

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,  
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,  
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,  
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2014

Для обследуемых с сужением зубного ряда верхней челюсти среднее значение суммы мезиодистальных размеров четырех резцов верхней челюсти составило  $31,1 \pm 2,2$  мм, ширина зубной дуги в области премоляров  $36,6 \pm 3,1$  мм, в области моляров  $46,3 \pm 3,9$  мм. Для обследуемых с нормальными размерами зубной дуги верхней челюсти среднее значение суммы мезиодистальных размеров четырех резцов верхней челюсти составило  $30,9 \pm 2,8$  мм, ширина зубной дуги в области премоляров  $38,7 \pm 3,6$  мм, ширина зубной дуги в области моляров  $48,3 \pm 4,3$  мм.

Измерение ширины апикального базиса верхней челюсти по Снагиной позволило выявить его расширение у 35 человек (64 %), сужение – у 14 (25%), норму – у 6 (11%). Измерение ширины апикального базиса нижней челюсти позволило выявить его расширение у 29 (53%), сужение у 20 (36%), норму у 6 человек (11%). Для обследуемых с расширением апикального базиса верхней челюсти сумма мезиодистальных размеров двенадцати зубов верхней челюсти составила  $93,6 \pm 5,7$  мм, ширина апикального базиса  $45, 2 \pm 3,3$  мм. У обследуемых с сужением апикального базиса верхней челюсти сумма мезиодистальных размеров двенадцати зубов верхней челюсти составила  $95,1 \pm 7,3$  мм, ширина апикального базиса  $40,2 \pm 3,5$  мм. У обследуемых с нормальными размерами апикального базиса верхней челюсти сумма мезиодистальных размеров двенадцати зубов верхней челюсти составила  $94,7 \pm 5,2$

мм, ширина апикального базиса  $41,6 \pm 2,3$  мм. Для обследуемых с расширением апикального базиса нижней челюсти сумма мезиодистальных размеров двенадцати зубов нижней челюсти составила  $86,9 \pm 6,5$  мм, ширина апикального базиса  $39,9 \pm 3,4$  мм. У обследуемых с сужением апикального базиса нижней челюсти сумма мезиодистальных размеров двенадцати зубов нижней челюсти составила  $88,6 \pm 4,9$  мм, ширина апикального базиса  $35,9 \pm 2,6$  мм. Для обследуемых с нормальными размерами апикального базиса нижней челюсти сумма мезиодистальных размеров двенадцати зубов нижней челюсти составила  $87 \pm 4,7$  мм, ширина апикального базиса  $37,4 \pm 2$  мм.

**Выводы.** Проведенное исследование указывает на высокую распространенность трансверсальных аномалий зубных рядов у лиц в возрасте 17-20 лет. При этом обращаемость за ортодонтической помощью по-прежнему остается низкой. Следует повышать информированность пациентов и врачей-стоматологов в вопросах профилактики и своевременного лечения патологий прикуса.

#### **Литература:**

1. Гаврилов, Е.И. Ортопедическая стоматология / Е.И. Гаврилов, А.С. Щербаков. – М.: Медицина 1984. – 576 с.
2. Флис, П.С. Ортодонтия / П.С. Флис, Н.А. Омельчук, Н.В. Ращенко. – К.: Медицина, 2008. – 360 с.

## **РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТРАВМАТИЗМА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ Г. ВИТЕБСКА ЗА ПЕРИОД 2004-2013 ГГ.**

*Лиора А.К., Дубовец А.В., Цепота Н.А.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»  
УЗ «Витебская городская детская стоматологическая поликлиника»*

**Актуальность.** Травма зубов является второй, после кариеса, патологией твёрдых тканей зуба и причиной их потери у детей в 32 % случаев [2]. Детскому стоматологу часто приходится сталкиваться с травмой зубов у детей. Острая травма зуба – это трагический опыт для ребенка, поэтому данная патология, как никакая другая, требует от детского стоматолога знаний, опыта и мастерства. Острая травма зуба представляет собой повреждение зуба, вызванное внешним воздействием, чаще механическим. В результате травмы нарушается анатомическая целостность зуба, состояние окружающих его тканей или меняется положение зуба в зубном ряду. От силы удара, его направления, места приложения зависит вид травмы. Большое значение имеет возраст ребенка, состояние и стадия развития корней зубов и периодонта. Острые травмы зубов у детей сложны как с точки зрения диагностики, так и лечения, поэтому часто вызывают трудности у стоматолога, беспокоят ребенка и родителей. Сложность лечения травм зубов у детей требует значительных усилий, имеет правовые и социальные последствия.[3] За последние годы возросло число случаев осложненной травмы зубов: одонтогенных кист фронтального отдела; воспалитель-

ных процессов этой области, приводящих нередко к прекращению формирования корневой системы зубов, что в конечном итоге снижает функциональную ценность зуба или группы травмированных зубов и в конечном счете приводит к ранней их потере. Профессор Виноградова Т.Ф. отмечает, что распространенность данной патологии изучена недостаточно и работ, посвящённых статистическому анализу этой проблемы также мало [1].

**Цель.** Провести статистический анализ травматизма зубов у детского населения г. Витебска за период 2004-2013 гг. в абсолютных единицах (число случаев/ количество травмированных зубов) и процентах от общего числа.

**Материал и методы.** В ходе исследования были изучены и проанализированы данные "Журнала регистрации травм" за период 2004-2013 гг. УЗ "Витебская городская детская стоматологическая поликлиника". Нами фиксировались дата, сезон (пора года), место получения травмы, поставленный диагноз, возраст, пол получившего травму ребёнка. Обработка статистических данных проводилась в программе Microsoft Office Excel.

#### **Результаты и обсуждение.**

Для реализации поставленной цели, статисти-

Таблица 1. Динамика травматизма зубов у детей в 2004-2013 гг.

| Год                        | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Кол-во случаев травм зубов | 39   | 38   | 21   | 15   | 27   | 53   | 35   | 18   | 17   | 14   |

Таблица 2. Статистический анализ травматизма зубов у детей

| Пункт статистического исследования                       | Кол-во случаев/травмированных зубов (%) |
|--|---|
| Численность детей с дифференциацией по половому признаку |   |
| Мальчики   | 197 (71)                                |
| Девочки  | 81 (29)                                 |
| Сезонность травм   |   |
| Зима   | 83 (30)                                 |
| Весна  | 57 (20)                                 |
| Лето   | 81 (29)                                 |
| Осень  | 58 (21)                                 |
| Возрастной состав получивших травму                      |   |
| Дошкольники  | 92 (33)                                 |
| Младшие школьники  | 108 (39)                                |
| Старшие школьники  | 78 (28)                                 |
| Причины травмы   |   |
| Падение на улице   | 75 (27)                                 |
| Падение в детском саду/ школе                            | 40 (17)                                 |
| Травмы дома  | 80 (30)                                 |
| Спортивная травма  | 21 (9)                                  |
| Насильственные травмы                                    | 33 (12)                                 |
| Другое   | 14 (5)                                  |
| Диагноз  |   |
| Трещина эмали  | 2 (0,5)                                 |
| Ушиб зуба  | 116 (24)                                |
| Перелом коронки в пределах эмали                         | 40 (9)                                  |
| Перелом коронки в пределах дентина неосложнённый         | 84 (19)                                 |
| Перелом коронки в пределах дентина осложнённый           | 4 (1)                                   |
| Полный отлом коронки                                     | 10 (2,5)                                |
| Неполный вывих зуба                                      | 91 (22)                                 |
| Интрузионный вывих зуба                                  | 40 (9)                                  |
| Полный вывих зуба  | 30 (7,5)                                |
| Косой перелом корня                                      | 2 (0,5)                                 |
| Поперечный перелом корня                                 | 2 (0,5)                                 |
| Другое   | 13 (3)                                  |
| Травмы, сопровождавшиеся повреждениями мягких тканей     | 204 (46)                                |
| Повреждённые зубы  |   |
| Временные зубы   | 173 (39)                                |
| Постоянные зубы  | 271 (61)                                |

Таблица 3. Процентное соотношение травмированных зубов у детей

| Вид травматического поражения                   | 13, 23, 33, 43 | 12     | 11      | 21      | 22     | 32    | 31     | 41     | 42    | 53, 63, 73, 83 | 51      | 52    | 61      | 62     | 71    | 72     | 81    | 82    | 54      |
|---|----------------|--------|---------|---------|--------|-------|--------|--------|-------|----------------|---------|-------|---------|--------|-------|--------|-------|-------|---------|
| Процент от общего числа травмированных зубов, % | 4 (1,5)        | 13 (5) | 92 (34) | 92 (34) | 19 (7) | 8 (3) | 13 (5) | 13 (5) | 8 (3) | 3 (1,5)        | 60 (35) | 9 (5) | 66 (38) | 15 (9) | 2 (1) | 10 (6) | 4 (2) | 2 (1) | 1 (0,5) |

ческого анализа постоянных и временных зубов у детского населения г.Витебска в 2004-2013 гг., нами были получены следующие данные, представленные в Таблице 1 «Динамика травматизма зубов у детей в 2004-2013 гг.», в таблице 2 «Статистический анализ травматизма зубов у детей» и в таблице 3 «Процентное соотношение травмированных зубов у детей»

#### Выводы:

1. Выявлены наиболее часто встречающиеся

виды травматических повреждений зубов: ушиб зуба и неполный вывих зуба, занимающие 24 % и 22% от общего числа поражений соответственно, наиболее часто подвергающиеся травмам зубы: 6.1 (38%) среди всех временных зубов, 1.1,2.1 (34 %) - среди постоянных.

2. Количество мальчиков из числа получивших травмы зубов составляет 71 % от общего числа детей, что в 2,45 раза превышает число девочек.

3. Доля случаев травм зубов, полученных в детском саду, школе и дома составляет 47% от общего числа травм и указывает на недостаточный контроль со стороны воспитателей, учителей и родителей за дошкольниками и младшими школьниками.

4. Определена необходимость составления и внедрения в практику рекомендаций по профилактике травм зубов у детей (в организованных группах детского сада и школы, при занятии спортом и в быту).

#### Литература:

1. Виноградова Т.Ф. (ред.). Стоматология детского возраста / под ред. Т.Ф. Виноградовой. – М.: Медицина, 1987. – 515 с.

2. Камерон А. (ред.). Справочник по детской стоматологии / под редакцией А. Камерона, Р. Уидмера. – М.: Мпресс-информ, 2010. – 350 с.

3. Терехова, Т.Н. Травматические повреждения твердых тканей зубов у детей /Т.Н. Терехова, К.А. Горбачёва // Соврем. стоматология. – 2006. – №1. – С. 22–28.

## ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИНТОВЫХ ОДНОЭТАПНЫХ МИНИ-ИМПЛАНТАТОВ RADIX

*Пышняк И.А., Кабанова А.А., Стельмаченок С.С.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** К сожалению, тенденции к уменьшению травматических повреждений челюстно-лицевой области за последние годы не наблюдается, что обуславливает значительное количество пациентов с переломами костей лица в повседневной практике врача-стоматолога-хирурга как стационарного, так и поликлинического профиля [1].

В настоящее время большинство хирургов-стоматологов выступают за соблюдение строгих, научно обоснованных и предельно индивидуализированных показаний при выборе как консервативного, так и хирургического способов лечения переломов нижней челюсти [2].

Наряду с традиционными методиками лечения переломов челюстей в последнее время применяется межчелюстная фиксация с использованием ортодонтических мини-имплантатов, что значительно упрощает иммобилизацию и облегчает пациенту проведение гигиенических процедур.

**Цель.** Изучить эффективность применения мини-имплантатов Radix при лечении травматических переломов нижней челюсти.

**Материал и методы.** В исследование были включены шесть пациентов, находящихся на стационарном лечении в стоматологическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период сентябрь-октябрь 2013г. В работе использованы ортодонтические мини-имплантаты Radix-Mini (ООО «Проекция», Минск, Беларусь).

У двух пациентов диагностирован травматический двусторонний открытый полный ангулярный перелом нижней челюсти, у одного - травматический односторонний открытый полный ангулярный перелом нижней челюсти, и у трех – травматический открытый полный центральный перелом нижней челюсти. Во всех случаях смещение отломков было незначительным. У пятерых пациентов наличие должного количества зубов-антагонистов позволило добиться фиксации прикуса следующим образом. После обработки операционного поля антисептиками проводилась местная инфильтрационная анестезия 4% раствором Артикаина. Далее проводились четыре разреза слизистой оболочки до кости с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей по переходной складке

длиной 3-4мм, между верхушками корней бокового резца и клыка с каждой стороны соответственно. С помощью портативной бормашины перфорировалась наружная кортикальная пластинка челюстей. В полученные отверстия устанавливались мини-имплантаты Radix и ввинчивались отверткой. Резиновые кольца перекидывались через верхний и нижний имплантат каждой стороны, фиксируя нижнюю челюсть в положение прикуса.

У одного пациента определена частичная вторичная адентия верхней и нижней челюсти. В данном случае имплантаты устанавливались только лишь на нижней челюсти, отступя 1,5 см от линии перелома в центральном отделе. Резиновая тяга и теменно подбородочная повязка обеспечили удовлетворительную иммобилизацию нижней челюсти. Всем пациентам назначались антибиотики, анальгетики, физиолечение.

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования определено, что использование мини-имплантатов Radix менее травматично по сравнению с операцией остеосинтеза. При этом послеоперационных осложнений выявлено не было, а фиксация прикуса была стабильной. Кроме этого, значительно облегчалась гигиена полости рта. Через 3 - 4 суток после операции пациенты были выписаны на амбулаторное лечение. Извлечение ортодонтических мини-имплантатов Radix-Mini осуществлялось через четыре недели под инфильтрационной анестезией. Во время осмотра выявлена хорошая консолидация отломков, воспалительных явлений не наблюдалось.

**Выводы.** Таким образом, можно рекомендовать к использованию ортодонтические мини-имплантаты Radix-Mini для лечения неосложненных одиночных переломов нижней челюсти без смещения или с незначительным смещением отломков, как в стационаре, так и на амбулаторном приеме. Имплантаты Radix-Mini небольших размеров, что важно для гигиены полости рта, прочны, доступны, просты в использовании. Операция фиксации отломков с их использованием технически проста, не требует сложного оборудования и больших временных затрат, тем не менее, данная методика достаточно эффективна и позволяет достичь хорошей консолидации.