентов с пародонтитом выбирается шинирование зубов.

По данным Gaber, выносливость тканей пародонта при вертикальной нагрузке имеет верхний предел выносливости тканей для резцов 23-25 кг, для клыков – 36 кг, для премоляров – 40 кг и для моляров – 68-72 кг. Данные В.Ю. Курляндского отличны от данных Габера относительно зубов верхней и нижней челюстей. В исследованиях Rus указывается, что во время пережевывания твердой пищи на резцы действует сила 5-10 кг, на клыки – около 15 кг, на премоляры – 13-18 кг, на моляры – 20-30 кг [5]. По данным Denis, жевательное давление на резцах составляет 7-12 кг, на премолярах – 11-18 кг, на молярах – 14-22 кг. По Эккерлиану, у женщин на резцах жевательное давление составляет 20-30 кг, у мужчин – 10-23 кг [7].

Чем более выражена атрофия, тем значительно снижается выносливость пародонта. Однако в клинических условиях вследствие воспалительных процессов, изменений в рецепторном аппарате пародонта и подвижности зубов «установить фактическую выносливость пародонта к давлению не удастся». Приводятся условные коэффициенты изменения сил пародонта: в норме резервные силы составляют столько же, сколько необходимо для дробления пищи, при первой степени атрофии резервные силы составляют 50% от сил,

необходимых для дробления пищи, а при атрофии на $1/2$ резервные силы равны нулю [5].

Успех шинирования зубов несъемными конструкциями при малых дефектах зубного ряда складывается из умения грамотного распределения резервных сил зубов, взятых в шину, умением выбрать наиболее рациональную конструкцию, основанную по возможности на минимизации препарирования зубов.

По степени препарирования твердых тканей зубов, включенных в конструкции, можно выделить следующие виды шин:

- без препарирования зубов (съемные шины, временные конструкции);
- с частичным препарированием одной или нескольких поверхностей (каркасные ленты, флекс-дуга, вантовые, вкладочные шины);
- шины с тотальным препарированием зубов (блок коронок).

Показания к использованию различных видов шин:

- шинирование зубного ряда флекс-дугой:
 - возможно, при едином зубном ряде и отсутствии диастемы и трем между зубами.
- шинирование каркасной лентой:
 - временно-долговременное шинирование подвижных зубов при травматической окклюзии;
 - ретенция зубов с целью закрепления ортодонтического лечения;
 - непосредственное протезирование в случае удаления одного из передних зубов с использованием его естественной коронковой части или восстановлении ее композитом;
 - иммобилизация зуба при травматическом вывихе или подвывихе.
- шинирующий мостовидный протез на нескольких опорах (более двух):
 - небольшие включенные дефекты на нижней и верхней челюсти (1-3 зуба) при подвижности опорных зубов I-II степени;
 - если опорные зубы поражены кариесом, депульпированы, изменены в цвете;
 - наличие диастемы и трем;
 - опорные зубы должны быть параллельны между собой [4,7].

Решение о необходимости шинирования принимается на основе оценки подвижности зубов и деструкции костной ткани. Если деструкция не превышает $1/4$ длины корня – нет необходимости в постоянном шинировании [7]. При атрофиях в пределах $1/2$ длины стенки лунки и подвижности первой степени необходимо шинированием снять в основном горизонтальный компонент жевательного давления (в мезиодистальном и трансверзальном направлении) [5]. Когда убыль кости достигает $3/4$ длины корня, даже при отсутствии подвижности обязательно должен быть нивелирован как вертикальный, так и горизонтальный компонент. Деструкция свыше $3/4$ длины корня является показанием к удалению зуба [4,5,7].

Вопрос о том, какое лечебное средство лучше для лечения болезней пародонта – съемное или несъемное шинирование, может быть решен только следующим образом: показан тот вид шинирования, который с учетом всех индивидуальных особенностей течения заболевания позволит в полном объеме провести современное ортопедическое лечение пародонтита [4].

Данные, полученные различными авторами [4], позволили сделать вывод о предпочтительной клинической эффективности несъемных конструкций по сравнению со съемными [7].

ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализировав полученные данные определено, подход в лечении к каждому пациенту должен быть индивидуальным, выбор шинирующей конструкции происходит строго в соответствии с клинической ситуацией и зависит от целого ряда факторов, начиная от особенностей клинической картины, анатомических особенностей в полости рта, состояния организма в целом. Не всегда врачу-стоматологу удастся добиться хорошего эстетического и функционального шинирования. Первостепенной задачей шинирования является сохранение пародонта и зубочелюстной системы в функциональном состоянии на долгое время.

ВЫВОДЫ

Таким образом, мы выяснили, что способы временного и постоянного шинирования многочисленны и разнообразны. На сегодняшний день нет универсальных шинирующих конструкций, отвечающих всем требованиям и подходящих к любой клинической ситуации. Многообразие клинических проявлений патологии требует разработки новых методов и материалов. Однако шинирование остается одним из обязательных и первостепенных этапов комплексного лечения заболевания пародонта.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Арутюнов С.Д. Характер поражения пародонта при системной потере минеральной плотности кости / С.Д.Арутюнов, А.Л. Верткин, Н.В. Плескановская и др. // Российский стоматологический журнал, 2009. – № 1. – С. 23-25.
2. Белоусов Н.Н. Особенности планирования комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита / Н.Н.Белоусов // Материалы XV Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». – Санкт-Петербург, 17-19 мая 2010. – СПб., 2010. – С. 33-34.
3. Бронников О.Н. Клинико-функциональная сравнительная оценка методов шинирования у больных хроническим генерализованным пародонтитом: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2005. – 23 с.

4. Возная И.В., Ронь Г.И. Влияние ортопедического этапа на результаты лечения воспалительных заболеваний пародонта // Проблемы стоматологии, 2005. – №1. – С. 5-7.
5. Диева С.В. Адаптационные реакции зубочелюстной системы больных пародонтитом при вантовом шинировании с подвижностью 1-2 степени. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. – 23 с.
6. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта // Москва, 2004. –С. 79-93.
7. Невская В.В. Влияние съемных протезов на интенсивность атрофических процессов тканей протезного ложа // Пародонтология, 2009. – №3. – С. 62-66.

Сведения об авторах

С.Д. Сысоева – студент

Ю.В. Димитрова – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

S.D. Sysoeva – student

Y.V. Dimitrova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

УДК: 616.314-084

ФТОРИДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ОЦЕНКА ЗНАНИЙ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Богдан Александрович Тарасов¹, Анастасия Игоревна Пищальникова², Наталья Владленовна Ожгихина³

^{1,2,3}ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия.

¹bogdan_zelenov@bk.ru

Аннотация

Введение. До сих пор остается актуальным вопрос о применении фторида в стоматологии, несмотря на уже подтвержденные факты о важности фторида в профилактике кариеса, тем не менее, еще публикуются данные о токсичности фторида, о чем говорят не только различные издательства, но и врачи, в том числе стоматологи. Поэтому изучение этого вопроса является актуальным на сегодняшний день. **Цель исследования** – прийти к четкому пониманию профилактического воздействия фторида с целью профилактики кариеса. **Материалы и методы.** Анализ анкетирования взрослого населения по вопросу применения фторидов для профилактики кариеса зубов. **Результаты.** Обоснована безвредность воздействия фторида при профилактике кариеса, не только в целом на организм человека, но и местно на состояние ротовой полости, по данным анализа научной литературы. Результаты анкетирования говорят о неоднозначности мнения анкетированных в отношении фторида в профилактической стоматологии. **Обсуждение.** Выявлено неоднозначное