

2 -я группа. Использование ССТ в сочетании с коронарно смещённым слизистым лоскутом даёт хороший эстетический результат и позволяет закрыть рецессии 1-2-го и в некоторых случаях 3-го класса по Миллеру глубиной не более 3 мм в 93,5% случаев, особенно в переднем отделе нижней челюсти и в боковых отделах верхней челюсти, где выражены натяжения окологротовых мимических мышц.

3 -я группа. Описана хирургическая методика, которая позволяет успешно устранить одиночную рецессию десны. Получение ССТ в области верхней уздечки губы в ряде случаев позволяет совместить две плановые хирургические процедуры в одну: закрытие рецессии десны (94,5%) и френулоэктомию. Получение ССТ в области верхней уздечки губы позволяет избежать забора трансплантата с неба, что ведет к меньшему послеоперационному дискомфорту и уменьшает риски осложнений.

Литература:

1. Бимбас Э.С. , Закиров Т.В. Вспомогательное ортодонтическое лечение при заболевании парадонта. // Дентал магазин .- 2014.-№12.С.54
2. Силин, А.В. Влияние избыточной инклинации моляров и премоляров на развитие рецессии десны . А.В. Силин, Е.В. Кирсанова, Е.Ю. Медведева, А.С. Головкин // Институт стоматологии. - 2013. - № 4 (61). С.46.
3. Cairo F, Nieri M, Pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized gingival recessions. A systematic review // J. Clin Periodontol 2014; 41 (Suppl. 15): S44-S62.
4. Khorsand A, Paknejad M, Yaghobee S, Ghahroudi AA, Bashizadefakhar H, Khatami M, Shirazi M. Periodontal parameters following orthodontic treatment in patients with aggressive periodontitis: A before-after clinical study//Dent Res. J. (Isfahan).-2013.-№2.С.35.
5. Камилов, Х., and К. Тахирова. "Современный подход к диагностике пародонтитов: полимеризационная цепная реакция в режиме реального времени." *Stomatologiya* 1.3 (68) (2017): 80-81.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО ИЗУЧАЕМЫМ КРИТЕРИЯМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Муртазаев С.С. Сайдалиев М.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Генеральная Ассамблея ООН в 2012 г. на 66-й сессии признала, что болезни полости рта создают серьезную проблему для здоровья населения многих стран. Европейская Комиссия по здравоохранению предложила 40 индикаторов стоматологического здоровья, позволяющих оценить основные критерии стоматологического статуса, достижения в профилактике и возможные факторы риска стоматологических заболеваний. Кариес зубов является одной из наиболее актуальных проблем детской стоматологии не

только в мире, но и в Республике Узбекистане. К сожалению, в Узбекистане заболеваемость кариесом стабильно сохраняется на высоком уровне. Актуальным и важным моментом является поиск и применение эффективных методов и подходов к диагностике ранних проявлений кариеса у детей. Поэтому своевременная диагностика кариеса в возрасте 7-8 лет предупреждает переход начальных форм кариеса в кариозные дефекты, а в дальнейшем исключает применение инвазивных методов оперативного восстановительного лечения. Регулярная оценка возможного влияния поведенческих факторов риска возникновения кариеса зубов у детей школьного возраста должна быть обязательной составляющей мониторинга медицинской эффективности программ профилактики. Благодаря программам первичной и вторичной профилактики кариеса зубов у детей, возможно, приблизиться к лучшим международным стандартам качества оказания стоматологической помощи детскому населению. Решение проблемы высокой заболеваемости кариесом зубов у детей возможно лишь при условии приоритетного развития профилактической направленности школьной стоматологии, заключающееся в гигиеническом обучении и воспитании школьников. Важность комплексного подхода в решении проблем детской стоматологии, заключается в повышении эффективности работы врача-стоматолога и качества предоставляемых услуг.

Оценка результатов реализации образовательной стоматологической профилактической программы среди детей (возраст 8-10 лет) проводилась по данным изучения гигиенического состояния полости рта и интенсивности кариеса, а также повторного анкетирования детей и их родителей через 1 год после начала реализации программы.

Изменения показателя индекса гигиены через 1 год реализации образовательной стоматологической профилактической программы у детей обеих групп, представлены в таблице №1

Таблица 1

Индекс гигиены	До программы	Через 6 мес.	Через 1 год
Основной	1,85±0,10	1,42±0,07*	1,27±0,05*
Контрольный	1,72±0,10	1,49±0,09л	1,50±0,09л

*Примечание: * - $p < 0,05$ при сравнении с данными до лечения;*

л - $p < 0,05$ по сравнению с данными контрольной группой;

В основной группе детей исходный уровень гигиены составил 1,85±0,10, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта. Через год реализации программы в этой возрастной группе отмечено снижение показателя индекса гигиены по Федоровой Володкиной до хорошего уровня, среднее значение индекса равно 1,42±0,07 (отличие составило 31,35%).

В контрольной группе также отмечена тенденция к улучшению гигиены полости рта после реализации программы.

Исходное значение индекса гигиены было равно 1,72±0,10, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены, а через год был отмечен

удовлетворительный уровень гигиены, среднее значение индекса - $1,50 \pm 0,09$ (отличие составило 12,79%).

Динамика изменения индексов «КПУ+ кп» у обследованных детей через 1 год реализации программы в Таблица 2

Таблица 2

	Основной			Контрольный		
	До программ ы	Через 6 мес.	Через 1 год	До программ ы	Через 6 мес.	Через 1 год
КПУ+к п	$4,52 \pm 0,24$	$2,51 \pm 0,14$	$2,26 \pm 0,14$	$4,13 \pm 0,23$	$3,03 \pm 0,19$	$3,09 \pm 0,20$
К	$3,07 \pm 0,24$	$1,60 \pm 0,16$	$1,20 \pm 0,12$	$2,84 \pm 0,22$	$1,96 \pm 0,18$	$1,98 \pm 0,20$
П	$1,45 \pm 0,18$	$0,91 \pm 0,12$	$1,05 \pm 0,13$	$1,28 \pm 0,15$	$1,06 \pm 0,15$	$1,12 \pm 0,14$
У	$0,94 \pm 0,13$	$2,92 \pm 0,24$	$1,05 \pm 0,12$	$1,39 \pm 0,17$	$2,12 \pm 0,17$	$0,92 \pm 0,13$

Более выраженные изменения произошли в структуре индексов у детей обеих групп, отмечена тенденция к снижению числа запломбированных и снижение числа кариозных временных и постоянных зубов.

У детей основной группы при первичном обследовании компонент «к» был равен $3,07 \pm 0,24$, а компонент «п» - $1,45 \pm 0,18$. Через год реализации программы отмечено значительное снижению компонента «п» до $1,05 \pm 0,13$ и снижение компонента «к» до $1,20 \pm 0,12$ (отличия составили 61% и 28% соответственно).

У детей контрольной группы при анализе структуры также отмечена тенденция к снижению компонента «п» и снижению компонента «к», но отличия были менее выраженными. Исходное значения «к» было равно $2,84 \pm 0,22$, а компонента «п» - $1,28 \pm 0,15$. При повторном обследовании в данной группе детей отмечено незначительное снижение компонента «к» до $1,98 \pm 0,20$ и «п» до $1,12 \pm 0,14$ (отличия составили 30,3% и 12,5% соответственно).

Литература:

1. Камилов, Х. П., Ибрагимова, М. Х., Убайдуллаева, Н. И., & Камилова, А. З. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.