

АДФ – индуцированная агрегация, скорость образования агрегатов и максимальное значение величины тромбоцитов. Еще более выраженными были показатели у больных диффузно токсическим зубом: наблюдалось ослабление тромбоцитарного компонента гемостаза (снижение общего количества тромбоцитов максимального значения величины тромбоцитов, значительное снижение скорости достижения максимального значения величины тромбоцитов и их агрегационной активности. Выводы. Наши данные подтверждают, что при дисфункции щитовидной железы наблюдается постоянное напряжение гемокоагуляционных процессов, выражающееся развитием признаков ДВС-синдрома с хроническим течением, данные изменения проявляются более глубоко у больных с диффузным токсическим зубом.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Сущенко А.В., Лепёхина О.А., Лепёхина Л.И.

*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная  
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
Министерства здравоохранения Российской  
Федерации, Воронеж, e-mail: olgastorm@inbox.ru*

Исследование проводилось с 2009 по 2011 годы в школах города Воронежа, расположенных в разных районах, и включало оценку состояния тканей десны у 1282 детей (из них 611 девочек и 671 мальчик) в возрасте от 6 до 17 лет, которые были разделены на следующие группы: I – младшая группа (6–9 лет); II – средняя группа (9–12 лет); III – старшая группа (12–17 лет). Для исследования были использованы общепринятые в пародонтологии методики.

По итогам проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

- Патология пародонта у школьников города Воронежа в различных возрастных группах встречается у 64,1–94,1% из них, что свидетельствует о неблагоприятном состоянии профилактической работы с этой категорией населения, наличии общих и местных факторов, влияющих на ее возникновение и развитие.

- Среди этиологических факторов риска ведущую роль играет плохая гигиена полости рта, аномалии зубочелюстной системы, высокая распространенность кариеса, соматические заболевания, несбалансированное питание, неблагоприятная экологическая обстановка.

- Уровень гигиенических знаний детей и их родителей требует коррекции, как и степень мотивации в сохранении стоматологического здоровья, как составной части здоровья всего организма.

- В структуре патологии тканей пародонта учащихся школ ведущее место занимает хронический катаральный гингивит (62,6%),

с возрастом увеличивается не только распространенность патологии пародонта, но и ее интенсивность. У детей старшей возрастной группы появляются признаки пародонтита (5,5%).

- Для улучшения пародонтологического статуса школьников необходима интегрированная программа взаимодействия врачей (школьных стоматологов, ортодонт, стоматологов-хирургов, педиатров, эндокринологов и др. специалистов), медицинских работников среднего звена (гигиенистов стоматологических), а также родителей учащихся и учителей.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРУКСИЗМА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Фелькер Е.В., Винокур А.В., Мисник Ю.В.

*Курский государственный медицинский  
университет, Курск, e-mail: a-milova@mail.ru*

Бруксизм – пароксизмальный скрежет зубами, возникающий вследствие спазма жевательных мышц, стискивания челюстей и их интенсивного движения относительно друг друга. Данное заболевание может возникнуть у любого человека и в любом возрасте. В основе развития бруксизма может лежать комплекс различных причин и их сочетание, и именно поэтому данное патологическое состояние изучается не только в рамках стоматологии, но также психологии, неврологии, отоларингологии, гастроэнтерологии.

**Цель исследования** – выявить распространенность бруксизма среди населения Курской области, провести анализ заболеваемости и обрабатываемости в зависимости от возраста и пола.

Исследования проведены у 116 больных, которые получали лечение в ОСП г. Курска, в возрасте от 20 до 65 лет.

К началу обследования больные находились в следующих возрастных группах: 20–29 лет – 10 (8,6%), 30–39 лет – 20 (17,2%), 40–49 лет – 35 (30,2%), 50–59 лет – 36 (31%), 60 лет и старше – 15 (12,9%).

У 42 больных (36%) были отмечены те или иные признаки бруксизма. Из них 17 (40,5%) больных отмечали, что «ночным скрежетанием» страдают с раннего детства, 18 (42,9%) имели давность появления признаков заболевания до 10 лет и только 7 больных (16,6%) – 1–2 года. 23 пациента заметили первые признаки заболевания после перенесенного стресса: сотрясение головного мозга – 31,3%, профессиональный стресс – 56%, испуг – 43,7%, инфекционное заболевание с подъемом температуры до 40°C – 31,4%, токсикоз – 23,1%, стрессы в семье – 18,6%, поступление и обучение в вузе – 4%.

В структуре основных жалоб больных бруксизмом наибольший удельный вес занимает хруст и щелканье в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) – 76%, периодические болевые ощущения в области ВНЧС – 84%,

патологическая стираемость твердых тканей зубов – 82%, кровоточивость десен и подвижность зубов – 52%, утомляемость и боль в жевательных мышцах – 48,3%, ограничение открывания рта – 4,8%, «ночное скрежетание» – 83,3% больных. При этом только 19 (45,2%) больных ранее обращались к стоматологу по поводу бруксизма.

Из отягощающих анамнез факторов отмечены: операция на щитовидной железе у 2, бронхиальная астма у 3, язва желудка у 7, сахарный диабет у 9, патология ЦНС у 2 больных, наличие наследственной отягощенности с эпилепсией отмечено у 2 больных.

#### Список литературы

1. Кубрушко Т.В., Коробкин В.А., Милова Е.В., Лунев М.А., Хайн С.С. Синдромно-сходные заболевания органов полости рта и челюстно-лицевой области // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 6. – С. 94–95.
2. Гайдарова Т.А. Бруксизм – болезнь стресса // Сибирский медицинский журнал. – 2003. – № 6. – С. 72–73.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. КУРСКА

Фелькер Е.В., Ячменева Л.А., Евдокимова Е.И.

*Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: a-milova@mail.ru*

Частичное отсутствие зубов является одним из распространенных заболеваний. По данным ВОЗ, распространенность среди населения в различных регионах земного шара достигает 75%.

Частичное отсутствие зубов непосредственным образом влияет на качество жизни пациента, обуславливая нарушение, вплоть до полной утраты, жизненно важной функции организма – пережевывания пищи, что сказывается на процессах пищеварения и поступления в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера. Не менее серьезными являются последствия для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникативных способностях пациента.

Несвоевременное лечение частичного отсутствия зубов ведет к развитию таких заболеваний зубочелюстной системы, как болезни пародонта, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, патологическая стираемость, а в отдаленной перспективе – к полной утрате зубов.

**Цель работы** – изучить распространенность и топографо-анатомические особенности частичного отсутствия зубов среди населения г. Курска.

**Материал и методы исследования.** На базе «МУЗ городская поликлиника № 6» г. Курска было проведено комплексное обследование 160 пациентов в возрасте от 21 до 50 лет. Из них 89 женщин и 71 мужчин. Исследование про-

водилось посредством опроса, анкетирования и объективного обследования.

При объективном обследовании тщательно исследовались: состояние пародонта, поражение твердых тканей зубов, дефекты зубных рядов, ортопедические конструкции. Так же для каждого пациента был посчитан индекс SBI для более точного отражения состояния пародонта. Анкета заполнялась во время обследования первичного пациента, отмечалось наличие соматической патологии, вредных привычек, профессиональных вредностей.

**Результаты и их обсуждение.** После проведенного исследования было выявлено, что среди 160 обследованных у 15% пациентов дефекты зубных рядов отсутствовали, 77% имели дефекты зубных рядов различной локализации и 8% с полным отсутствием зубов. При этом на возрастной контингент 21–40 лет приходится до 43% от всего количества пациентов с дефектами зубных рядов. Это достаточно высокий показатель, характеризующий стоматологический статус населения Курской области.

Топография дефектов зубных рядов верхней и нижней челюстей согласно классификации Кеннеди представлена следующим образом: на нижней челюсти: I класс (двусторонний дистально неограниченный дефект) – 23,25%, II класс (односторонний дистально неограниченный дефект) – 18,36%, III класс (односторонний дистально ограниченный дефект) – 22,44%, IV класс (дефект во фронтальном отделе) – 15,3%; на верхней челюсти: I класс – 19,38%, II класс – 17,37%, III класс – 21,45%, IV класс – 15,3%. Таким образом, можно говорить о преобладании дефектов зубных рядов связанных с отсутствием прежде всего жевательных зубов. Этот факт напрямую сказывается на эффективности пережевывания пищи.

Потеря жевательных зубов нижней челюсти в наибольшей степени снижает эффективность жевания и как следствие способствует возникновению или отягощает патологию со стороны желудочно-кишечного тракта. По данным анкетирования у 63% исследуемых с частичным отсутствием зубов имелись те или иные проявления заболеваний желудочно-кишечного тракта. Рациональное протезирование в этом случае необходимо считать обязательным этапом лечения и заболеваний желудочно-кишечного тракта.

#### Список литературы

1. Кубрушко Т.В., Коробкин В.А., Милова Е.В., Лунев М.А., Хайн С.С. Синдромно-сходные заболевания органов полости рта и челюстно-лицевой области // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 6. – С. 94–95.
2. Рыжова И.П., Милова Е.В. Результаты комплексной подготовки тканей протезного ложа к ортопедическому лечению съемными конструкциями зубных протезов // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 45–47.
3. Рыжова И.П., Милова Е.В. Результаты комплексной подготовки опорных тканей протезного ложа к рациональному ортопедическому лечению // Вестник развития науки и образования. – 2010. – № 1. – С. 14–19.