

граммы STATISTICA 10.0 (результаты представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного диапазона ([Q1-Q3])).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что рационы питания детей младшего школьного возраста были обеднены по содержанию ряда водорастворимых витаминов. Так, потребление витамина B₅ было равно 2,908 [2,797-4,168] мг/сут, в то время как рекомендуемая норма составляет 3,0-5,0 мг/сут. Количество витамина B₆ было равно 1,068 [0,963-1,195] мг/сут, при установленном нормативе 1,5-2,0 мг/сут. Потребление витамина B₉ составило 111,0 [110,265-145,769] мкг/сут, в сравнении с нормой 200,0-400,0 мкг в сутки. Содержание витамина B₁₂ в пищевых рационах было на уровне 1,780 [1,390-2,511] мкг/сут, при рекомендуемом значении 2,0-3,0 мкг/сут. Потребляемое количество витамина С составило 66,56 [58,195-68,7] мг/сут, в сравнении со значением норматива 60,0-90,0 мг в сутки. Содержание витамина РР в пищевых рационах было равно 13,679 [12,335-15,228] мг/сут, при значении норматива 15,0-20,0 мг в сутки.

Выводы. Таким образом, при гигиенической оценке витаминной обеспеченности рационов диетического питания детей младшего школьного возраста, находившихся на стационарном лечении, было установлено, что они содержали пониженное количество ряда водорастворимых витаминов.

Список литературы

1. Селиванова Т.В. К проблеме медицинского контроля лечебного (диетического) питания в современных организациях здравоохранения Республики Беларусь // Вопросы питания. 2018. Т. 87, № 55. С. 115-116.
2. Хамидова Р.Р. Диетотерапия как научно-обоснованная система организации питания в стационаре // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. 2015. № 9-3. С. 22-25.
3. Тутельян В.А., Шарафетдинов Х.Х., Погожева А.В. Анализ нормативно-методической базы по организации лечебного питания в медицинских организациях РФ // Вопросы питания. 2013. № 3. С. 19-29.

МИКРОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ

Сергиенко Е.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: sergienkoegor@yandex.ru

Актуальность работы: С развитием современного общества на смену традиционному рациону питания приходят новые сильно обработанные продукты, богатые простыми углеводами и бедные грубой клетчаткой. Это нарушает кислотно-основной баланс ротовой жидкости и вместе с низким качеством гигиены зубов приводит к развитию кариеса и нарушениям зубочелюстной системы. При этом длительность такого воздействия только ухудшает ситуацию и увеличивает масштаб стоматологического вмешательства. Поэтому актуальность данной области медицины достаточно высока.

Цель работы: обобщить данные об особенностях микропротезирования в ортопедической стоматологии.

Методы и материалы: учебная и научная литература, их анализ и интерпретация.

Результаты: Современная стоматология предполагает широкий спектр манипуляций в достижении необходимого результата в борьбе с патологией твердых тканей зубов. Эти методы можно условно разделить по масштабу поражения. Для такой дифференцировки создан индекс окклюзионной разрушенности зуба (ИРОПЗ), который означает отношение площади кариеса к площади окклюзионной поверхности. Для каждого его значения подбирается определённый тип лечения:

- 0-0,3 – показано лечение пломбирочным материалом
- 0,3-0,6 – лечение вкладкой
- 0,6-0,8 – применение коронок
- 0,8-1,0 – использование штифтовых конструкций [1, с.212].

В любом случае результат работы стоматолога и зубного техника должен:

- препятствовать прогрессированию патологии
- восстанавливать функцию жевания и речеобразования
- обладать эстетичным и естественным внешним видом
- не разобщать зубной ряд и быть в правильном контакте с зубами-антагонистами

В данной статье хотелось бы остановиться на ситуациях, когда ИРОПЗ составляет 0,3-0,6. Вкладка – несъемный микропротез, фиксируемый на цемент с окклюзионной поверхности и восстанавливающий эстетику, функцию жевания и глотания. Материалом для их изготовления служат пластмасса, композит, керамика или же титан, но редко. По конструкции вкладки делят на: inlay, onlay, overlay и pinlay [1, с. 257].

Вкладки Inlay располагаются центрально, в естественных углублениях и не затрагивают бугорков зуба. Препарирование начинают с раскрытия фиссур. Для профилактики вторичного кариеса производят профилактическое расширение полости фиссурным бором. Им же формируют боковые стенки с дивергенцией 3–6°. Если планируется безметалловая конструкция, то используют боры с закругленными гранями для скругления перехода боковых стенок в пульпарную. Для металлических вкладок создают окклюзионный скос пламевидным бором. Дно полости выравнивают бором с торцевым напылением. Для увеличения ретенции формируют элементы в виде «ласточкиного хвоста». В случае если кариесом поражается контактная поверхность, то полость под вкладку формируют по 2-му классу, с иссечением апроксимальной стенки, удалением контактного пункта и созданием придесневой стенки. В случае когда

от края полости до вершины бугорка остается менее его 1/3, то следует отдать предпочтение вкладкам Inlay и Overlay [2, с. 74].

Вкладки Inlay затрагивают внутренний скат бугорков в виде накладки. Методика схожа с предыдущим типом, однако в начале препарирования следует сошлифовать внутреннюю часть бугорка. Для этого цилиндрическим бором создают маркировочные борозды, располагая его параллельно поверхности и частично погружая в твердые ткани. Затем этим же бором их соединяют. Далее последовательность препарирования аналогичная с типом Inlay [2, с. 77].

Вкладки Overlay перекрывают до 3 бугорков и выходят на наружный скат. При этом сошлифовывается вестибулярная поверхность с формированием уступа шириной 1 мм на уровне экватора. Препарирования начинают с создания маркировочных борозд фиссурным бором на внутреннем скате глубиной 1,5 мм для опорного и 1 мм для защитного бугорка. При переходе на щечную поверхность глубина уменьшается до 0,5 мм. Далее борозды уменьшаются с 2 мм в апикальном направлении до уступа на вестибулярной поверхности. Он должен проходить от медиального до дистального края зуба. Далее маркировочные борозды соединяют, сохраняя при этом естественный рельеф. Тем же бором создают перешеек между вестибулярными и оральными буграми, формируя ящикообразную полость. Далее препарировать апроксимальные перешейки таким образом, чтобы придесневые стенки были приблизительно 1 мм. Боковые стенки полости должны дивергировать 3 до 12°, а медиальные и дистальные стенки бугров немного конвергировать. Далее выравнивают дно полости торцевым бором и формируют скос эмали для металлической вкладки [2, с. 82].

Вкладки Pinlay восстанавливают дефект и дополнительно фиксируются в твердых тканях с помощью парапульпарных штифтов. Особенностью подготовки полости в данном случае является создание каналов для штифтов. Для этого шаровидным бором намечают ориентиры и затем твердосплавным конусовидным фор-

мируют углубления длиной 2-3 мм и шириной около 0,6 мм. Обязательно сформированные каналы должны быть параллельны. Для препарирования также применяют специальные сверла, а шаровидным бором большего диаметра по краю созданного канала делается скос, который облегчает введение штифта в канал и лучше фиксирует его в реставрации [2, с. 85]. Окончательным этапом формирования полости под вышеперечисленные типы вкладок является финишное и сглаживание острых углов.

Далее врач-стоматолог определяется с методом изготовления. При прямом методе вкладка моделируется в ротовой полости, затем воск в зуботехнической лаборатории заменяется на необходимый материал. Такой метод утомителен для пациента, однако позволяет получить более точную конструкцию с правильными окклюзионными контактами. При непрямом методе врач делает оттиск отпрепарированного зуба и последующая моделировка и изготовление вкладки происходит в лаборатории на гипсовой модели [3, с. 193].

Таким образом, вкладку можно сравнить с пломбой, выполненной в лабораторных условиях, когда она вводится в полость не в пластичном, а в твердом состоянии. Этот вид микропротеза обеспечивает:

- точное краевое прилегание без риска развития рецидива кариеса
- прочное восстановление контактных пунктов и бугорков
- стабильность цвета на большом промежутке времени
- большую износоустойчивость и долговечность [3, с. 194].

Список литературы

1. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология: учебник для студ. вузов // МЕДпресс-информ, Москва 2003. – 496 с.
2. Арутюнов С.Д. Одонтотрепарирование при восстановлении дефектов твердых тканей зубов вкладками // Молодая гвардия, Москва 2007. – 136 с.
3. Пропедевтическая стоматология: учебник / Э.С. Калывраджиян, Е.А. Брагин, С.И. Абакаров, С.Е. Жолудев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 351 с.

Педагогические науки

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА ПРЕДМЕТНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ В КОУ «СУРГУТСКАЯ ШКОЛА С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКОЙ»

Валах Е.В., Ротова Н.А.

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Сургутский государственный педагогический университет, Сургут, e-mail: office@surgpu.ru

Проведен анализ содержания этапов организации мониторинга в КОУ «Сургутская школа

с профессиональной подготовкой». Выявлены проблемы существующей системы оценивания предметных результатов обучающихся с умственной отсталостью и рассмотрены оптимальные пути их решения.

С введением Федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) изменились цели образования, содержание, технологии, средства обучения обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), а также поменялись требования к предметным,