

## Содержание

Введение .....	5
<b>Глава 1.</b> Проблемные вопросы медицинского освидетельствования в связи со стоматологической патологией .....	6
<b>Глава 2.</b> Встречаемость зубочелюстных аномалий у юношей, проживающих в мегаполисе и его регионах .....	10
<b>Глава 3.</b> Зубочелюстные аномалии у абитуриентов и курсантов высших военных учебных учреждений .....	15
<b>Глава 4.</b> Стоматологическое здоровье военнослужащих и их нуждаемость в зубопротезной и ортодонтической помощи .....	22
<b>Глава 5.</b> Особенности обследования и медицинского освидетельствования граждан при постановке на воинский учёт, призыве на военную службу и поступающих в военно-учебные учреждения, при наличии у них зубочелюстных аномалий .....	32
<b>Глава 6.</b> Профилактика рецидива зубочелюстных аномалий у военнослужащих .....	39
Заключение .....	45
Февралина Яковлевна Хорошилкина и ее вклад в развитие научных и прикладных вопросов ортодонтии .....	46
Тестовое задание .....	53
Список рекомендуемой литературы .....	58

## Введение

Важнейшей составляющей в подготовке офицеров и рядового состава Вооруженных сил Российской Федерации, способных противостоять современным вызовам и угрозам национальной безопасности государства, является отбор на военную службу только граждан, отвечающих установленным требованиям к состоянию здоровья. Этому вопросу в настоящее время уделяется большое внимание, так как Президент РФ Владимир Владимирович Путин в ноябре 2013 года отмечал, что система высшего военного образования, подготовка офицерских кадров являются фундаментом Вооружённых Сил, который должен быть надёжным, прочным, отвечающим требованиям времени и рассчитанным, что очень важно, на перспективу.

В конце XX века в Российской Федерации профилактические принципы в стоматологии отошли на второй план, а на первое место вышли замещающие технологии [А.К. Иорданишвили, 2000, 2007]. В связи с этим ряд специалистов предсказывали, что в начале XXI века в России следует ожидать увеличения потребности подросткового и молодого населения нашей страны в различных видах стоматологической помощи, в том числе и ортодонтической [Ф.Я. Хорошилкина, 2006].

В середине 90-х годов XX века санация полости рта подростков и молодых людей, особенно призывного возраста, была возложена на стоматологические поликлиники для взрослого населения, хотя ранее осуществлялась в детских стоматологических лечебно-профилактических учреждениях. Результатом этого стало значительное снижение качественных показателей стоматологической помощи подростковому населению. Так, например, по г. Санкт-Петербургу, согласно опубликованным данным, показатель числа леченных постоянных зубов к числу удалённых постоянных зубов у детей до 14 лет составил в 1993 году 25 : 1, в то время как в 1990 году значение этого показателя было 64 : 1 [А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский, 1998]. Существенно в те годы изменился и другой, качественный показатель оказания стоматологической помощи детям и подросткам – соотношение числа зубов, леченных по поводу неосложнённых форм кариеса, к числу зубов, леченных по поводу осложнённых форм кариеса. По г. Санкт-Петербургу у детей до 14 лет в 1991 году этот показатель составил 14 : 1, а в 1994 году – 1 : 1 [А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский, 2004]. Эти данные убедительно



менее 60%, может косвенно говорить о качестве работы военно-врачебных комиссий в аспекте медицинского освидетельствования призывников и абитуриентов на местах и в высших военных учебных учреждениях Министерства обороны Российской Федерации.

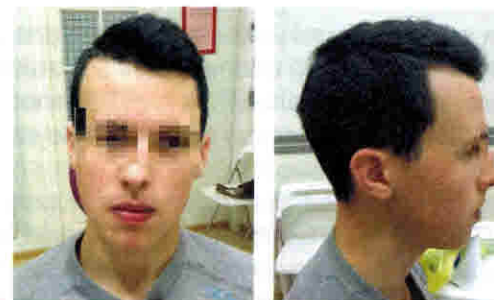
## ГЛАВА 2.

### Встречаемость зубочелюстных аномалий у юношей, проживающих в мегаполисе и его регионах

Известно, что подавляющее большинство юношей в Российской Федерации должны проходить воинскую службу в Вооруженных силах по призыву или по контракту. Важным аспектом при оценке стоматологического здоровья юношей является наличие у них зубочелюстных аномалий (ЗЧА), которые могут препятствовать прохождению военной службы и являться препятствием для поступления в высшие военные учебные учреждения. Поэтому с практической точки зрения важно знать частоту встречаемости ЗЧА у допризывников, призывников и молодых людей, готовящихся к поступлению в ВВУУ.



Пациент К., 17 лет, абитуриент. Дистальный, глубокий прикус, II класс, II подкласс по Энглию, щель по сагиттали 3 мм, глубина резцового перекрытия более 2/3, скученность зубов, дефицит места во фронтальном отделе на верхней челюсти, жевательная эффективность более 60%



Пациент П., 17 лет, абитуриент. Двусторонний перекрестный прикус, I класс по Энглию, двустороннее сужение верхней челюсти, диастема, ротовое дыхание вследствие вредной привычки, жевательная эффективность более 60%

В ходе клинического исследования и осмотра 2854 молодых людей (юношей) призывников в возрасте от 17 до 21 года, проживающих в городе Санкт-Петербурге (1960 чел.) и Ленинградской области (894 чел.) (рис. 1), получены сведения о частоте встречаемости основных зубочелюстных аномалий у лиц, проживающих в мегаполисе и его регионах.

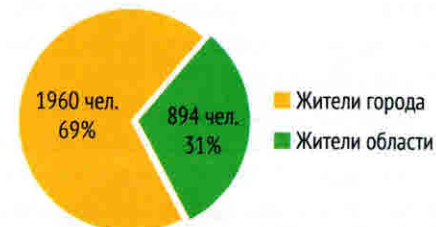


Рис. 1. Характеристика осмотренных юношей

Необходимость в ортодонтическом лечении оценивалась с помощью индекса DAI (Dental Aesthetic Index), предложенного в 1986 году в медицинском колледже университета штата Айова. Он предназначен для быстрого определения наличия и ориентировочной оценки выраженности зубочелюстных аномалий.



Таким образом, среди абитуриентов в настоящее время сохраняется высокая частота встречаемости зубочелюстных аномалий, в том числе высокой степени их тяжести, что является препятствием к поступлению в высшие военные учебные заведения, хотя ряд из них и находятся на этапе ортодонтического лечения с использованием несъемной ортодонтической аппаратуры.

Следует подчеркнуть, что достоверных различий в частоте встречаемости различных видов ЗЧА у абитуриентов в зависимости от места их постоянного проживания не установлено ( $p \geq 0,05$ ). Необходимо также отметить наличие определенного количества абитуриентов, имеющих ЗЧА третьей степени тяжести при нарушении функции жевания более 60%, что свидетельствует о дефектах работы военно-врачебных комиссий, которые призваны заниматься освидетельствованием молодых людей, что очевидно связано с тем, что врачи стоматологи-ортодонты не принимают участия в работе таких комиссий. Такие комиссии обычно функционируют при районных военных комиссариатах, а также сборных призывных пунктах. В решении этого вопроса на современном этапе военного здравоохранения могут помочь телеконсультации с врачами стоматологами-ортодонтами, которые будут проводиться во время медицинского освидетельствования молодых людей и во время работы военно-врачебных комиссий.

## ГЛАВА 4.

### Стоматологическое здоровье военнослужащих и их нуждаемость в зубопротезной и ортодонтической помощи

В последние годы повысилось число военнослужащих, уделяющих большое внимание своему стоматологическому здоровью. Это относится не только к эстетическому восстановлению формы и размеров зубов при терапевтической стоматологической помощи, но и к эстетическому стоматологическому ортопедическому лечению, а также эстетике и нормализации прикуса.

В то же время изучение встречаемости зубочелюстных аномалий у военнослужащих по контракту, а также исследования по их нуждаемости в оказании стоматологической ортопедической помощи практически не проводились и фрагментарно представлены в еди-

ничных публикациях [А.К. Иорданишвили, 1994, 1998, 2011]. В связи с этим прикладной интерес представляют сведения о нуждаемости военнослужащих по контракту в зубопротезной и ортодонтической помощи.

Анализ стоматологического здоровья 260 мужчин в возрасте от 25 до 45 лет, являвшихся военнослужащими по контракту (офицеры сухопутных войск) Министерства обороны Российской Федерации, которые постоянно проживали на территории Северо-Западного Федерального округа России, показал, что 81 человек (31,2%) из них не имели дефектов зубных рядов. Остальные 179 (68,8%) человек имели как включенные, так и концевые дефекты зубных рядов верхней и нижней челюстей (рис. 13).

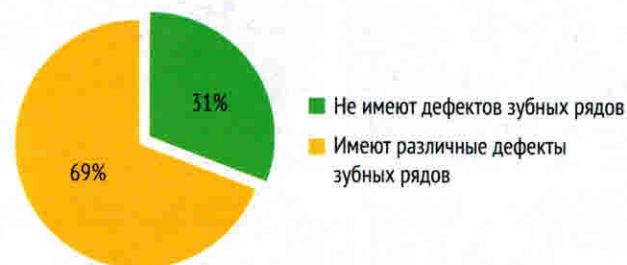


Рис. 13. Характеристика обследованных офицеров, %

Среди них дефекты I класса челюстей по Кеннеди (двухсторонние концевые дефекты) имели 18 (6,9%) человек. Концевой дефект на одной или обеих челюстях (II класс по Кеннеди) имели 43 (16,5%) человека. Включенные дефекты зубных рядов в боковых отделах челюстей (III класс по Кеннеди) выявлены у 39 (15,0%) человек. Включенные дефекты челюстей в передних участках зубных рядов (IV класс по Кеннеди) определялись только у 2 (0,8%) человек из осмотренных военнослужащих.

Среди военнослужащих, имеющих различные дефекты зубных рядов челюстей, в том числе и у тех, у которых эти дефекты были замещены зубными протезами, у 85 (47,5%) человек отмечены деформации зубных рядов, которые требовали устранения при зубном протезировании или при повторном изготовлении им зубных протезов. У 94 (52,5%) человек, имеющих дефекты зубных рядов, деформации окклюзионной кривой, а также деформации зубных рядов не были диагностированы.



Пациент А., 34 года, офицер. Дистальный глубокий прикус, II класс, отсутствие 14, 15, 16, 17, 25, 36, 46 зубов. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава справа и слева. I степень тяжести, жевательная эффективность 60%



Тот же пациент на этапе ортодонтической подготовки к протезированию зубов



Пациент Д., 36 лет, военнослужащий по контракту. Глубокий прикус, I класс, отсутствие 15, 16, 23, 24, 25, 26, 36, 45, 46, 47 зубов. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава справа и слева. I степень тяжести, жевательная эффективность менее 60%



В то же время выявление зубочелюстных аномалий (ЗЧА) у молодых лиц, поступающих на военную службу по призыву или контракту, в ВУУ или образовательные учреждения среднего (полного) общего образования с дополнительными образовательными программами, имеющими целью военную подготовку несовершеннолетних граждан (суворовские военные, нахимовские военно-морские училища, кадетские (морские кадетские) корпуса и др.), является важной задачей военно-врачебной экспертизы в мирное время [А.К. Иорданишвили, Л.Н. Солдатова, 2016]. Это обуславливается тем, что граждане при первоначальной постановке на воинский учёт, призыве на военную службу, поступлении на военную службу по контракту (призыву) часто признаются негодными к военной службе или направляются на лечение [Л.Н. Солдатова, А.К. Иорданишвили, 2016]. Следует подчеркнуть, что после проведенного лечения лица освидетельствуются повторно, а при неудовлетворительном результате хирургического лечения, а также в сроки до шести месяцев после операций по поводу ЗЧА, они признаются временно негодными к военной службе.

Наличие у граждан ЗЧА I степени (смещение зубных рядов до 5 мм включительно) не препятствует прохождению военной службы, а также поступлению в военно-учебные учреждения и училища. При аномалиях прикуса II–III степени с разобщением прикуса более 5 мм или жевательной эффективностью менее 60 процентов по Н.И. Агпову, а также ЗЧА II степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью менее 60 процентов по Н.И. Агпову, или при ЗЧА II степени с разобщением прикуса более 10 мм (без учёта жевательной эффективности), а также при ЗЧА II степени с разобщением прикуса от 5 до 10 мм с жевательной эффективностью 60 и более процентов, заключение о категории годности к военной службе военно-врачебные комиссии выносят с учётом ряда факторов. В частности учитываются степень нарушения функций дыхания, обоняния, жевания, глотания и речи, а также соответствующие графы (I–IV) расписания болезней, исходя из категории граждан, проходящих медицинское освидетельствование, а именно: первоначальная постановка на воинский учёт или призыв на военную службу при прохождении военнослужащими военной службы по призыву или контракту (в том числе для офицеров запаса, не проходивших военную службу, при призыве их на военную службу и военные сборы), а также для граждан, предназначенных для прохождения военной службы на подводных лодках.

Необходимо подчеркнуть, что до настоящего времени не проводилась оценка качества медицинского освидетельствования граждан при прохождении ими военно-врачебной экспертизы на предмет выявления ЗЧА. Кроме того, следует отметить, что согласно Приказу Министра обороны Российской Федерации №505 от 07.09.2015 года «О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных силах Российской Федерации», изданному в соответствии с действующим постановлением Правительства Российской Федерации №565 от 04.07.2013 года «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе», при медицинском освидетельствовании граждан, кроме методов исследования, приведённых в расписании болезней, допускается использование более информативных методов. В то же время используемые при проведении военно-врачебной экспертизы методы выявления и оценки степени тяжести ЗЧА практически не изучались.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить наличие определённого количества призывников и абитуриентов, имеющих ЗЧА третьей степени тяжести при нарушении функции жевания более 60% [А.К. Иорданишвили, Л.Н. Солдатова, К.А. Керимханов, 2016], что свидетельствует о дефектах работы военно-врачебных комиссий, которые призваны заниматься освидетельствованием молодых людей. Это очевидно связано с тем, что врачи стоматологи-ортодонты не принимают участия в работе военно-врачебных комиссий. Такие комиссии обычно функционируют при районных военных комиссариатах, а также сборных призывных пунктах. Помочь в решении этого вопроса на современном этапе военного здравоохранения могут телеконсультации с врачами стоматологами-ортодонтами [Н.М. Багненко, А.С. Багненко, Л.Н. Солдатова, А.К. Иорданишвили, 2015], которые могут проводиться во время медицинского освидетельствования молодых людей и работы военно-врачебных комиссий.

## ГЛАВА 6.

### Профилактика рецидива зубочелюстных аномалий у военнослужащих

По завершении ортодонтического лечения, а именно его активного периода лечения, во время которого осуществляется устранение зубочелюстных аномалий, необходим период ретенции. Известно,



что благодаря эластическому укреплению зубов в альвеолах челюстей и упругости костной ткани челюстей после выключения действующей силы ортодонтического аппарата, в том числе ретенционного, костная ткань челюстей и зубы имеют известную тенденцию принимать прежнюю форму и положение. В таких случаях говорят о возникновении рецидива зубочелюстной аномалии. Считается, что ретенция вообще не нужна, если зуб перемещается медленно и в новом положении зуб (группа зубов) находится в стойкой окклюзии. В последние 15–20 лет в стоматологической практике, в том числе для лечения курсантов высших военных учебных учреждений и военнослужащих, в целях устранения зубочелюстных аномалий широко применяется несъемная ортодонтическая аппаратура – брекет-системы (эдж-айс-техника). Их использование весьма эффективно, существенно сокращает сроки периода активного ортодонтического лечения. В то же время известно, что чем медленнее проводится активное лечение и продолжительнее этот период ортодонтического лечения, тем короче может быть ретенционный период, и наоборот. Это обстоятельство объясняется тем, что в ортодонтии при действии слабой силы не достигается быстрого изменения формы и положения зубов, зубных рядов и костной ткани челюстей. Поэтому непосредственно во время активного периода ортодонтического лечения происходит интенсивная перестройка костной ткани челюстей и периодонта, что сокращает продолжительность периода ретенции. Считается, что ретенционный период должен быть в два раза продолжительнее, чем период активного ортодонтического лечения [Ф.Я. Хорошилкина, 2000; Л.С. Персин]. В то же время при устранении зубочелюстных аномалий у молодых людей и лиц зрелого возраста ряд специалистов упоминают о «пожизненном» ретенционном периоде ортодонтического лечения [А.К. Иорданишвили, Л.Н. Солдатова, 2015]. Таким образом, в современных условиях при использовании современной несъемной ортодонтической аппаратуры ретенционный период ортодонтического лечения, в том числе у военнослужащих молодого возраста, должен быть весьма продолжительным. В то же время военнослужащие обычно начинают активный период ортодонтического лечения, будучи курсантами высших военных учебных учреждений. По окончании последних военнослужащие назначаются на различные военные должности, и их военная служба, как правило, проходит вдали от военно-медицинских учреждений или лечебно-профилактических учреждений здравоохранения, на базе которых работают врачи стоматологи-ортодонты.

Изучение причин и частоты возникновения рецидивов ортодонтического лечения у военнослужащих является актуальной задачей военной стоматологии.

В конце 2016 года была изучена частота встречаемости рецидивов зубочелюстных аномалий у военнослужащих и разработаны рекомендации по профилактике их возникновения [А.К. Иорданишвили, Л.Н. Солдатова, 2015]. Под динамическим наблюдением авторов в течение 3–4 лет находились 310 военнослужащих (офицеров) – мужчин молодого возраста (от 20 до 27 лет), постоянно проживающих на территории России, которым во время обучения в высших военных учебных учреждениях Министерства обороны Российской Федерации был успешно завершён активный период ортодонтического лечения с применением современной несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы).

Все военнослужащие, находящиеся на динамическом наблюдении, были разделены на три группы. У пациентов первой группы (120 (38,71%) человек) с целью обеспечения ретенции зубов после активного периода ортодонтического лечения были использованы несъемные проволочные лингвальные ретейнеры (рис. 17).



**Рис. 17.** Общий вид лингвального ретейнера на фронтальных зубах верхней челюсти

У пациентов второй группы (86 (27,74%) человек) для целей обеспечения ретенции зубов после активного периода ортодонтического лечения использовались съёмные индивидуальные ретенционные аппараты (назубные каппы). Для целей ретенции у пациентов третьей группы (104 (35,55%) человека) одновременно использовались несъемные проволочные лингвальные ретейнеры и съёмные индивидуальные ретенционные аппараты или назубные каппы (рис. 18).