

параметров, что позволяет считать их достойной альтернативой в лечении [1]. Съёмные ортодонтические каппы дают возможность исправления многих зубочелюстных аномалий не менее эффективно, чем несъёмная дуговая аппаратура с замковыми креплениями, причем с большим комфортом для пациента.

Выводы: съёмные ортодонтические каппы дают возможность исправления многих зубочелюстных аномалий не менее эффективно, чем несъёмная дуговая аппаратура с замковыми креплениями, причем с большим комфортом для пациента.

Литература:

1. Романовская А.П. Несъёмная дуговая аппаратура. Бреккет-система. Практическое пособие. Симферополь: «Доля», 2011. 80 с.
2. Лихота К.Н. Применение элайнеров в ортодонтии. (Лекция. Октябрь, 2009.)
3. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калашникова В.П. Ортодонтия. Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстно-лицевой области. Книга IV. Москва, 2004 (2005). 460 с.

ИЗМЕНЕНИЯ ВНЧС ПРИ ДЕФЕКТАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Арутюнян Д.Г.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Мкртчян Т.Г.

Отделение нейрохирургии № 1-Республиканский центр черепно-лицевой хирургии
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: дефекты нижней челюсти являются достаточно распространенной патологией челюстно-лицевой области. Данная проблема актуальна, в связи с её малой изученностью. Несмотря на развитие челюстно-лицевой хирургии, многие аспекты данной проблемы остаются нерешенными.

Цели исследования: 1) Изучение характера нарушений и изменений костных структур ВНЧС, при дефектах нижней челюсти до и после реконструктивных операций, и при дефектах различной локализации. 2) Предложить схему реабилитации

Материалы и методы: Использование современных диагностических методов (артромография, КТ, МРТ) позволяет выявлять тонкие структурные нарушения, развивающихся на фоне дефектов нижней челюсти различной локализации.[3]

Результаты: дефекты ветви с отсутствием головки нижней челюсти на стороне противоположной поражению, сопровождаются передним смещением головки и её вывихом при открывании рта 100%. Дефекты ветви с сохраненной головкой нч, двусторонним передним смещением головок, а при открывании рта на стороне противоположной поражению её вывихом 40% и подвывихом 68%. При дефектах ветви с отсутствием головки до 6 мес. диагностируется переднее смещение суставного диска, а более 6 мес. мягкотканые элементы сустава подвергаются рубцовому перерождению. При дефектах ветви с сохраненной головкой НЧ на стороне поражения выявляются переднее смещение суставного диска 100%, деформация суставного диска 84%, адгезия суставного диска 68%, жидкость в верхнем суставном пространстве 92% При положительных результатах реконструктивных операций по устранению дефектов нижней челюсти анатомо-функциональные нарушения со стороны ВНЧС выявляются в 34% наблюдений, после реконструкции головки нижней в

60%, после реконструкции ветви в 36%

Выводы: возникающие нарушения со стороны ВНЧС при дефектах нижней челюсти зависят от величины и локализации дефекта, давности его существования, прикрепления жевательных мышц[1]. После реконструктивных операций на нижней челюсти диагностируются нарушения со стороны ВНЧС, требующие дополнительных корригирующих мероприятий. При планировании реконструктивных операций необходимо учитывать анатомо-функциональные нарушения со стороны ВНЧС[2]. Схема мероприятий, направленных на коррекцию нарушений после реконструктивных операций, включает в себя комплекс ортопедических, ортодонтических, хирургических мероприятий, медикаментозную терапию и физиолечение, чтобы улучшить результаты послеоперационной реабилитации.

Литература

1. Хватова В.А., Ступников А.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и методы лечения // Новое в стоматологии. 2001. С. 33–34, 39–48.
2. Маланчук В.А. Реконструктивно-восстановительные операции на нижней челюсти (клинико-лабораторные исследования). Киев, 1994. С. 47.
3. Арсенова И.А. Повреждения височно-нижнечелюстного сустава и их лечение. Омск, 1997. С. 160.

РЕЗУЛЬТАТЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ФЛУОМЕТРИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ КАРИЕСА ЗУБОВ ДЕТЕЙ 6–8 ЛЕТ

Анисов Н.В., Ружьин И.Н.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Доценко А.В.
Кафедра детской стоматологии с курсом ортодонтии
Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: проблема диагностики кариеса очень важна, ведь запущенный процесс деструкции приводит к потере зубов [2]. Лучше диагностировать процесс на ранних этапах, и не допустить смещение форм кариеса к более тяжелым из-за возникновения рецидивов [1] и ошибочной диагностики [3].

Цели исследования: сравнить клиническую эффективность диагностики кариеса с применением метода лазерной флуорометрии и визуально-тактильного метода у детей возрасте 6–8 лет стоматологическом приеме в возрасте 6–8 лет.

Материалы и методы: для решения задачи мы изучали состояние твердых тканей в области фиссур 352 моляров (89 зубов у 6-летних, 188 зубов у 7-летних, 75 зубов у 8-летних). Диагностика методом лазерной флуорометрии осуществлялась с помощью прибора Kavo Diagnodent Pen 2190, производимого компанией KaVo Dental (Германия).

Результаты: различия между визуально-тактильной и лазерно-флуоресцентной оценкой состояния твердых тканей детей 6–8 лет были статистически значимыми (точный критерий Фишера, $p < 0,0001$). При визуально-тактильном исследовании 35,0% детей 6-летнего возраста имели компенсированную форму кариеса, но после проведения окончательной диагностики с Diagnodent 22,5% осталась в этой группе. 22,5% 6-летних детей находилась в группе с декомпенсированной формой кариеса, после уточнения 47,5% детей составили группу с декомпенсированной формой кариеса. 37,5% 7-летних детей по результатам предварительной диагностики имели компенсированную форму кариеса, у 22,5% диагноз подтвердился. 20,0% 7-летних детей имели декомпенсированную форму кариеса, после уточнения — 45,0%. 28,9% 8-летних детей по результатам предварительной диагностики имели компенсированную форму кариеса, после уточнения — 18,4%. После окончательной диагностики 47,4% детей имели декомпенсированную форму кариеса, здоровых осталось всего лишь 5,3%.

Выводы: декомпенсированная форма кариеса зубов у детей 6–8 лет, обратившихся в детскую стоматологическую поликлинику, выявлена традиционными методами у каждого пятого ребенка (22,5% — у детей 6 лет, 20,0% — у детей 7 лет, 18,4% — у детей 8 лет), однако после использования лазерно-флуоресцентной оценки состояния твердых тканей данная форма кариеса обнаружена у каждого второго (47,5% — у детей 6 лет, 45,0% — у детей 7 лет, 47,4% — у детей 8 лет). Это свидетельствует об эффективности используемого метода.

Литература

1. Бень В.Н. Профилактика кариеса жевательных поверхностей постоянных зубов у детей и подростков: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / В.Н. Бень. М., 2006. 176 с.
2. Боровский, Е.В. О новых стандартах лечения и диагностики кариеса зубов [Текст] / Е.В. Боровский // Клиническая стоматология 2006. № 4 (40). С. 6–8.
3. Кисельникова, Л.П. Опыт применения метода лазерной флуоресценции для определения степени реминерализации эмали и дентина при кариесе зубов у детей [Текст] / Л.П. Кисельникова, Е.В. Кириллова, М.А. Шевченко // Стоматология детского возраста и профилактика. 2011. № 3. С. 7–11.