

водилось через 2, 3 и 6 месяцев. По результатам исследования, у пациентов первой группы индексы ГПР улучшились, в отличие от второй группы.

Выводы: по данным исследования, у пациентов с СД 2 типа распространенность гингивита, пародонтита была высокой, уровень ГПР был преимущественно плохой и удовлетворительный, за исключением пациентов, использовавших в качестве средства индивидуальной гигиены зубную пасту, с активной трихлор молекулой, у которых индексный показатель РМА был ниже. Таким образом, можно предложить в качестве улучшения ГПР пользоваться зубными пастами, на основе активной трихлормолекулы (Lacalut active, Paradontax и Эльгидиум, PRESIDENT Active)[3].

Литература

1. Соколова О.А., Аванесов А.М. Сахарный диабет: роль стоматолога в улучшении качества жизни // Мат. X международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке». РУДН 2009. Вып № 5 С. 214–215.
2. Зырянов Б.Н. Стоматологические маркеры поражения полости рта при сахарном диабете 2 типа у лиц среднего возраста // Молодой ученый. 2014. № 3. С. 178–181.

ВЛИЯНИЕ ОТБЕЛИВАЮЩИХ СИСТЕМ НА КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЭМАЛИ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБОВ

Папаскуа Г.И., Андросова И.В., Сливкова М.В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Орлова И. В; д. м. н., профессор Фищев С.Б
Стоматологии детского возраста и ортодонтии
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: бесконтрольное использование отбеливающих систем может привести к снижению резистентности эмали и увеличить риск развития кариеса. Однако, рациональное использование отбеливающих систем под контролем врача-стоматолога повышает устойчивость эмали к действию кариесогенных факторов [1].

Цели исследования: 1. Изучить влияние отбеливающих систем как для офисного, так и для домашнего отбеливания на кариесрезистентность эмали. 2. Сформировать рейтинг эффективности средств для реминерализующей терапии.

Материалы и методы: «Отбеливающие системы: Zoom! White Speed (Philips); TresWhite Supreme (Ultradent). Препараты для реминерализации: R.O.C.S. Medical Minerals; UltraEz; Relief. До и после использования отбеливающих систем, мы оценивали резистентность эмали с помощью ТЭР — теста и КОСРЭ-теста.

Результаты: результаты представлены в форме клинических случаев. В 1 случае, при низкой кариесрезистентности перед клиническим отбеливанием ZOOM! WhiteSpeed был назначен курс ремтерапии с использованием препарата ROCS medical minerals на 2 недели, после ремтерапии мы получили сдвиг по шкале на одно деление в сторону высокой кариесрезистентности, а после применения препарата Relief и клинического отбеливания- высокую кариесрезистентность по шкале. Во 2 случае применялась система домашнего отбеливания TresWhite Supreme в течение 2 недель с перерывом на 2 выходных дня, мы получили из среднего уровня высокий уровень кариесрезистентности. В 3 случае пациент был с высокой кариесрезистентностью, импользовался однократно препарат Relief и клиническое отбеливание системой ZOOM, результаты ТЭР- теста без изменений. В 4 случае не применялось клиническое отбеливание. Пациент имел низкую кариесрезистентность, ему был назначен курс препарата UltraEz на 14 дней, повторный ТЭР-тест- высокая кариесрезистентность [2].

Выводы: в результате проделанной работы мы можем сделать вывод, что показатели резистентности эмали после процедуры отбеливания не ухудшились, следовательно данная процедура является безвредной, а зачастую даже улучшает показатели резистентности твердых

тканей зубов. КОСРЭ — тест так же не выявил ухудшение после проведенной процедуры как клинического, так и офисного отбеливания. Следовательно, при грамотном подходе к процедуре отбеливания зубов, возможно не только не ухудшить состояние зубов, а даже значительно его улучшить. Наш личный рейтинг эффективности использованных средств для ремтерпии выглядит так (в порядке убывания): 1.UltraEZ; 2.R.O.C.S medical minerals; 3.Relief.

Литература

1. Линда Гринволл. Методики отбеливания в реставрационной стоматологии. Иллюстративная рук. М. Изд. Дом «Высшее обр. и наука», 2009. 108 с.
2. Крихели Н.И. Отбеливание зубов и микроабразия эмали в эстетической стоматологии. Современные методы. монография. Москва: Практическая медицина, 2008. С. 205.

ВЛИЯНИЕ ОСАНКИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 5–12 ЛЕТ

Петросян Н.М.

Научный руководитель: к. м. н, доцент Севастьянов А.В.
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: дистальная окклюзия является наиболее тяжелой формой прикуса. У детей и подростков при данной аномалии прикуса осанке придается недостаточное значение. Ортодонтическое лечение прикуса без лечения осанки нередко приводит к рецидивам аномалии зубочелюстной системы [2].

Цели исследования: совершенствование методов диагностики детей с 5 до 12 лет с дистальной окклюзией зубных рядов, учитывая функциональное состояние осанки [2].

Материалы и методы: проведено комплексное обследование детей в возрасте от 5 до 12 лет с дистальным прикусом на основании- клинического, антропометрического, функционального, рентгенологического методов диагностики, а также компьютерной оптической топографии позвоночника [1].

Результаты: у 25% детей с дистальной окклюзией отмечено изменение осанки, характеризующееся выраженным грудным кифозом и поясничным лордозом. У 20% выявлены сколиозы I, II степени. У 40% имеются нарушения осанки и деформации позвоночника в саггитальной плоскостях 80% обследованных нуждаются в коррекции осанки. У детей с выраженными нарушениями порно-двигательного аппарата выявлены аномалии прикуса. В молочном прикусе (5 лет) преобладают вертикальные нарушения окклюзии (более 45%), в периоде сменного прикуса (6–12 лет) — саггитальные аномалии окклюзии (до 30%). Разработан комплекс лечебно-гимнастических упражнений для коррекции функционально-морфологического состояния зубочелюстной системы в комплексе с применением ортодонтических аппаратов и лечения у врача-ортопеда [1].

Выводы: «Проведённые обследования детей 5–12 лет с дистальной окклюзией зубных рядов выявили, что аномалия опорно-двигательного аппарата и зубочелюстной системы формируются уже в дошкольном возрасте и усугубляются в процессе роста. Использование лечебной физкультуры с учетом биомеханических особенностей и нарушений опорно-двигательного аппарата позволяет добиться значительного улучшения общего состояния организма и избежать ошибок при комплексном лечении не только патология осанки и сколиозов, но и аномалий окклюзии [3].

Литература

1. Персин Л.С. Ортодонтия. учебник. Москва издательская группа «ГЭОТАР- Медиа», 2015.
2. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфо-функциональные нарушения в челюстно -лицевой области и их комплексное лечение. 2-е издание МИА Москва 2010.
3. Лаура Митчел Основы ортодонтии. Перевод с английского под редакцией проф. Ю.М. Малыгина. Москва издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2015.