

Таблица 2. Активность ферментов в смешанной слюне пациентов, с эрозией эмали до и после чистки зубной пастой, содержащей технологию *NovaMin* и фторид натрия (M±t)

Ферменты (МЕ/л)	Сроки обследования (дни)				
	До чистки	7	14	21	28
ЛДГ	121±26,8	243±83,0*	201±47,3*	123±52,9	118±32,1
АЛТ	32,7±7,86	78,4±34,8*	53,3±9,12*	33,2±18,8	28,5±6,98
ЩФ	13,8±3,37	23,0±5,13*	19,8±1,23*	11,9±2,72	10,3±2,33

*Примечания: различия достоверны при *p<0,05 от значений, полученных до чистки зубов.*

Закключение: зубная паста, содержащая технологию *NovaMin* и фторид натрия, оказывает протективный эффект в отношении чувствительности зубов пациентов, о чем свидетельствуют данные по снижению значений индексов гигиены и чувствительности зубов пациентов. Активность ферментов в слюне от начала чистки зубов до первых двух недель увеличивается, что свидетельствует об адаптации тканей полости рта к компонентам зубной пасты. Затем на 3 и 4 неделе пользования чистящим средством активность изученных ферментов в слюне достигает исходных значений. Это характеризует отсутствие негативного влияния на гомеостаз ротовой полости исследуемого чистящего средства, содержащей технологию *NovaMin* и фторид натрия.

Литература:

1. El-Araby, Alaa Morsy, and Yousef F. Talic. "The effect of thermocycling on the adhesion of self-etching adhesives on dental enamel and dentin." *J Contemp Dent Pract* 8.2 (2007): 17-24.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Попова Е.И.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России

popovaelena3190@mail.ru

Травма зубов преобладает в детском возрасте и составляет 5% всех травм с возрастным пиком повреждения 2-4 года во временном прикусе и 8 - 11 лет в постоянном прикусе. Большинство травм зубов во временном и постоянном прикусе затрагивают центральные резцы верхней челюсти. Мальчики травмируются в два раза чаще девочек.

Грамотно и своевременно оказанная неотложная помощь при травме зубов способствует снижению рисков осложнения со стороны сосудисто-нервного пучка и периодонтальной связки, улучшает долгосрочный прогноз зуба, сокращает реабилитационный период. Особенностью реабилитации

детей до 20 лет является отсутствие возможности проведения имплантации. Поэтому первостепенной задачей при травме постоянного зуба на любой стадии развития корня у ребёнка является сохранение его в лунке, по возможности витальным, для временной или постоянной эстетической реабилитации пациента. В случае возникновения заместительной резорбции, например, при полном вывихе (вследствие пересыхания корня), целью отсроченной реплантации будет сохранение вертикального уровня кости для проведения имплантологического лечения в будущем, так как по данным статистики Международной ассоциации дентальной травмы процессы резорбции в детском возрасте приводят к потере анкилозированных зубов в течение 1 - 5 лет.

Комплексное обследование и диагностика пациента необходимы для постановки правильного диагноза, выбора метода лечения и дальнейшего динамического наблюдения. Определение подвижности зуба, проведение перкуссии и проверка чувствительности пульпы, а также рентгенологическое исследование и фотографирование - это то, что необходимо выполнять для фиксации исходной ситуации в анкете пациента, с целью динамического наблюдения на контрольных визитах.

Неосложнённый перелом коронки наиболее часто встречается в постоянном прикусе. Открытые дентинные каналы могут стать входными воротами для бактериальной контаминации или диффузии токсинов бактерий в ткани пульпы, что приведёт к развитию пульпита. Поэтому важно в кратчайшие сроки с момента травмы создать герметизм "дентинной раны" собственным фрагментом зуба, прямой композитной реставрацией или временным пломбировочным материалом.

При осложнённом переломе коронки неотложное или отсроченное лечение заключается в прямом покрытии пульпы, поверхностной или частичной пульпотомии. Выбор методики будет зависеть от времени, прошедшем с момента травмы. Материалом выбора для проведения данных методик служит минерал триоксид агрегат (МТА), который, как доказано, приводит к формированию дентинного мостика более чем в 90% случаев.

Зачастую травма твёрдых тканей зуба сочетается с повреждением опорно-удерживающего аппарата. В зависимости от вида травмы опорно-удерживающего аппарата и стадии формирования корня зависит прогноз заживления сосудисто-нервного пучка и периодонтальной связки зуба, а также риск развития посттравматических осложнений, таких, как инфекционно-воспалительная резорбция, заместительная резорбция и анкилоз.

Неотложной помощью при вывихах и переломе корня будет оптимальная репозиция и иммобилизация в кратчайшие сроки с момента травмы. При вывихах используют полужесткий тип шинирования сроком от 2 до 6 недель в зависимости от вида вывиха. При переломе корня применяют жёсткое шинирование сроком до 3 - 4 месяцев. При всех видах вывихов риск некроза сосудисто - нервного пучка при сформированном корне колеблется от 57% при экстррузивном вывихе и до 100% при вколоченном вывихе. Принимая во внимание данную статистику, необходимо начать эндодонтическое лечение в

зубах со сформированным корнем не позднее двух недель с момента травмы. В зубах с несформированным корнем возможен вариант реваскуляризации с последующим ростом корня в длину или облитерацией корневого канала. Но необходим постоянный контроль за состоянием пульпы для профилактики развития осложнений. Классическими признаками некроза пульпы являются изменение цвета коронки, отсутствие реакции при проверке чувствительности, наличие очага разряжения в апикальной области, возвращение чувствительности при перкуссии, остановка развития корня. Если выявлено два признака некроза пульпы и более, рекомендовано эндодонтическое лечение.

При интрузии зуба с несформированным корнем возможно репрорезывание, и когда это происходит, исход лечения наиболее благоприятен. Если в течение трёх недель движение зуба не отмечается, рекомендуется быстрая ортодонтическая экстррузия. В сформированных зубах необходимо провести хирургическую или ортодонтическую репозицию в кратчайшие сроки с момента травмы. Затем необходимо провести эндодонтическое лечение в профилактических целях.

Наиболее важными факторами, влияющими на раневой процесс при переломе корня, являются расположение линии перелома, степень первичного смещения (вывиха) коронального фрагмента и стадия развития корня на момент травмы. При значительном смещении коронального фрагмента, например, экстррузии или полном вывихе рекомендовано начать эндодонтическое лечение, чтобы предупредить начало инфекционно-воспалительной резорбции вестибулярной кортикальной пластинки. При переломе корня в средней и апикальной трети эндодонтическое лечение проводится только коронального фрагмента.

При авульсии исход лечения в значительной степени зависит от продолжительности экстраальвеолярного периода и используемой среды хранения зуба. Неотложной помощью будет немедленная или отсроченная реплантация зуба в лунку и шинирование. Реваскуляризация может произойти в зубах с незавершенным формированием корня, если экстраальвеолярное время не более 5 минут, то есть выполнена немедленная реплантация, а длина пульпы около 17 мм (I - II стадия формирования корня). В зубах с сформированным корнем прогноз для пульпы неблагоприятный, поэтому выполняется плановое эндодонтическое лечение в течение 7-10 дней после реплантации. Если проведена немедленная реплантация зуба (менее 60 минут), то выполняется полужесткий тип шинирования сроком на 2 недели, именно столько времени необходимо для частичного восстановления периодонтальной связки. Если реплантация была в отсроченном периоде (более 60 минут), тогда следует выполнить жёсткий тип шинирования и увеличить срок до 4 - 6 недель. Это связано с полной гибелью периодонтальной связки зуба, в результате чего произойдёт прогрессирующая резорбция корня зуба. Мы заведомо вызываем развитие анкилоза в данной ситуации, чтобы до 14 лет у мальчиков и до 12 лет у девочек, т.е. до пубертатного скачка роста, можно было применить метод декоронации,

который даст возможность сохранить и поддержать рост альвеолярного отростка в сегменте.

Лечение травм молочных зубов отличается от лечения постоянных зубов. Основными критериями для выбора метода лечения будет уровень коммуникации с ребёнком и риск повреждения зачатка постоянного зуба при развитии осложнений. Таким образом, при переломе корня со смещением коронального фрагмента методом выбора является экстракция только этого фрагмента. Апикальный фрагмент можно оставить для физиологической резорбции. При всех видах вывиха с тяжёлой формой смещения показано удаление зуба. При авульсии реплантация молочных зубов не проводится. При потере зуба раньше физиологической смены требуется профилактическое ортодонтическое лечение. При переломе коронки временного зуба тактика лечения совпадает с тактикой лечения постоянных зубов, при условии хорошей кооперации со стороны ребёнка.

Оптимальными сроками для динамического наблюдения за состоянием сосудисто-нервного пучка и раннего выявления осложнений являются 2, 4, 6 - 8 недель, 3, 6, 9 месяцев и 1 год. Серьёзные осложнения процесса заживления, в частности резорбция, обусловленная анкилозом, могут возникнуть в отдалённые сроки, поэтому необходимо динамическое наблюдение ежегодно в течение 5 - 10 лет с момента травмы.

Дентальная травма - это ситуация, которая требует командной работы. С грамотно собранной информации административного звена, обследования пациента и оказания неотложной помощи детским стоматологом, терапевтом, хирургом до подключения на дальнейших этапах гигиениста, эндодонтиста, ортодонта и ортопеда. Только комплексный подход к проблеме дентальной травмы позволит добиться максимальных результатов в реабилитации пациента.

Литература:

1. Даминова, Н. Р. "Клинико-топографические особенности пузырчатки слизистой оболочки полости рта." *Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии*. 2019.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЭМАЛИ

Прийма Н.В., Козуб Д.Ф.

*Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» Крымского
федерального университета имени В.И. Вернадского*

dariya.kozub@yandex.ru

Введение. В настоящее время наиболее распространенным методом лечения острого начального кариеса является реминерализирующая терапия, в частности, метод глубокого фторирования. Однако, при разрушении белковой матрицы эмали в области «меловидного пятна» реминерализирующая терапия часто оказывается неэффективной, что требует выбора более инвазивного метода лечения. С целью максимального