

клинико-морфолог. и биохим. аспекты диагностики и прогнозирования течения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 1999. 21 с.

5. Захаров С.Д., Минц Р. И., Скопинов С.А., Чудновский В.М. Структурная модель неспецифического биостимулирующего действия лазерного излучения: роль светопоглощающих рецепторов и альтерация структурного состояния растворов биомолекул // Действие лазерного излучения на биологические объекты и лазерная медицина. Владивосток, 1989. С. 41–52.

6. Веляева Ю.В., Мостовников В.А., Хохлов И.В. Влияние лазерного излучения на синтез ДНК и деление клеток человека // Изв. АН БССР: Сер. физ.-мат. наук. 1981. № 3. С. 73–75.

7. Противовоспалительное и противовоспалительное действие внутрисосудистого лазерного облучения крови / Л.Я. Лившиц, А.В. Лепилин, Ю.А. Лабзин [и др.] // Актуальные вопросы лазерной медицины: тез. докл. 1 Всерос. конф. М., 1991. С. 138–139.

8. Самойлович В.А., Тондий Л.Д. Сочетанное применение переменного магнитного поля низкой частоты в комплексной терапии генерализованного пародонтита. // Новое в стоматологии. 1994. № 5. С. 15–18.

9. Ефанов О.И. Лечение магнитными полями микроциркуляторных нарушений в пародонте // Вопросы курортологии 1981. № 4. С. 32–34.

10. Баранникова И.А., Заславский С.А., Свиринов В.В. Индексная оценка состояния пародонта в процессе комплексного лечения больных с генерализованным пародонтитом // Стоматология. 1990. № 4. С. 17–20.

11. Борисенко Л.В., Воронников А.М. Комплексная оценка функционального состояния двенадцатиперстной кишки у больных хроническим калькулезным холециститом // Актуальные вопросы специализированной медицинской помощи. М., 1988. С. 70–72.

12. Сегень И.Т. Методы индикации индексной оценки состояния тканей зубов и пародонта: метод. рекомендации для врачей и слушателей ФУВ. Волгоград, 1996. 19 с.

13. Ridgeway E.E. Periodontal disease: diagnosis and management // J. Am. Acad. Nurse. Pract. 2000. Vol. 12, № 3. P. 79–84.

14. Brown L.J., Johns B.A., Wall T.P. The economics of periodontal diseases // Periodontol. 2002. Vol. 29. P. 223–234.

15. Helmut W. Photobiological basics of low-power laser application // Abstr. of 12th Intern. Congress of Photobiology. Austria, Vienna, 1996. S. 20. P. 125.

16. Parma C. Parodontopathien. Leipzig, 1960. 203 s.

17. Russel A. L. International nutrition surveys: a summary of preliminary dental findings // J. Res. 1967. Vol. 42. P. 233.

УДК616.314-089.23:616.314-007-084]-053.2-07-08(045)

Оригинальная статья

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДЕФЕКТОВ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ КАК ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ: ОТ НЕОБХОДИМОСТИ К ВОЗМОЖНОСТЯМ

Н.В. Венатовская – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, врач-интерн; **Е.А. Пудовкина** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, стоматологический факультет, студент; **Д.Е. Суетенков** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, доцент, кандидат медицинских наук; **А.Г. Прошин** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры ортопедической стоматологии, кандидат медицинских наук.

PREVENTION OF DENTAL ANOMALIES IN CHILDREN BY PROSTHETICS DEFECTS HARD TOOTH TISSUES AND DENTITIONS: THE NEED TO POSSIBILITIES

N.V. Venatovskaya – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Post-graduate; **E.A. Pudovkina** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Stomatological Faculty, Student; **D.Ye. Suetenkov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **A.G. Proshin** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Orthopedic Dentistry, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления – 01.02.2011

Дата принятия в печать – 16.02.2011 г.

Венатовская Н.В., Пудовкина Е.А., Суетенков Д.Е., Прошин А.Г. Протезирование дефектов твёрдых тканей зубов и зубных рядов как профилактика зубочелюстных аномалий у детей: от необходимости к возможностям // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1 (приложение). С. 226-230.

Представлены возможности восстановления анатомической формы коронок разрушенных зубов и замещения дефектов зубных рядов путём протезирования у детей в сменном прикусе как один из методов профилактики зубочелюстных аномалий. Определены потребность в протетическом лечении детей и готовность стоматологов к решению выявленных проблем. Проведён клинический анализ комплексного лечения дефектов твёрдых тканей зубов с использованием несъёмных конструкций.

Ключевые слова: профилактика зубочелюстных аномалий, протезирование в детском возрасте, стандартные коронки с композитной облицовкой.

Venatovskaya N.V., Pudovkina E.A., Suetenkov D.Ye., Proshin A.G. Prevention of dental anomalies in children by prosthetics defects hard tooth tissues and dentitions: the need to possibilities // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1 (supplement). P. 226-230.

This article presents the possibility of restore the function and anatomy of the tooth and replacement of defects of dentition by prosthesis in children under the removable bite as a method of prevention of dentoalveolar anomalies. Identified the need for prosthetic treatment of children and the willingness of dentists as primary health care professional to address the problems identified. A clinical analysis of complex treatment of defects in the teeth with fixed restorations.

Key words: prevention of dentoalveolar anomalies and prosthetics in childhood, a standard crown with a composite veneer.

Введение. Для нормального физического развития ребёнка необходимо полноценное питание, а так-

Ответственный автор – Венатовская Нина Викторовна.
Адрес: г. Саратов, ул. 2ой Кавказский тупик, 4, кв. 70.
Тел.: 89033291549.
E-mail: glaffnik@mail.ru

же достаточный уровень усвоения пищи, что во многом зависит от начальной стадии пищеварения – акта жевания. Состояние жевательного аппарата определяется состоянием зубов, устойчивостью пародонта, полноценной структурой альвеолярных отростков, челюстных костей, височно-нижнечелюстных

суставов, работоспособностью жевательных мышц. Наличие правильно расположенных в зубном ряду зубов, их полного комплекта обеспечивает правильные артикуляционные движения языка, правильное формирование звуков и чистоту речи. Раннее удаление временных зубов приводит к уменьшению протяжённости зубных рядов. Происходит внутрикостное перемещение фолликулов постоянных зубов и нарушение их правильного расположения в зубной дуге при прорезывании, отставание в росте альвеолярных отростков челюстей. При потере временных моляров может произойти углубление окклюзии, смещение нижней челюсти дистально, изменение взаимоотношений между элементами ВНЧС, наблюдается тенденция к формированию патологического прикуса. Кроме того, отсутствие жевательных зубов затрудняет разжёвывание, вынуждает питаться в основном мягкой пищей, а без нагрузки плохо развивается и вся зубочелюстная система. В результате неполноценного питания ребёнок отстает в росте. Удаление передних зубов нарушает речь, внешний вид, способствует возникновению психологической травмы. Частота образования дефектов зубов и зубных рядов находится в прямой зависимости от поражения их кариесом. В настоящее время доказано, что кариес и зубочелюстные аномалии находятся в тесной патогенетической взаимосвязи, так как зубочелюстные аномалии являются фактором, предрасполагающим к развитию кариеса и, следовательно, к потере зубов. Разрушение зубов и их раннее удаление могут послужить причиной возникновения новых аномалий и усугубить уже имеющиеся. Разорвать это патологическое кольцо у детей можно путём восстановления анатомической формы коронок разрушенных зубов и замещения дефектов зубных рядов профилактическими протезами, которые дадут возможность правильного развития зубочелюстной системы, сохранят промежуток для прорезывания постоянных зубов, восстановят нормальную функцию жевания и речь [1-9].

Цель работы: ситуационный анализ данной проблемы и изучение возможных путей её решения.

Задачи работы: 1) выявление потребности в протетическом лечении по данным обращаемости; 2) определение готовности стоматологов как основного профессионального звена здравоохранения к решению выявленных проблем; 3) клинический анализ применения штампованных коронок и стандартных коронок с облицовкой у детей в сменном прикусе.

Методы. В ходе исследования проведён анализ литературных данных и амбулаторных карт пациентов, анкетирование врачей-стоматологов по вопросам детского протезирования и сравнительный анализ клинического применения штампованных и стандартных коронок с облицовкой у детей в сменном прикусе.

В настоящее время увеличилось число детей дошкольного возраста, имеющих дефекты зубных рядов в результате преждевременного удаления временных моляров [1, 3]. Нуждаемость в зубном протезировании детей колеблется от 14,7 до 56% [1, 3, 10, 11]. Нами был проведён анализ медицинской документации детей стоматологической поликлиники ГКБ №3 г. Саратова. При этом в 20% историй болезни обнаружены сведения о наличии дефектов зубных рядов, из которых 10% являются следствием первичной адентии, 10% следствием травмы, в остальных 80% случаев зубы удалены по поводу осложнений кариеса. Таким образом, каждый пятый ребёнок имеет дефекты зубных рядов и нуждается в ортопедическом лечении.

Мнение специалистов по вопросам детского протезирования оценивали с помощью анкетирования, в котором приняли участие 44 врача-стоматолога из четырёх детских и двух взрослых стоматологических поликлиник г. Саратова, а также 118 студентов 5 курса стоматологического факультета Саратовского ГМУ имени В.И. Разумовского. Для оценки результатов врачей разделили на группы: 1) сотрудники частных и муниципальных поликлиник (соответственно 15 и 29 человек); 2) стоматологи, работающие на детском и взрослом приеме (28 и 16); 3) врачи возрастных категорий моложе и старше 40 лет (21 и 23 человека).

В ходе исследования были получены результаты, представленные в табл. 1.

Нуждаемость в ортопедическом лечении детей с дефектами зубных рядов средняя или высокая, по мнению детских стоматологов (соответственно 53 и 40%), врачей муниципальных поликлиник (48 и 35%) и врачей моложе 40 лет (74 и 26%), что является адекватной оценкой имеющейся ситуации. Нуждаемость низкая, по мнению стоматологов, работающих на взрослом приеме (50%), врачей частных клиник (60%) и врачей старше 40 лет (52%). Данную оценку можно считать необъективной ввиду того, что врачи, работающие на взрослом приеме, не наблюдают детей и соответственно не видят имеющуюся проблему; врачи частных клиник, к нашему удивлению, не интересуются данной проблемой и не стремятся к нововведениям; врачи старше 40 лет – это в основном зубные врачи, привыкшие к отработанным методикам. Что же необходимо делать для повышения уровня оказания ортопедической помощи детям? Проведённое анкетирование позволило оценить взгляд специалистов на эту проблему (табл. 2).

Проводить санитарное просвещение населения и повышать объем ортопедической помощи сочли эффективнее всего детские стоматологи (соответственно 43 и 37%), врачи старше 40 лет (53 и 24%) и врачи муниципальных поликлиник (41 и 31%). Санитарно-просветительная работа и разработка специальных конструкций для детей необходимы, по мнению вра-

Таблица 1

Мнение специалистов о потребности в протезировании у детей, %

Контингент	Низкая	Средняя	Высокая
Врачи детских поликлиник (n=28)	7	53	40
Врачи взрослых поликлиник (n=16)	43,7	50	6,3
Врачи частных клиник (n=15)	26,7	60	13,3
Врачи муниципальных поликлиник (n=29)	17,5	48	34,5
Врачи старше 40 лет (n=23)	38	33,5	28,5
Врачи моложе 40 лет (n=21)	0	74	26

Таблица 2

Мнение специалистов различных форм ЛПУ о значении подходов к решению проблем нуждаемости в протезировании зубов и зубных рядов у детей, %

Контингент	Повышение объема ортопедической помощи	Санитарное просвещение населения	Новые конструкции	Введение специальности «стоматолог-ортопед детский»
Врачи детских поликлиник (n=28)	0	41	41	18
Врачи взрослых поликлиник (n=16)	31	41,5	10	17,5
Врачи частных клиник (n=15)	37	43	7	18
Врачи муниципальных поликлиник (n=29)	0	39	43,5	17,5
Врачи старше 40 лет (n=23)	24	52,5	14	9,5
Врачи моложе 40 лет (n=21)	17	30,5	22	30,5

чей частных клиник (44 и 41%) и стоматологов, работающих на взрослом приёме (39 и 44%). Специалисты моложе 40 лет считают необходимым введение специальности «стоматолог-ортопед детский» и разработку специальных конструкций (36 и 31%).

На вопрос «Что можно считать ранним удалением зуба?» 84% врачей ответили, что это удаление за 3 года до физиологической смены, хотя удаление даже за год до смены может привести к деформации зубных рядов.

Результаты опроса студентов в целом повторяют результаты опроса молодых специалистов, что говорит о хорошей подготовке и зрелом клиническом мышлении. Показания к зубному протезированию у детей и подростков:

1. Нарушение целостности коронок вследствие кариеса, некариозных поражений и травм.

2. Патологическая стираемость при дисплазии Стентона – Капдепона.

3. Нарушение процесса становления высоты прикуса на первом этапе её физиологического подъёма в связи с ранним разрушением и удалением временных моляров, на втором этапе в связи с удалением первых постоянных моляров и на третьем этапе в связи с удалением вторых постоянных моляров.

4. Удаление временных зубов за год и более до прорезывания постоянных.

5. Множественная или полная адентия временных и постоянных зубов.

6. Постоперационные дефекты зубных рядов и челюстей.

7. Наличие зубочелюстных аномалий в сочетании с дефектами зубного ряда.

8. Нарушение речевой функции и наличие вредной привычки (прокалывание языка в область дефекта зубного ряда).

9. Множественная или одиночная ретенция постоянных зубов в альвеолярной кости.

10. Тенденция к развитию дентоальвеолярного удлинения и деформации окклюзионной плоскости [1, 4, 5, 12, 9, 13].

В настоящее время для восстановления анатомической формы коронок разрушенных зубов и протезирования дефектов зубных рядов у детей можно применять различные конструкции [1, 4, 5, 9, 12, 14, 15]: временные коронки; постоянные коронки (металлические, пластмассовые, комбинированные); несъёмные профилактические аппараты; раздвижные мостовидные протезы; условно-съёмные мостовидные протезы; съёмные пластиночные протезы; протезы-аппараты.

Основные требования, применяемые к таким конструкциям: материалы для их изготовления должны

быть безвредными и гигиеничными, протезы должны восстанавливать межокклюзионное соотношение зубных рядов, функцию жевания и речи, эстетику лица, предупредить возможные осложнения и в первую очередь не сдерживать рост челюстных костей [4, 5, 7].

Временные и постоянные коронки применяются для покрытия зубов при фиксации съёмных протезов или ортопедических аппаратов, покрытия передней группы зубов при их травме, удержания высоты прикуса при разрушении молочных зубов кариесом.

Зубы у детей для покрытия временными коронками не обрабатывают, проводят физиологическую сепарацию, для покрытия постоянными коронками необходимо незначительное препарирование твёрдых тканей [1, 4, 5, 10 – 13].

Несъёмные профилактические аппараты используются при раннем удалении молочного моляра, премоляра или первого постоянного моляра для предотвращения деформации зубных рядов и сохранения места для прорезывания постоянных зубов. Аппараты состоят из фиксирующей коронки, промежуточной части, замещающей отсутствующий зуб, и распорки с окклюзионной или нёбной накладкой [1, 4, 5, 10 – 12, 14, 15].

Раздвижные мостовидные протезы применяются при отсутствии от 2 до 4 резцов для детей в возрасте от 10 до 16 лет. Опорной частью протеза являются металлические и комбинированные коронки, промежуточной – фасетки. Каркас протеза разделяют по центру на две равные части, которые затем соединяют посредством штифта, свободно скользящего во втулке. Преимущество раздвижных мостовидных протезов в том, что они являются физиологичными и не задерживают рост челюстей [1, 4, 5, 14].

Что же касается несъёмных мостовидных конструкций, то до настоящего времени вопрос остаётся открытым.

Некоторые специалисты считают, что протезирование несъёмными конструкциями имеет свои преимущества и может быть использовано в случаях необходимости стабилизации результатов ортодонтического лечения. При этом они описывают «самостоятельное снятие протеза» при прорезывании постоянных зубов под промежуточной частью, считая, что это предупреждает отрицательные эффекты жесткого закрепления опорных зубов друг относительно друга. Другие же авторы считают, что применение таких конструкций недопустимо, так как они задерживают рост челюстей [14].

Условно-съёмные мостовидные протезы показаны детям и подросткам от 13 до 18 лет при наличии малых включённых дефектов в боковом отделе зубного

ряда, если угол конвергенции опорных зубов не более 20°. В конструкции данных протезов выделяют искусственный зуб и опорные элементы, фиксируемые светоотверждаемыми композитами на соседних зубах.

Условно-съёмное протезирование также может обладать рядом преимуществ. Это и возможность снятия протеза в случае необходимости, и предотвращение деформации зубного ряда, и сохранение полноценной жевательной функции, и высокая эстетичность конструкции.

Съёмные протезы применяются в любом возрасте, а во временном прикусе показаны при отсутствии даже одного зуба. Изготовление съёмных протезов для детей имеет свои особенности. Базисы протезов расширяют для улучшения их фиксации и предотвращения проглатывания. С вестибулярной стороны ската альвеолярного отростка создают пространство глубиной 1-1,5 мм для роста челюсти в вестибулярном направлении. Искусственные зубы выбирают пластмассовые, так как их можно корректировать по мере прорезывания постоянных зубов [7, 9 – 12, 14, 16, 17]. В последнее время приобретают популярность съёмные протезы из нейлона. Данный материал полностью лишён остаточного мономера, что исключает аллергические реакции на материал протеза. Нейлон содержит устойчивый краситель, поэтому сохраняет свой внешний вид даже после длительной эксплуатации. Материал негигроскопичен, следовательно, в нем не способны размножаться микроорганизмы. Протезы из нейлона являются гибкими, что предотвращает их поломку при неаккуратной эксплуатации детьми.

В связи с ростом челюстей съёмные протезы подлежат замене: у детей до 8 лет – через 8-10 месяцев, от 8 до 12 лет – через год, от 13 до 18 лет – через 1-2 года. После 18 лет большинство съёмных протезов можно заменить несъёмными конструкциями.

При сочетании дефектов зубных рядов с их деформациями применяют так называемые протезы-аппараты, съёмные пластиночные протезы с элементами ортодонтических приспособлений (раздвижные винты, накусочная площадка, пружины на зубы, требующие перемещения, и т.д.) [1, 4, 5, 14].

При удалении зубов за год и меньше до физиологической смены целесообразно использовать каповые протезы для предотвращения деформации зубных рядов и сохранения места для прорезывания постоянных зубов.

Результаты. В своей клинической практике для восстановления анатомической формы коронок разрушенных зубов мы использовали стандартные коронки с облицовкой из композита и штампованные коронки. Маленький размер временного зуба определяет сложности технических задач: необходимо точно, быстро, качественно запломбировать дефект, а в условиях полости рта ребенка невозможно полностью изолировать рабочее поле от слюны и довольно сложно восстановить анатомическое строение жевательной поверхности с помощью пломбировочных материалов, к тому же нет специальных адгезивных систем для детей. Коронка имеет уже сформированные анатомические особенности зуба и помогает решить эту задачу. Кроме того, становится возможным обеспечить сохранение временного зуба до физиологической смены, правильное формирование окклюзионных взаимоотношений, нормальное развитие височно-нижнечелюстного сустава.

Сравнительные характеристики применения различных технологических приемов изготовления коро-

нок рассмотрим на клиническом примере пациента 6 лет с дефектами твёрдых тканей зубов 74, 75. При этом индекс разрушения окклюзионной поверхности составил 60 и 65% соответственно. Была проведена профессиональная гигиена полости рта с использованием пасты «Polydent», препарирование, пломбирование дефектов твёрдых тканей с помощью стеклоиономерного цемента «Vitremer» и восстановление анатомической формы зубов коронками: 74 – стандартной коронкой с облицовкой из композита, 75 – штампованной тонкостенной коронкой.

Определение размера стандартной комбинированной коронки производится путем измерения штангенциркулем мезио-дистальной ширины зуба, при необходимости можно скорректировать форму и размер коронки с использованием специальных инструментов. После лечения зуба препарирование производят до тех пор, пока зуб не выйдет из окклюзии и не образуется пространство для коронки на апроксимальных поверхностях, причём нужно избегать формирования придесневого уступа [13]. В некоторых ситуациях одонтопрепарирование при установке коронок на временные зубы можно не проводить. Отсутствие процесса препарирования благотворно влияет на ребенка, поскольку это самая неприятная стадия протезирования. К тому же сохраняется эмаль зуба. В нашем случае после препарирования зуба 74 и пломбирования дефицит твердых тканей зуба составил примерно 1,5 мм по окклюзионной поверхности, в результате чего не потребовалось в дальнейшем уменьшение высоты прикуса. Края коронки подгибали с помощью крампонных щипцов для обеспечения плотного прилегания краев к шейке зуба и предотвращения образования на коронке на зубных отложений. Критерием правильной припасовки коронки является сопротивление при наложении и характерный щелчок при окончательной её установке на зуб [13]. На заключительном этапе произвели проверку окклюзионных взаимоотношений с использованием копировальной бумаги, в результате были отмечены множественные фиссурно-бугорковые контакты. Фиксация производилась с использованием стеклоиономерного цемента «Easy mix» 3M. После постановки коронки временные моляры способны самостоятельно адаптироваться к ней в короткий срок.

Штампованную коронку на зуб 75 изготовили из тонкостенной металлической гильзы толщиной 0,1 мм. Для этого потребовалось предварительно получить оттиски и изготовить гипсовые модели челюстей, что позволило добиться соответствия размера и формы коронки и зуба. В процессе лечения мы провели препарирование твердых тканей со всех поверхностей зуба на 0,3 мм. Фиксация коронки также осуществлялась на стеклоиономерный цемент «Easy mix» 3M.

При профилактическом осмотре через месяц были выявлены множественные окклюзионные контакты, фиксация и герметичность коронок не нарушены, маргинальная десна вокруг коронок бледно-розового цвета, гиперемия, отек отсутствуют.

Обсуждение. Использование стандартных коронок позволяет произвести протезирование ребенку за одно посещение, что обеспечивает максимально комфортное лечение. Применение в клинической практике штампованной коронки требует обязательного лабораторного этапа, за счет чего увеличивается число посещений. Однако благодаря этому этапу мы можем индивидуально изготовить коронку для

каждого пациента и максимально точно добиться соответствия формы и размера коронки и зуба. Безусловным положительным свойством штампованной коронки является возможность ее коррекции (возможно и уменьшение, и увеличение ее размера) равномерно со всех поверхностей. В отличие от штампованных стандартные коронки имеют определенные размеры и форму, которые врач может скорректировать лишь в пришеечной области.

Стандартные коронки эстетичны благодаря наличию облицовки из композита, что является их несомненным преимуществом перед штампованной коронкой. Также отрицательным свойством штампованной коронки является ее высокая теплопроводность, вследствие чего зуб может обладать повышенной чувствительностью и болезненно реагировать на изменения температуры, особенно в пришеечной области. Себестоимость штампованной коронки ниже, чем стандартной коронки с облицовкой из композита.

Закключение. Таким образом, мы выяснили, что существует немало конструкций для восстановления целостности зубных рядов у детей и их применение клинически оправдано. Однако уровень оказания ортопедической помощи значительно отстаёт от реальных потребностей детского населения.

С нашей точки зрения, своевременное протезирование предотвратит развитие вторичных деформаций и обеспечит наиболее физиологические условия для развития и формирования зубочелюстной системы ребёнка. Основные проблемы кроются в недостатке знаний и опыта у врачей-стоматологов, низком уровне материально-технической базы для оказания данного вида стоматологической помощи и недостаточной санитарно-просветительной работе с населением. Для решения этих проблем мы предлагаем следующее:

1) комплексное лечение кариеса и его осложнений необходимо проводить с возможностью протетики;

2) дополнение стандартов оказания стоматологической помощи детям протезированием при ранней потере временных зубов;

3) соблюдение принципа законченности лечения;

4) организацию обеспечения стоматологических клиник необходимыми материалами;

5) формирование учебных программ, проведение курсов, семинаров для врачей-стоматологов по вопросам детского протезирования;

6) повышение мотивации врачей и информированности населения о данном виде стоматологической помощи детям.

Библиографический список

1. Шарова Т.В., Рогожников Г.И. Ортопедическая стоматология детского возраста. М.: Медицина, 1991. 288 с.
2. Варсин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. Изд. 5-е, перераб. и доп. М.: Медицина, 2003. 640 с.
3. Руководство по ортодонтии / З.М. Акодис, Г.А. Анжеркушян, О.И. Арсенина [и др.] / под ред. проф. Ф.Я. Хорошилкиной. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1999. 800 с.
4. Железный П.А., Плотникова Н.А. Ортодонтия и детское протезирование: учеб. пособие. Новосибирск, 1998. 185 с.
5. Варава Г.М., Стрелковский К.М. Ортодонтия и протезирование в детском возрасте. М.: Медицина, 1979. 136 с.
6. Проффит У.Р. Современная ортодонтия / пер. с англ. под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Л.С. Персина. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 560 с.
7. Золотарёва Л.А., Заболотских В.Ю. Детское зубное протезирование – профилактика зубочелюстных деформаций: сборник статей // Современные вопросы стоматологии. М., 2000. С. 275-276.
8. Аникеенко А.А., Камышева Л.И., Рогова М.Е. Клинические проявления и этиология нарушений прорезывания постоянных зубов // Ортодент-инфо. 2000. № 1-2. С. 57-60.
9. Алимова М.Я., Алимова А.В. Лечебно-профилактическое протезирование дефектов зубных рядов при преждевременном удалении временных моляров // Стоматология детского возраста и профилактика. 2007. № 1. С. 22-25.
10. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортодонтия: учеб. пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 424 с.
11. Ортопедическая стоматология: учебник для вузов / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычков [и др.] М.: МЕДпресс-информ, 2003. 496 с.
12. Криштаб С.И., Стрелковский К.М., Варава Г.М. Ортодонтия и протезирование в детском возрасте. Киев: Вища школа, 1987. 213 с.
13. Лечение и реставрация молочных зубов / М.С. Даггал, М.Е. Дж. Керзон, С.А. Фэйл [и др.] / пер. с англ. под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 159 с.
14. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Фадеев Р.А. Ортодонтия. М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2001. 148 с.
15. Кармалькова Е.А., Кушнер А.Н. Использование метостосохраняющих конструкций для предупреждения развития зубочелюстных аномалий // Современная стоматология. 2001. № 3. с. 17-22.
16. Бурлуцкая С.И., Каливрадзян Э.С. Особенности протезирования детей съёмными пластиночными протезами при множественной адентии // Стоматология. 2006. № 3. с. 58-60.
17. Гаязов А.Р. Оптимизация профилактики зубочелюстных аномалий при преждевременном удалении зубов у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань: Казан. гос. мед. ун-т, 2007. 18 с.

УДК 616.314 : 611.018.4 : 617.3] -7(045)

Оригинальная статья

МЕТОДОЛОГИЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПАТОЛОГИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРОЙ

Н.О. Гордеева - ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, клинический ординатор; **А.В. Егорова** - ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии, кандидат медицинских наук; **Т.Б. Магомедов** - ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии; **Н.В. Венатовская** - ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, врач-интерн кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии.

METHODOLOGY FOR REDUCING THE RISK OF PATHOLOGY OF HARD TISSUES OF TEETH WITH NON-REMOVABLE ORTHODONTIC TREATMENT EQUIPMENT

N.O. Gordeeva – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of pediatric dentistry and orthodontics, the post-graduate student, **A.V. Egorova** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of pediatric dentistry and orthodontics, Candidate of Medical Science, Assistant; **T.B. Magomedov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of pediatric dentistry and orthodontics, Assistant; **N.V. Venatovskaya** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, the student of the Department of pediatric dentistry and orthodontics.