

Анализ распространенности и эффективности лечения клиновидных дефектов

О.В. Башарова

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Распространенность клиновидных дефектов остается высокой. Особенностью терапевтического лечения данного вида некариозных поражений твердых тканей зубов является повышенный риск выпадения пломбы, развития вокруг пломбы вторичного дефекта, прогрессирования развития клиновидного дефекта. Поэтому поиск новых методов диагностики, лечения и профилактики клиновидных дефектов остается актуальным вопросом современной стоматологии.

Цель работы: оценить распространенность клиновидных дефектов зубов и эффективность комплексного комбинированного воздействия на ткани зуба при некариозных поражениях твердых тканей зубов.

Материалы и методы. Было обследовано 942 пациента в возрасте от 35 до 44 лет. Всем им было проведено стоматологическое обследование согласно рекомендациям ВОЗ, анкетирование и аппаратные методики обследования.

Результаты. В результате стоматологического обследования клиновидный дефект был выявлен у 324 обследованных пациентов, что составило 34,4%. На момент обращения пациенты с выявленными клиновидными дефектами I и II стадии развития предъявляли жалобы на: эстетическую неудовлетворенность (11%), боль время употребления пищи (47%), боль во время чистки зубов (54%). По результатам обследования до лечения объемная скорость кровотока в группе с высокой степенью тревожности была меньше в 1,9 раз по сравнению с группой с низкой степенью тревожности. Амплитуда жевательных и височных мышц в покое у пациентов с высокой степенью тревожности была в 1,8 раза выше, чем у пациентов с низкой степенью тревожности.

Заключение. После одномесячного курса лечения предложенным нами комбинированным методом показатели систолической объемной скорости кровотока, средней амплитуды жевательной и височной мышц в покое у пациентов с высокой тревожностью стали сопоставимы с показателями контрольной группы.

Ключевые слова: клиновидный дефект, дефект зубов, электромиография, доплерография, реминерализация.

Для цитирования: Башарова ОВ. Анализ распространенности и эффективности лечения клиновидных дефектов. *Стоматология детского возраста и профилактика.* 2023;23(3):296-301. DOI: 10.33925/1683-3031-2023-633.

Analysis of wedge-shaped defects' prevalence and treatment effectiveness

O.V. Basharova

Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. Relevance. The prevalence of wedge-shaped defects remains high. The increased risk of the filling falling out, the development of a secondary defect around the filling, and the progression of the wedge-shaped defect development are characteristic of the operative treatment of this type of hard dental tissue non-carious lesions. Therefore, the search for new methods of diagnosis, treatment and prevention of wedge-shaped defects remains relevant in modern dentistry.

Purpose. The study aimed to evaluate the prevalence of wedge-shaped dental defects and assess the effectiveness of a complex combined effect on dental tissues in non-carious lesions of hard dental tissues.

Material and methods. We examined 942 patients aged 35 to 44 years. All underwent a dental examination, according to the WHO recommendations, questionnaire and instrumental diagnosis.

Results. The dental examination detected wedge-shaped defects in 324 examined patients (34.4%). Upon presentation, patients with revealed stage I and II wedge-shaped defects complained of aesthetic dissatisfaction (11%), pain when eating (47%), and pain on brushing teeth (54%). According to the examination results before treatment, the volumetric blood flow velocity was 1.9 times lower in the group with a high degree of anxiety than in the group with a low degree of anxiety. The amplitude of the masticatory and temporal muscles at rest was 1.8 times higher in patients with a high anxiety degree than in patients with a low degree of anxiety.

Conclusion. After a one-month course of treatment with the combined method proposed by us, the indicators of systolic volumetric blood flow velocity and the average amplitude of the masticatory and temporal muscles at rest in patients with high anxiety became comparable to those of the control group.

Keywords: wedge-shaped defect, tooth defect, electromyography, Doppler ultrasound, remineralization.

For citation: Basharova OV. Analysis of wedge-shaped defects' prevalence and treatment effectiveness. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2023;23(3):296-301 (In Russ.). DOI: 10.33925/1683-3031-2023-633.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время распространенность некариозных поражений твердых тканей зубов среди населения молодого возраста остается высокой, и продолжается поиск новых способов профилактики и лечения заболеваний данной группы [1]. При этом распространенность клиновидных дефектов зубов среди населения Российской Федерации составляет, по данным ряда авторов, до 34% [2]. В современной научной литературе исследователи указывают несколько причин развития клиновидного дефекта зуба в пришеечной области, в том числе агрессивная чистка зубов, воздействие кислот на твердые ткани зуба, окклюзионные перегрузки, бруксизм и другие травмирующие факторы [3]. В ходе последних научных работ авторы прослеживают взаимосвязь развития клиновидных дефектов при окклюзионной перегрузке зубов, в том числе связанной с психоэмоциональным перенапряжением и стрессом [4, 5].

Ряд авторов провел исследования структуры твердых тканей зубов с клиновидным дефектом, по результатам которых были сделаны выводы, что в пришеечной области микротвердость дентина зубов с клиновидным дефектом оказалась выше на 3,5% чем в зубах с пришеечным кариесом, и на 12%, чем в интактных зубах [6]. Данные показатели свидетельствуют о структурной перестройке твердых тканей зуба с наличием клиновидного дефекта, что способствует изменению методик лечения клиновидных дефектов твердых тканей зубов в зависимости от их формы, выраженности и сопутствующих заболеваний [7]. При лечении клиновидных дефектов III и IV стадий развития используются стеклоиномерные цементы и композитные материалы, специальные методики препарирования и формирования полостей, защиты десны [8]. В протоколах лечения клиновидных дефектов I и II стадий развития используются препараты для реминерализации эмали, снижения чувствительности зубов, методики чистки зубов мягкими зубными щетками [9]. Особенностью терапевтического лечения данного вида некариозных поражений твердых тканей зубов является повышенный риск выпадения пломбы, развития вокруг пломбы вторичного дефекта, прогрессирования развития клиновидного дефекта [10]. Поэтому поиск новых методов диагностики, лечения и профилактики клиновидных дефектов остается актуальным вопросом современной стоматологии.

Цель работы: оценить распространенность клиновидных дефектов зубов и эффективность комплекс-

ного комбинированного лечения на ткани зуба при клиновидных дефектах твердых тканей зубов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было проведено в период с 2018 по 2020 год на базе кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, в научной лаборатории БГМУ. Нами было обследовано 942 пациента в возрасте от 35 до 44 лет. Всем им было проведено стоматологическое обследование согласно рекомендациям ВОЗ, анкетирование и аппаратные методики обследования.

Для оценки стадии развития клиновидного дефекта использовали классификацию М. И. Грошикова, включая в группы исследования пациентов с I и II стадиями развития клиновидных дефектов твердых тканей зубов.

Психоэмоциональное состояние оценивалось методикой определения стрессоустойчивости опросником Спилберга – Ханина.

По результатам анкетирования все обследованные лица были разделены на три группы в зависимости от уровня тревожности:

– 1-я группа (226 человек) – пациенты с низкой тревожностью. Из этой группы методом слепого случайного выбора была сформирована контрольная группа из 50 пациентов без клиновидных дефектов и выраженных аномалий прикуса.

– 2-я группа (374 человека) – пациенты с умеренной тревожностью. Из них 79 человек составили I группу лечения, куда вошли пациенты с клиновидными дефектами I и II стадии развития без патологии прикуса.

– 3-я группа (342 человека) – пациенты с высокой тревожностью. Из них 151 человек составил II группу лечения, куда вошли пациенты с клиновидными дефектами I и II стадии развития без патологии прикуса.

После анкетирования, сбора жалоб, опроса и стандартного стоматологического осмотра, проведения инструментального обследования зубных рядов проводилась оценка гемодинамики пульпы зубов с помощью аппарата «Минимакс-Допплер-К». Показатели гемодинамики пульпы зубов определяли методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ), использовали датчик с рабочей частотой 25 МГц, рабочим диаметром 1,5 мм на аппарате «Минимакс-Допплер-К» фирмы «СП Минимакс». Для оценки состояния гемодинамики пульпы зуба применяли специальный датчик с непрерывным ультразвуковым сигналом частотой 10 МГц, который располагали в области шеек зубов с вестибулярной стороны. Кровоток в пульпе зуба оценивали с учетом качественных и количественных

характеристик. Для объективизации УЗДГ показатели мы снимали с одной и той же группы зубов у каждого обследованного: клык, первый премоляр и первый моляр верхней челюсти справа и слева. Выбранные нами зубы не были поражены кариесом, ранее не леченные.

Проводилось обследование мышц жевательной группы методом биполярной электромиографии с использованием электромиографа «Синапсис» (фирмы «Нейротех»), при этом с двух сторон фиксировали на кожу в проекции собственно жевательной и височной мышц. Оценивали амплитуду в мкВ и время сокращений в секундах в состоянии покоя и в нагрузке при функциональной пробе (жевание 0,8 г ореха фундука).

Статистическую обработку полученных данных проводили с применением программного пакета SigmaPlot. Сравнение выборок проводили с использованием критерия Манна – Уитни и с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Достоверными считали данные со значением $p < 0,05$.

Критерии включения в исследование:

1) Согласие на участие в исследовании, подписание информированного добровольного согласия.

2) Возраст от 35 до 44 лет.

3) Отсутствие соматических заболеваний.

4) Отсутствие аллергии в анамнезе.

Критерии исключения из исследования:

1) Отказ от исследования.

После оценки психоэмоционального состояния, исключения из группы лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями, клиновидными дефектами III и IV стадии развития была сформирована группа лечения из 230 человек. Им проводили лечение по запатентованной нами методике (патент №210397 Российская Федерация, дата госрегистрации 14.04.2022): изготавливался слепок альгинатной массой с обеих челюстей пациента для проведения исследования. Из гипса отливались модели верхней и нижней челюстей пациента. Далее участки твердых тканей зубов, которые подверглись морфологическим изменениям из-за некариозных поражений твердых тканей зубов, изолировались базисным воском на толщину до 1,5 мм для создания депо лекарственного препарата в этом участке. На моделях челюстей отмечались границы капп по шейкам зубов. По модифицированным индивидуальным моделям изготавливались каппы из жесткой пластинки толщиной 0,5 мм каждая для верхней и нижней челюсти путем вакуумного формирования. Модели из гипса с каппами устанавливались в артикулятор, начиная с модели верхней челюсти. Далее между ними создавалась эластичная прослойка толщиной 1 мм путем нагревания эластичной пластины, ее быстрой фиксации между каппами, смыкания челюстей в артикуляторе, последующего остывания и затвердевания пластины. В зонах для депо лекарственного препарата, со стороны зубного ряда, создавался бортик по краю каппы из эластичной пластмассы толщиной до 1,5 мм. Края устройства шлифовались и полировались.

Каждому пациенту было выдано индивидуальное устройство для комплексного комбинированного воздействия на ткани зуба при некариозных поражениях твердых тканей зубов и рекомендовано его использование по следующему режиму: 4 недели фиксировать в полости рта на всю ночь и 1 час в дневное время, в зону для депо лекарственного средства вносить средство для реминерализации твердых тканей зубов.

Научная новизна работы заключается в исследовании эффективности разработанного комплексного комбинированного метода лечения при клиновидных дефектах твердых тканей зубов, когда за счет индивидуального устройства происходит расслабление мышц жевательной группы и создание депо для реминерализующего препарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате стоматологического обследования клиновидный дефект был выявлен у 324 обследованных пациентов, что составило 34,4%. С увеличением тревожности был выявлен рост распространенности клиновидных дефектов, в группе с низкой тревожностью распространенность клиновидных дефектов составила 4,9%, с высокой – 63,2%.

На момент обращения пациенты с выявленными клиновидными дефектами I и II стадии развития предъявляли жалобы на эстетическую неудовлетворенность (11%), боль время употребления пищи (47%), боль во время чистки зубов (54%).

После комбинированного курса лечения жалобы на боль сохранились у 8% пациентов, им было рекомендовано продление курса лечения еще на две недели, после чего пациенты жалоб больше не предъявляли.

При проведении УЗДГ пульпы зубов между группами обследования были выявлены достоверные отклонения по показателю Q_{as} (мл/мин) – систолическая объемная скорость кровотока, которая демонстрирует объем крови, протекающий через поперечное сечение сосудов. Данные ультразвуковой доплерографии пульпы зубов обследованных пациентов до и после лечения представлены ниже (табл. 1).

По результатам обследования до лечения систолическая объемная скорость кровотока во II группе у пациентов с высокой степенью тревожности достоверно отличалась и была меньше в 1,9 раза по сравнению с показателями контрольной группы ($p = 0,013$). Снижение объемной скорости кровотока в пульпе у пациентов с высокой тревожностью свидетельствовало о нарушении обменных процессов в пульпе зубов вследствие снижения количества крови, протекающей в пульпе за единицу времени.

После курса лечения 1 месяц предложенным нами комбинированным методом показатели средней систолической объемной скорости у пациентов с высокой тревожностью стали сопоставимы с показателями контрольной группы.

Таблица 1. Показатели ультразвуковой доплерографии зубов в группах лечения и контрольной группе
Table 1. Parameters of dental Doppler ultrasound of teeth in the treatment and control groups

Показатель / Parameter	Контрольная группа Control group	I группа Group I	II группа Group II
Qas – систолическая объемная скорость до лечения (среднее значение) (мл/мин) Qas – systolic volumetric velocity before treatment (average value) (ml/min)	0.67 ± 0.02	0.57 ± 0.09	0.35 ± 0.05*
Qas – систолическая объемная скорость после лечения (среднее значение) (мл/мин) Qas – systolic volumetric velocity after treatment (average value) (ml/min)	0.67 ± 0.02	0.65 ± 0.05	0.63 ± 0.04

Таблица 2. Показатели электромиографии мышц жевательной группы в группах лечения и контрольной группе до и после лечения

Table 2. Electromyography parameters of the masticatory muscles in the treatment groups and control groups before and after treatment

Показатель / Parameter	Контрольная группа Control group	I группа Group I	II группа Group II
Средняя амплитуда жевательных мышц в покое до лечения (мкВ). Биоэлектрический потенциал (БЭА) по данным ЭМГ был выше по максимальной или средней амплитуде Mean amplitude of masticatory muscles at rest before treatment (µV). Bioelectrical potential (BEP) according to EMG data was higher in maximum or average amplitude	35.7 ± 0.3	46.9 ± 0.3	63.3 ± 0.8*
Средняя амплитуда жевательных мышц в покое после лечения (мкВ). Биоэлектрический потенциал (БЭА) по данным ЭМГ был выше по максимальной или средней амплитуде The mean amplitude of masticatory muscles at rest after treatment (µV). Bioelectrical potential (BEP) according to EMG data was higher in maximum or average amplitude	35.7 ± 0.3	37.7 ± 0.6	39.2 ± 0.8
Средняя амплитуда височных мышц в покое до лечения (мкВ). Биоэлектрический потенциал (БЭА) по данным ЭМГ был выше по максимальной или средней амплитуде Mean amplitude of the temporal muscles at rest before treatment (µV). Bioelectrical potential (BEP) according to EMG data was higher in maximum or average amplitude	34.8 ± 0.5	42.0 ± 0.9	62.1 ± 0.7*
Средняя амплитуда височных мышц в покое после лечения (мкВ). Биоэлектрический потенциал (БЭА) по данным ЭМГ был выше по максимальной или средней амплитуде Mean amplitude of the temporal muscles at rest after treatment (µV). Bioelectrical potential (BEP) according to EMG data was higher in maximum or average amplitude	34.8 ± 0.5	36.7 ± 0.7	37.5 ± 0.8

*разница достоверна по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$)

*significant difference compared to the control group ($p < 0.05$)

Данные электромиографии жевательных мышц обследованных пациентов до и после лечения представлены в таблице 2.

Амплитуда жевательных и височных мышц в покое у пациентов II группы с высокой степенью тревожности достоверно отличалась от показателей контрольной группы и была в 1,8 раза выше показателей мышц жевательной группы контроля ($p = 0,027$ для жевательных мышц, $p = 0,031$ для височных мышц). Это свидетельствовало о повышении возбудимости мышц жевательной группы у пациентов с высокой степенью тревожности.

После курса лечения 1 месяц предложенным нами комбинированным методом показатели средней амплитуды жевательной и височной мышц в покое пациентов II группы стали сопоставимы с показателями контрольной группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования клиновидный дефект был выявлен у 34,4% обследованных пациентов. Выявле-

на взаимосвязь распространенности клиновидных дефектов от степени тревожности: в группе с низкой тревожностью распространенность клиновидных дефектов составила 4,9%, с высокой – 63,2%.

По результатам обследования до лечения объемная скорость кровотока в группе с высокой степенью тревожности была меньше в 1,9 раза, а амплитуда жевательных и височных мышц в покое в 1,8 раза выше, по сравнению с группой с низкой степенью тревожности.

После лечения предложенным способом с индивидуальным устройством для комплексного комбинированного воздействия на ткани зуба при некариозных поражениях твердых тканей зубов показатели амплитуды жевательных и височных мышц в покое и нагрузке, систолической объемной скорости кровотока пульпы зубов стали сопоставимы с показателями контрольной группы, а у пациентов исчезли жалобы на боль при приеме пищи и чистке зубов в зубах с клиновидными дефектами, что свидетельствует о его высокой эффективности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Соловьева АЛ, Олейник ОИ, Корецкая ИВ, Вусатая ЕВ, Красникова ОП. Особенности терапевтического лечения клиновидных дефектов абfractionного типа. *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»*. 2020;22(4):114-119.
doi: 10.26787/nydha-2686-6838-2020-22-4-114-119

2. Ибрагимова ЛК, Керимли НК, Дамирчиева МВ, Мамедова СГ. Современные методы профилактики клиновидного дефекта зубов. *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2022;(82):36-38. Режим доступа:
<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-metody-profilaktiki-klinovidnogo-defekta-zubov>

3. Зубкова АА, Скориков ВЮ, Гришечкин МС, Ижнина ЕВ. Оценка клинических аспектов появления некариозных дефектов в пришеечной области зубов у пациентов с бруксизмом. *Российский стоматологический журнал*. 2019;23(2):59-63.
doi: 10.18821/1728-2802-2019-23-2-59-63

4. Кавецкий ВП, Долин ВИ. Особенности клинических проявлений бруксизма в полости рта. *Современная стоматология*. 2021;3(84):27-31. Режим доступа:
<https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-klinicheskikh-proyavleniy-bruksizma-v-polosti-rta>

5. Клаучек АЕ, Агеева ЮВ, Шемонаев ВИ, Клаучек СВ, Пархоменко АН. Нейрофизиологическое обоснование стрессового генеза парафункциональной активности

жевательных мышц. *Вестник ВолГМУ*. 2021;3:52-57.
doi: 10.19163/1994-9480-2021-3(79)-52-57

6. Заболотная ИИ, Комлев АА, Заболотный АС. Микротвердость эмали и дентина клинически интактных зубов и с пришеечной патологией. *Восточно-европейский научный журнал*. 2021;(12-2):4-8.
doi: 10.31618/ESSA.2782-1994.2021.2.76.200

7. Гогаева ЛО, Бибоева АО. Лечение клиновидного дефекта. *Вестник науки*. 2022;(12): -355. Режим доступа:
<https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-klinovidnogo-defekta>

8. Рудь НИ, Малюта ВВ, Шляйгер АР, Савкина АА, Косенко АА. Препарирование полостей V класса по Блеку. *Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье*. 2022;(2 приложение):325-326. Режим доступа:
<https://vestnik.reaviz.ru/jour/article/view/474>

9. Никитенко ВВ, Айрапетян НО, Папаскуа ГИ, Петросян НМ, Абзатова АР. Особенности лечения клиновидных дефектов. *Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования*. 2019;(2):26-30. Режим доступа:
<https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=krrsft>

10. Стрюкова КС. Особенности применения «сэндвич-техники» как современного метода лечения клиновидного дефекта зубов. *FORCIPE*. 2020;(2):795-796. Режим доступа:
<https://ojs3.gpmu.org/index.php/forcipe/article/view/1961>

REFERENCES

1. Solovyova AL, Olejnik OI, Koretskaya IV, Vysataya EV, Krasnikova OP. Features of therapeutic treatment of wedge-shaped defects of the abfraction type. *Medical & pharmaceutical journal "Pulse"*. 2020;22(4):114-119 (In Russ.).
doi: 10.26787/nydha-2686-6838-2020-22-4-114-119

2. Ibrahimova LK, Karimli NK, Damirchiyeva MV, Mamedova SG. Modern methods for the prevention of wedge-shaped defect of teeth. *Norwegian journal of Development of the International Science*. 2022;(82):36-38 (In Russ.). Available from:
<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-metody-profilaktiki-klinovidnogo-defekta-zubov>

3. Zubkova AA, Skorikov VYu, Grishechkin MS, Izhnina EV. Evaluation of clinical aspects of appearance of teeth noncarious defects in bruxism patients. *Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal*. 2019;23(2):59-63 (In Russ.).
doi: 10.18821/1728-2802-2019-23-2-59-63

4. Kavetsky VP, Dolin VI. Features of bruxism clinical manifestations in the oral cavity. *Sovremennaya stomatologiya*. 2021;(3):2731 (In Russ.). Available from:
<https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-klinicheskikh-proyavleniy-bruksizma-v-polosti-rta>

5. Klauchek AE, Ageeva YuV, Shemonaev VI, Klauchek SV, Parkhomenko AN. Neurophysiological substantiation of stress genesis of parafunctional activity of masticatory muscles. *Bulletin of VolGМУ*. 2021;(3):52-57 (In Russ.).

doi: 10.19163/1994-9480-2021-3(79)-52-57

6. Zabolotnaya II, Komlev AA, Zabolotny AS. Microhardness of enamel and dentin of clinically intact teeth and teeth with cervical pathology. *Eastern European Scientific Journal*. 2021;12-2(12-2):4-8 (In Russ.).
doi: 10.31618/ESSA.2782-1994.2021.2.76.200

7. Gogaeva LO, Biboeva AO. Treatment of a wedge-shaped defect. *Vestnik nauki*. 2022;1(12):352-355. Available from:
<https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-klinovidnogo-defekta>

8. Rud NI, Malyuta VV, Shlyager AR, Savkina AA, Kosenko AA. Dissection of class V cavities by Black. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ" (REHABILITATION, DOCTOR AND HEALTH)*. 2022;2(2 Suppl.):325-326 (In Russ.). Available from:
<https://vestnik.reaviz.ru/jour/article/view/474>

9. Nikitenko VV, Hayrapetyan NO, Papaskua GI, Petro-syan NM, Abzalova AR. Features of treatment of wedge-shaped defects. *Medicine. Sociology. Philosophy. Applied research*. 2019;(2):26-30 (In Russ.). Available from:
<https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=krrsft>

10. Stryukova KS. Features of the application of the "sandwich technique" as a modern method of treatment of a wedge-shaped defect of teeth. *FORCIPE*. 2020;(2):795-796. (In Russ.). Available from:
<https://ojs3.gpmu.org/index.php/forcipe/article/view/1961>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Башарова Ольга Вячеславовна, аспирант кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета, Уфа, Российская Федерация

Для переписки: olgaaspirant@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0804-4158>

Olga V. Basharova, DMD, PhD student, Department of Operative Dentistry with the Course of Continuing Professional Education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

For correspondence: olgaaspirant@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0804-4158>

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов/

Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила / Article received 24.05.2023

Поступила после рецензирования / Revised 15.10.2023

Принята к публикации / Accepted 18.10.2023



**ПЕРВЫЙ ОТКРЫТЫЙ ЧЕМПИОНАТ СТАР
ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ МАСТЕРСТВУ**
Номинация «КЛИНИЧЕСКАЯ ПАРОДОНТОЛОГИЯ»
21-22 ноября 2023 года, Екатеринбург



Место проведения чемпионата:
город Екатеринбург

Организационный комитет чемпионата:
Чумакова А. А., Светлакова Е. Н.

Даты проведения:
01.10.23-05.11.23 – Прием конкурсных работ
08.11.23 – Объявление победителей
отборочного тура
21.11.23 – Финал конкурса
22.11.23 – Объявление победителей

Контакты:
Чумакова Анна Александровна –
директор СТАР, администратор чемпионатов СТАР
по стоматологическому мастерству.
Телефон: 8 (985) 071-56-06
E-mail: anna.chumakova89@mail.ru

Организаторы:

- Стоматологическая Ассоциация России
- Пародонтологическая Ассоциация РПА
- Кафедра терапевтической стоматологии и пародонтологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
- Кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Светлакова Елена Николаевна –
д.м.н., доцент кафедры терапевтической
стоматологии и пропедевтики
стоматологических заболеваний УГМУ.
Телефон: 8 (902) 262-92-59
E-mail: svet_anel11@mail.ru

При поддержке:

- Ассоциация стоматологов Свердловской области
- Министерство Здравоохранения Свердловской области
- Стоматологический факультет УГМУ

Субботина Тамара Алексеевна –
секретарь кафедры стоматологии терапевтической
и пародонтологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.
Телефон: 8 (921) 583-40-59
E-mail: terstomlo@mail.ru

Награждение победителей – 22 ноября 2023 г.
в городе Екатеринбург на Пленарном
заседании Международного конгресса
«Стоматология Большого Урала – 2023»
(Екатеринбург, Синара-центр)

E-mail для приема конкурсных работ:
star.opencham@e-stomatology.ru;
terstomlo@mail.ru

Более подробная информация доступна на
<https://e-stomatology.ru/star/plan/e4267>