

специализированный медицинский журнал

# главный <sup>+</sup> ВРАЧ

№3(34) 2013

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU



## СТОМАТОЛОГИЯ

ГДЕ ЖИВЕТ ХЕЛИКОБАКТЕР?



СПРОСИ У СТОМАТОЛОГА...



**НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА**

sintana-sm@yandex.ru

ООО «Синтана СМ»

**БЫСТРО И АТРАВМАТИЧНО**

**SINTANA.RU**

ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ – ЧЕРЕЗ РЕДАКЦИЮ

HELI  
COBAC  
TER  
PYLORI

# ПРОВЕРКА ПОДЛИННОСТИ ТОВАРА

сервис от компании крафтвэй



Хотите быть уверены, что купили оригинал, а не подделку? У нас есть реально работающая система, с помощью которой Вы, наш покупатель, самостоятельно, используя любой подключенный к интернету компьютер, сможете определить подлинность товара.

На каждую упаковку товара производства **GC** и **Mani** нанесен стикер с уникальным кодом, по которому можно не только проверить подлинность товара, но и выиграть приз (подробности на сайте).



**Всего 4 простых шага и Вы у цели! Проверка подлинности займет у Вас менее 1 минуты!**

Зайдите на [www.kraftwaydental.ru](http://www.kraftwaydental.ru), перейдите на страницу проверки по оранжевому баннеру.

Для проверки подлинности товара и участия в розыгрыше призов введите свое имя и e-mail. Если Вас не интересует приз, достаточно ввести произвольные данные - проверка пройдет анонимно.

Сотрите серую защитную полосу со стикера. Видите код? Введите его в поле „код проверки“.

Нажмите ОК. Проверка кода произведена, результат - на экране.

**Помните! Важно не просто купить упаковку со стикером, но и проверить код!**

Система „Проверка подлинности товара“ разработана и впервые применена в стоматологии компанией Крафтвэй. По всем вопросам, возникшим в ходе проверки, обращайтесь на горячую линию 8-800-100-100-9 (бесплатные звонки из любых регионов России).



129626, Москва, 3-я Мытищинская, 16, [www.kraftwaydental.ru](http://www.kraftwaydental.ru)

**Специализированный  
медицинский журнал  
«ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ»**

**Крылова О. В.** — учредитель и издатель

**Прошенко Е. А.** — главный редактор

**Редакционный совет:**

**Быковская Т. Ю.** — министр  
здравоохранения Ростовской области

**Квятковский И. Е.** — министр  
здравоохранения Астраханской области

**Крайнюков П. Е.** — начальник  
ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны России

**Мажаров В. Н.** — министр  
здравоохранения Ставропольского края

**Мамаев И. А.** — министр  
здравоохранения Республики Дагестан

**Маньшин В. П.** — зам. министра  
здравоохранения Республики Калмыкия

**Редько Е. Н.** — министр здравоохранения  
Краснодарского края

**Цидаева Т. И.** — зам. министра  
здравоохранения Республики Северная  
Осетия-Алания

**Адрес редакции и издателя:**

344064, г. Ростов-на-Дону,  
ул. Вавилова, 54, оф. 404  
т. (863) 223-23-26, т./ф. (863) 273-25-16,  
по вопросам подписки (863) 223-23-25

www.akvarel2002.ru,  
e-mail: info@akvarel2002.ru

Отпечатано в ООО «Принт-Сервис»,  
г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 116

Тираж 3000 экз. Заказ №671

Подписано в печать 20.05.2013 г.,  
дата выхода 28.05.2013 г.

Зарегистрирован  
Управлением Россохраникультуры  
по Южному федеральному округу

Регистрационный номер  
ПИ № ФС 10—5825 от 28 января 2005 г.

Распространяется бесплатно по линии МЗ

В соответствии со ст. 38 закона РФ  
«О рекламе» ответственность за содержание  
информации в рекламе несет рекламодатель

**Возрастные особенности заболеваний пародонта  
у больных с остеопатиями**

С. Ю. Максюков, Д. Н. Гаджиева, Э. В. Курбатова .....2

**Анализ деятельности стоматологической службы  
Ростовской области в 2012 году**

С. В. Новгородский, М. В. Тишина, Т. М. Клименко,  
В. В. Морозов .....7

**Опыт лечения дистальной окклюзии зубных рядов**

В. А. Иванова, Е. Ю. Федосеева, С. А. Кононенко ..... 12

**Опыт лечения множественной ретенции зубов**

С. В. Новгородский, М. В. Тишина, В. А. Иванова,  
Н. В. Новосядлая ..... 14

**Реминерализирующая терапия с использованием  
Tooth Mousse и MI Paste Plus (GC)**

Е. Ю. Леонтьева, О. Е. Ткачук, И. Б. Нектаревская ..... 18

**Эндодонтическое лечение в комплексной  
терапии пародонтита**

П. В. Мороз, Н. М. Гаджиев, С. Л. Кононенко .....23

**Остеома шиловидного отростка  
(случай из практики)**

Л. П. Вербицкая, В. И. Авилов, М. С. Ковалева .....24

**Организационные особенности лечения  
дисколоритов зубов путем отбеливания  
с помощью системы ZOOM**

С. Ю. Максюков, О. И. Шахбазов, Э. В. Курбатова .....26

**Использование бюгельных протезов  
при протезировании пациентов  
с частичным отсутствием зубов**

В. В. Мартыненко, В. В. Боденко, М. Б. Белан .....30

**Применение «КоллапАна» при хирургическом  
лечении заболеваний пародонта**

С. В. Козлов, А. С. Туманова, Е. Ф. Труханов, С. В. Терещук .....35

**Медицинские выставки** ..... 21, 37

# Возрастные особенности заболеваний пародонта у больных с остеопатиями

С. Ю. Максюков, Д. Н. Гаджиева, Э. В. Курбатова; ГБОУ ВПО «РостГМУ» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

На современном этапе отмечается тенденция к омоложению возраста больных с заболеваниями пародонта. Распространенность болезней пародонта у школьников составляет 39% [1]. Среди детей и подростков пародонтит чаще встречается в пубертатном возрасте, его распространенность в 13—15 лет и 16—18 лет составляет, соответственно, 7,7% и 11,3% [2]. Ювенильный пародонтит сопровождается деструктивными изменениями и быстрым развитием заболевания. У детей с общей патологией скелета распространенность заболеваний пародонта значительно выше — 35—40% [3]. Гормональные дисфункции в период полового созревания, нарушения оварио-менструального цикла способствуют развитию катарального и гипертрофического гингивита. При наличии гормональных дисфункций в период полового созревания, которые клинически проявляются у девочек в виде аменореи и ювенильных кровотечений, частота выявления пародонтита возрастает до 25%. Функциональная недостаточность гонад обуславливает развитие воспалительных и дистрофических изменений в тканях пародонта [4].

Распространенность заболеваний пародонта увеличивается с возрастом. Существенный прирост данной патологии отмечен у женщин в пре- и постменопаузальном периоде. После 45 лет частота заболеваний пародонта у женщин составляет 58,7% по сравнению с 26,6% в возрасте 20—30 лет [5]. В клиническом исследовании, проведенном с участием 70 женщин в возрасте от 51 до 78 лет, выявлена взаимосвязь между минеральной плотностью костной ткани различных отделов скелета и высотой альвеолярного гребня в интерпроксимальных отделах [7]. Уменьшение костной массы скелета способствует уменьшению высоты межзубной костной перегородки, снижению прикрепления десны. Результаты проведенного исследования позволили авторам сделать заключение, что постменопаузальный остеопороз является фактором риска заболеваний пародонта.

Известно, что дефицит эстрогенов, характерный для постменопаузального остеопороза, ускоряет процессы ремоделирования костной ткани, способствует возникновению дисбаланса между резорбцией и формированием костной ткани, ускоренной потере костной массы, развитию остеопороза и его осложнений [6].

Все изложенное выше и стало основанием к проведению настоящего исследования, целью которого явилось выявление особенностей распространенности заболеваний пародонта у больных с остеопатиями (дисплазия соединительной ткани, остепения, остеопороз) с учетом возраста и пола.

## Материалы и методы исследования

На первом этапе исследования среди больных с заболеваниями пародонта, наблюдавшихся в ГБУ Ростовской области «Стоматологическая поликлиника», стоматологическом кабинете Городской больницы №20 формировали группы в зависимости от возраста и пола. При этом выделяли три возрастные группы: 1 группа — зрелого возраста (16—19 лет), 2 группа — второго зрелого возраста (36—60 лет) и 3 группа — пожилого возраста (61—74 года). В каждой группе формировали две подгруппы в зависимости от пола. В подгруппу

А объединяли женщин, в подгруппу Б — мужчин. Среди шести подгрупп с учетом возрастного периода и пола выделяли отдельно пациентов с наличием или отсутствием остеопатий. К остеопатиям относили остеопению или остеопороз.

Наличие или отсутствие остеопатий доказывали с помощью остеоденситометрии и анализа показателей минеральной плотности костной ткани. На остеоденситометрию были направлены больные с заболеванием пародонта и факторами риска развития остеопатий, которые уточняли во время анкетирования пациентов.

На втором этапе работы в каждой подгруппе (n=12) изучали структуру заболеваний пародонта по номенклатуре и классификации заболеваний пародонта, принятых на заседании президиума секции пародонтологии Российской академии стоматологии в 2001 году. Учитывали клинические и рентгенологические симптомы патологии.

## Результаты исследования

Структура заболеваний пародонта в трех группах в зависимости от возраста отражена в таблице 1.

В 1 группе среди заболеваний пародонта по частоте преобладали гингивиты (87%). Пародонтит встречался в 11%, а идиопатическое заболевание пародонта — у одного больного (2%) с сахарным диабетом 1 типа. Среди гингивитов преимущественно наблюдали хронический катаральный гингивит (75,8%). Гипертрофические изменения десны имели место в 6,5%, а хронический язвенный гингивит встречался в 4,8%. У больных 1 группы среди заболеваний пародонта воспалительное поражение тканей с развитием пародонтита встречалось в одной десятой случаев. Причем преимущественно пародонтит был локализованным (71,4%, 5 больных из 7) и легким по тяжести (85,7%, 6 больных из 7). Локализованные патологические процессы в пародонте развиваются, как правило, под воздействием местных факторов. Следовательно, для развития пародонтитов у пациентов 1 группы необходимо определить местные факторы. Таким образом, в возрасте 16—19 лет в 1 группе у пациентов в большей частоте наблюдений поражались мягкие ткани пародонта с развитием преимущественно хронического катарального гингивита. Однако пародонтит также имел место, несмотря на юный возраст, что диктует необходимость изучения факторов риска его развития в 1 группе.

Во 2 группе у пациентов зрелого возраста (36—60 лет) в 89% встречался пародонтит, а удельный вес гингивитов составил лишь 8%. Во 2 группе всего в 3% случаев у пациентов наблюдали пародонтоз.

Среди гингивитов чаще встречался хронический катаральный гингивит (71,4%, 5 из 7). Гипертрофический гингивит и хронический язвенный гингивит имели место в единичных случаях. Во 2 группе пародонтит чаще был генерализованным (96%, 72 из 75). Распределение пародонтита по тяжести по отношению к общему количеству пациентов с этим заболеванием (n=75) было следующим: легкая — у 2 (2,7%), средняя — у 39 (52%) и тяжелая степень тяжести — у 34 (45,3%) больных. Быстро прогрессирующий пародонтит, который относят к агрессивной форме пародонтита, во 2 группе наблюдали в 14,3%. Таким образом, во 2 группе среди заболеваний пародонта

## Структура заболеваний пародонта в клинических группах

Заболевания пародонта	1 группа		2 группа		3 группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Хронический катаральный гингивит	47	75,8	5	6,0	-	-	p1–2=0,0000
Гипертрофический гингивит	4	6,5	1	1,2	-	-	p1–2=0,08
Хронический язвенный гингивит	3	4,8	1	1,2	-	-	p1–2=0,18
Хронический атрофический гингивит	-	-	-	-	6	8,3	-
Пародонтит:	7	11,3	75	89,3	47	65,3	p1–2=0,0000 p1–3=0,0000 p2–3=0,0003
– локализованный	5	8,1	3	3,6	-	-	p1–2=0,24
– генерализованный	2	3,2	72	85,7	47	65,3	p1–2=0,0000 p1–3=0,0000 p2–3=0,0003
– легкий	6	9,7	2	2,4	-	-	p1–2=0,06
– средний	1	1,6	39	46,4	21	29,2	p1–2=0,0000 p1–3=0,0000 p2–3=0,03
– тяжелый	-	-	34	40,5	26	36,1	p2–3=0,58
– быстро прогрессирующий	-	-	12	14,3	-	-	-
Идиопатическое заболевание пародонта	1	1,6	-	-	-	-	-
Пародонтоз	-	-	2	2,4	19	26,4	p2–3=0,0000
Всего	62	100	84	100	72	100	-

преобладал генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени тяжести.

В 3 группе, так же как и во 2 группе, среди заболеваний пародонта по частоте преобладал пародонтит (65,3%). Во всех наблюдениях пародонтит был генерализованным. Распределение пациентов (n=47) по степени тяжести пародонтита было следующим: средний — у 21 (44,7%), тяжелый — у 26 (55,3%) больных. В одной четвертой случаев (26,4%) у пациентов 3 группы развивался пародонтоз, редко наблюдавшийся в предыдущих группах. При пародонтозе дистрофический процесс распространялся на все структуры пародонта. У 14 (73,7%) больных из 19 проявления пародонтоза сочетались с пародонтитом. При этом имели место воспалительные явления в десневом крае и пародонтальных карманах. Гингивит у больных 3 группы встречался в 8,3% и во всех наблюдениях был атрофическим. В 3 группе на 1 месте по частоте был пародонтит (65%), на 2 месте — пародонтоз (27%) и на 3 месте — гингивит (8%).

Среди гингивитов было выявлено достоверное отличие долей, касающееся хронического катарального гингивита. Катаральное воспаление десен чаще встречалось в 1 группе (75,8%) по сравнению со 2 группой (6%). Пародонтит достоверно чаще наблюдался во 2 группе (89,3%) и, прежде всего, по отношению к 1 группе (11,3%) (p<0001) и ко 2 группе (65,3%) (p=0,0003). Доля генерализованного пародонтита в структуре всех заболеваний, как и пародонтита средней тяжести, была наибольшей

во 2 группе. Быстро прогрессирующий пародонтит наблюдался только во 2 группе. Пародонтоз достоверно чаще встречался в 3 группе (26,4%) по сравнению со 2 группой (2,4%) и отсутствовал в 1 группе.

В таблице 2 частота заболеваний пародонта была рассчитана в группах, но по отношению к общему количеству всех пациентов с определенным заболеванием.

Иной подход к расчетам акцентировал отличие долей различных заболеваний пародонта по возрастным группам. Гингивиты были характерны для 1 группы, пародонтиты — для 2 группы, в 3 группе в структуре заболеваний пародонта преобладали пародонтиты и пародонтоз.

Сравнительный анализ показал, что у девушек 1 группы при наличии остеопатии достоверно чаще встречался пародонтит (35,7% против 6,3%, p<0,05). Преимущественно пародонтит был локализованным и легким по тяжести. При отсутствии остеопатии у данного контингента по возрасту и полу пародонтит встречался у одной больной. Хронический катаральный гингивит, напротив, чаще встречался у девушек 16–19 лет при отсутствии остеопатии.

Структура заболеваний пародонта у юношей в подгруппе 1Б не зависела от наличия остеопатий. Пародонтит встречался только у одного больного с остеопатией, что не позволило выявить какое-либо различие. По частоте гингивитов различия также отсутствовали. Изучение структуры заболеваний пародонта у женщин в подгруппе 2А позволило выявить, что при наличии

## Зависимость частоты заболеваний пародонта от возраста

Заболевания пародонта	1 группа		2 группа		3 группа		В целом по больным	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Хронический катаральный гингивит	47	90,4	5	9,6	-	-	52	100
Гипертрофический гингивит	4	80,0	1	20,0	-	-	5	100
Хронический язвенный гингивит	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100
Хронический атрофический гингивит	-	-	-	-	6	100	6	100
Пародонтит:	7	5,5	75	58,1	47	36,4	129	100
— локализованный	5	62,5	3	37,5	-	-	8	100
— генерализованный	2	1,7	72	59,5	47	38,8	121	100
— легкий	6	75,0	2	25,0	-	-	8	100
— средний	1	1,6	39	63,9	21	34,5	61	100
— тяжелый	-	-	34	56,7	26	43,3	60	100
— быстро прогрессирующий	-	-	12	100	-	-	12	100
Идиопатическое заболевание пародонта	1	100	-	-	-	-	1	100
Пародонтоз	-	-	2	9,5	19	90,5	21	100

остеопатий тяжелый по степени тяжести пародонтит встречался чаще (60% против 27,3%,  $p < 0,05$ ), а средний пародонтит — реже (30% против 59,1%). У мужчин в подгруппе 2Б наличие остеопатий было ассоциировано с развитием тяжелого по степени тяжести пародонтита (57,9% против 21,7%,  $p < 0,05$ ), а также быстро прогрессирующего пародонтита (31,6% против 8,7%,  $p < 0,05$ ). Среди мужчин и женщин 3 группы наличие остеопатий не было сопряжено с особенностями по распространенности заболеваний пародонта.

## Выводы

Структура заболеваний пародонта зависит от возраста, пола и наличия остеопатий. У больных с остеопатиями женского пола в возрасте 16—19 лет пародонтит встречается чаще, чем у юношей и пациентов без нарушения минеральной плотности костной ткани. В зрелом возрасте (36—60 лет) пародонтит чаще выявляется при наличии остеопатий, вне зависимости от пола. У больных пожилого возраста (61—74 года) в структуре патологии пародонта преобладают пародонтиты и пародонтоз, без зависимости от наличия или отсутствия остеопатий.

## Литература

1. Арутюнов С. Д., Плескановская Н. В., Наумов А. В. и др. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее // Пародонтология. — 2009. — №1. — С. 3—6.

2. Атрушкевич В. Г., Пихлак У. А., Логачева И. А. Сравнительная оценка стоматологического статуса у женщин в постменопаузальном периоде в зависимости от минеральной плотности костной ткани скелета // XVI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Сборник материалов конгресса. — М, 2009. — С. 28—29.

3. Бурдули В. Н. Оценка стоматологического статуса у пациенток с остеопорозом I типа и кардиоваскулярной патологией // Автореф. дисс. ... к.м.н. — М, 2009. — 24 с.

4. Карпенко И. Н., Булкина Н. В., Понукалина Е. В. Современные представления об этиологии и патогенезе быстро прогрессирующего пародонтита. Обзор // Архив патологии. — 2009. — №74 (1). — С. 57—60.

5. Саакян Т. Ш., Кузнецов П. А., Равинская А. А. Влияние препарата, содержащего кальций, на состояние твердых тканей зубов и показатели костной прочности у детей в период полового созревания // Dental Forum. — 2009. — №2. — С. 55—60.

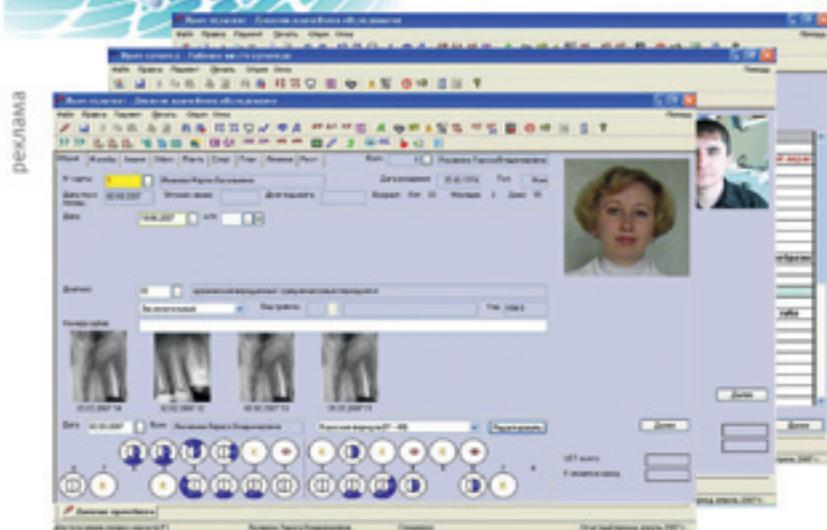
6. Янушевич О. О., Гринин В. М., Почтаренко В. А. и др. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинико-диагностические и лечебные аспекты. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 160 с.

7. Pinto M., Jepsen K. J., Terranova C. J. et al. Lack of sexual dimorphism in femora of the eusocial and hypogonadic naked mole-rat: a novel animal model for study of delayed puberty on the skeletal system // Bone. — 2010. — Vol. 46 (1). — P. 112—120.



# Дентал-Софт

компьютерная программа  
для стоматологической клиники



Электронные  
медицинские  
карты пациентов.  
Журнал записи  
на прием.  
Маркетинг.  
SMS-напоминания.

Эл. почта [info@dental-soft.ru](mailto:info@dental-soft.ru)  
Дентал-Софт.РФ

357823, Ставропольский край,  
г. Георгиевск, ул. Чкалова, 55

бесплатный звонок из любого  
региона России

**8-800-700-55-69**

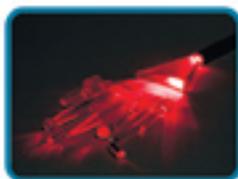


## Медицинские лазерные аппараты Латус



Современные компактные лазеры с широким спектром  
применения.

Мощность	0,1 - 60 Вт
Режим работы	импульсный/непрерывный
Длина волны	661, 810, 940, 1400 нм

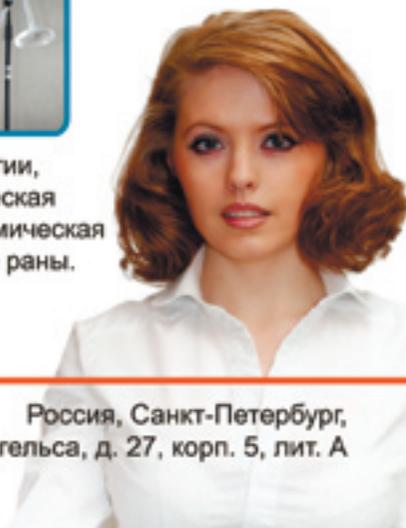


**Области применения:** косметология, дерматология и сосудистые патологии,  
флебология, онкология, гинекология, урология, ЛОР, общая и эндоскопическая  
хирургия, нейрохирургия, бронхопульмонология, стоматология, фотодинамическая  
терапия, фотомодификация крови, стоматология, ФДТ, долго заживающие раны.

[www.atcus.ru](http://www.atcus.ru)

Тел.: 8 (812) 294-25-32  
E-mail: [sales@atcsd.ru](mailto:sales@atcsd.ru)

Россия, Санкт-Петербург,  
пр. Энгельса, д. 27, корп. 5, лит. А





Компания «ДИ ЭН ТИ медикал груп» эксклюзивный дистрибьютор инновационной американской системы отбеливания зубов **BEVERLY HILLS advanced teeth whitening**, производства компании **WHITE GOLD LLC, USA**.

## АМЕРИКАНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ **BEVERLY HILLS advanced teeth whitening**

### ПРЕИМУЩЕСТВА НАШЕЙ СИСТЕМЫ:

- система **BEVERLY HILLS** делает зубы белоснежными всего за 45 минут
- свет LED-лампы TOPAZ 3000, совместно с гелем **BEVERLY HILLS DENTAL WHITENING 36% hp**, нежно проникая сквозь поры эмали удаляет пятна и потемнения
- холодный свет LED-лампы не дает перегрева пульпы зуба во время процедуры, не вызывает ожогов слизистой
- мощность светового потока – до 24 мВт/см<sup>2</sup>
- LED-лампа эргономичная, легкая, проста и удобна в применении

*С должным уходом и поддержкой при помощи домашнего набора улыбка будет сверкать многие годы!*



до после

### В КОМПЛЕКТ НАБОРА ВХОДИТ ВСЕ НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ:

- жидкий коффердам, предназначенный для изоляции
- Relief гель с нитратом калия 5% и фторидом натрия 0,22% для снижения чувствительности зубов, с аморфным фосфатом кальция
- двухкомпонентная система отбеливающего геля с содержанием активного вещества 36% hp

- время процедуры – 3 аппликации по 15 минут
- великолепные долговременные результаты: в среднем 8–12 оттенков по шкале VITA

Вся продукция разработана и сертифицирована в соответствии с высокими американскими стандартами качества, подтверждена Британским министерством здравоохранения, клинически протестирована в Минздраве РФ.

Дополнительная информация и запись на сертифицированные мастер-классы: по телефону в Москве (495) 989-51-80, e-mail: [info@beverlyhills32.ru](mailto:info@beverlyhills32.ru), [admin@beverlyhills32.ru](mailto:admin@beverlyhills32.ru), [www.beverlyhills32.ru](http://www.beverlyhills32.ru)

РЕКЛАМА



## СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОРОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ НА СТ. БАТАЙСК

- Коллектив профессионалов, работающих по мировым стандартам оказания медицинской стоматологической помощи.
- Реабилитационный принцип в диагностике и лечении заболеваний зубов и слизистой полости рта.
- Профессиональное диагностическое и лечебное оборудование ведущих европейских производителей. Все, чем располагает мировая стоматология.

### МЫ МОЖЕМ ВАМ ПРЕДОСТАВИТЬ:

**Терапевтическая стоматология** – профессиональная гигиена, эстетическая реставрация, машинная эндодонтия, отбеливание зубов, имediata протезы отсутствия одиночных зубов. Лечение зубов под наркозом.

**Хирургическая стоматология** – удаление зубов с сохранением объема кости, пародонтологические операции, зубосохраняющие операции. Дентальная имплантация различной сложности. Подготовка полости рта к протезированию.

**Челюстно – лицевая хирургия** – диагностика и лечение патологии челюстно – лицевой области амбулаторно и в условиях стационара. Малоинвазивные эндоскопические операции на придаточных пазухах носа. Остеосинтез при травмах костей лицевого черепа мини-пластинами внутриротовым доступом под эндоскопическим контролем. Междисциплинарный подход в диагностике и лечении совместно с лор-врачами, неврологами, офтальмологами, ревматологами. Не выходя из больницы. Обширный комплекс лабораторных исследований.

**Ортопедическая стоматология** – гнатологический принцип в планировании ортопедических конструкций на зубах и дентальных имплантатах. Лечение патологии височно-нижнечелюстного сустава. Диагностика и лечение остеопороза. Изготовление высококачественных протезов в зуботехнических лабораториях Москвы и Мюнхена.

**Ортодонтия** – исправление прикуса и положения отдельных зубов у детей и взрослых (на базе стоматологического отделения в г. Ростове-на-Дону).

**Рентгенодиагностика** – от дентального снимка до компьютерной томограммы лицевого черепа. Запись результатов на CD. Производится томографическое обследование лор-органов.

Расчет наличный и по перечислению.

**Запись на прием к специалистам: г. Батайск, ул. Куйбышева, 140 тел. (863-54) 4-54-96, [dor\\_bolnica@aanet.ru](mailto:dor_bolnica@aanet.ru), [www.dor-clinicrostov.ru](http://www.dor-clinicrostov.ru)**

РЕКЛАМА

# Анализ деятельности стоматологической службы Ростовской области в 2012 году

С. В. Новгородский, М. В. Тишина, Т. М. Клименко, В. В. Морозов;  
ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону

Ростовская область (РО) входит в состав Южного федерального округа и занимает высокое место в рейтинге социально-экономического развития субъектов Российской Федерации.

Забота о здоровье населения на Дону является одним из важнейших направлений региональной социальной политики. Благодаря этому область оказалась в числе территорий, подготовленных к реформированию отрасли, проводимому в русле реализации приоритетных национальных проектов социальной направленности.

Согласно Концепции развития здравоохранения до 2020 года, утвержденной постановлением Правительства РО от 06.09.12 №871, в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития региона ведущими приоритетами являются сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни, повышения доступности и качества медицинской помощи.

## Демографические показатели

Современная демографическая ситуация в регионе формируется под влиянием политических, социально-

экономических, а также демографических процессов, происходящих в стране.

Среди субъектов Российской Федерации область занимает 6 место по численности постоянного населения, плотность населения составляет 42,4 человека на 1 кв. км.

Среднегодовая численность населения РО, прикрепленного к учреждениям здравоохранения, составила в 2012 году 4 287 900 человек (в 2011 — 4 283 944), численность взрослого населения — 3 485 338 человек (2011 — 3 483 526), численность детского населения — 802 562 человека (2011 — 800 418) (табл. 1).

В общей среднегодовой численности населения городские жители составляют 58,1%, сельские — 41,9% (в 2011 году, соответственно, 57,7% и 42,3%).

Численность прикрепленного сельского населения (и взрослого, и детского) уменьшается как в абсолютном, так и в относительном выражении в пользу городского населения (табл. 2, 3).

Таблица 1

*Численность населения Ростовской области в 2011—2012 гг.*

Территории	Всего		Взрослое население		Детское население	
	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.
Города	2 491 400	2 472 500	2 023 717	2 007 043	467 683	465 492
Районы	1 796 500	1 811 400	1 461 621	1 476 483	334 879	334 926
Область	4 287 900	4 283 900	3 485 338	3 483 526	802 562	800 418

Таблица 2

*Динамика численности взрослого населения Ростовской области в 2011—2012 гг.*

Территории	Взрослые		± 2012—2011 гг., %	± 2011—2010 гг., %
	2012 г.	2011 г.		
Города	2 023 717	2 007 043	+0,83	+1,90
Районы	1 461 621	1 476 483	-1,01	+0,76
Область	3 485 338	3 483 526	+0,05	+1,41

Таблица 3

*Динамика численности детского населения Ростовской области 2011—2012 гг.*

Территории	Дети (всего)		± 2012—2011 гг., %	± 2011—2010 гг., %	Дети до 14 лет	Подростки
	2012 г.	2011 г.			2012 г.	2012 г.
Города	467 683	465 492	+0,47	+0,49	383 246	84 437
Районы	334 879	334 926	-0,01	-0,78	276 992	57 887
Область	802 562	800 418	+0,27	-0,04	660 238	142 324

**Структура стоматологической службы Ростовской области**

Территории	Стоматологические поликлиники, уровень		Стоматологические отделения в ЛПУ муниципального уровня	ЛПУ, имеющие стоматологические кабинеты, уровень		ЛПУ негосударственной формы собственности
	муниципальный	областной		муниципальный	областной	
Города	22	2	10	28	3	342
Районы	3	0	25	222	0	127
Всего	25	2	35	250	3	469
Итого	27		35	253		469

**Сеть лечебно-профилактических учреждений, осуществляющих стоматологическую помощь**

Сеть государственных бюджетных лечебно-профилактических учреждений РО, осуществляющих амбулаторно-поликлиническую стоматологическую помощь населению, представлена лечебными учреждениями областного и муниципального уровней (табл. 4). Большинство из них имеют филиалы и прикрепленные кабинеты в муниципальных образованиях, в частности, расположенные на базе ЦРБ, областной и городских стоматологических поликлиник (СП). С годами все более весомый удельный вес стоматологической помощи приходится на лечебные учреждения негосударственной формы собственности.

Число функционирующих СП, являющихся юридическими лицами, в отчетном периоде не изменилось — 27, из них 2 работают по принципу хозяйственного расчета (ГУП областного уровня в Ростове-на-Дону и ГУП муниципального уровня в Таганроге), а 2 являются автономными учреждениями здравоохранения муниципального уровня (гг. Гуково и Донецк). Стоматологических отделений в ЛПУ общего профиля 35 (2011 г. — 33), из них 10 в городских учреждениях и 25 — в центральных районных больницах. В общей сложности в РО 253 ЛПУ, в которых развернуты стоматологические кабинеты (СК) (2011 г. — 256), из них в городах — 31, в районах — 222. Кроме того, в школах развернуто 93 СК, в военкоматах — 3 СК.

Число СК негосударственной формы собственности по представленным отчетам — 469 (+12,6%, 2011 г. — 410), из них 342 — в городах (2011 г. — 293), 127 — в районах (2011 г. — 117).

Структура стоматологической службы РО за год претерпела незначительные изменения, обусловленные реформированием здравоохранения и других объектов социальной сферы на отдельных территориях. Заметно расширилась сеть коммерческих организаций, осуществляющих стоматологическую помощь населению.

**Штаты, кадры**

В штатных расписаниях должностей специалистов стоматологического профиля Ростовской области —

2142,00 (2011 г. — 2088,25). Кроме того, зубных техников — 545,25 (занятых ставок — 535,0).

Занятых должностей по всем учреждениям области — 1821,50 (2011 г. — 1766,75).

Стоматологическую помощь в ЛПУ РО оказывают 1735 специалистов стоматологического профиля (2011 г. — 1781): 792 (45,6%) стоматолога (в 2011 г. 845 — 47,4%) и 943 (54,4%) зубных врачей (2011 г. 936 — 52,6%) (табл. 5).

В пересчете на 10 000 населения Ростовской области сложившийся уровень обеспеченности по выделенным штатам составил:

- *лечебно-хирургический прием — 3,94 (2011 — 3,45); в городах — 4,09 (2011 — 3,73), в районах — 3,32 (2011 — 3,53);*
- *детский лечебно-хирургический прием — 2,83 (2011 — 2,96); в городах — 4,0 (2011 — 4,3), в районах — 1,15 (2011 — 1,08);*
- *ортодонтический прием — 0,43 (2011 — 0,4); в городах — 0,70 (2011 — 0,67), в районах — 0,04 (2011 — 0,04);*
- *ортопедический прием — 0,92 (2011 — 0,76); в городах — 1,05 (2011 — 0,88), в районах — 0,60 (2011 — 0,59).*

Неоднозначны показатели обеспеченности по штатным должностям на различных видах приемов в целом по РО. Отмечается рост обеспеченности на лечебно-хирургическом, ортопедическом, ортодонтическом приемах, снижение — на детском.

Уровень обеспеченности стоматологическими штатами на лечебно-хирургическом и ортопедическом приемах приближен к нормативным показателям.

Обеспеченность на детском приеме значительно ниже нормативной.

**Укомплектованность должностей**

В РО укомплектованность должностей на лечебно-хирургическом приеме по занятым должностям составила 84,2%, по физическим лицам — 81,5%. В городах укомплектованность по занятым штатным единицам — 79,5%, по физическим лицам — 74,2%; в районах области соответственно — 91,4% и 92,0% (табл. 6).

На ортопедическом приеме показатель укомплектованности во всей области по занятым должностям равен

Таблица 5

**Штатное расписание должностей специалистов стоматологического профиля РО на 2012 г.**

	Штатные должности			Занятые должности			Физические лица		
	Стоматологи	Зубные врачи	Всего спец-тов стомат. профиля	Стоматологи	Зубные врачи	Всего спец-тов стомат. профиля	Стоматологи	Зубные врачи	Всего спец-тов стомат. профиля
Всего по РО	1129,50	1012,5	2142,00	895,50	926,0	1821,50	792	943	1735

**Укомплектованность должностей специалистами на стоматологическом приеме по занятым должностям (%)**

Территории	Лечебно-хирургический прием		Детский прием		Ортопедический прием		Ортодонтический прием	
	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.
Города	79,51	78,90	80,80	86,60	80,36	81,60	84,1	82,6
Районы	90,76	91,80	93,90	96,70	83,71	86,50	55,6	55,6
Область	84,23	84,00	82,80	88,00	82,13	81,80	82,5	81,1

82,1%, по физическим лицам — 70,0%; в городах соответственно — 80,4% и 75,5%, в районах — 83,7% и 59,2%.

В целом показатели укомплектованности несколько лучше предыдущего года. Удовлетворительные показатели укомплектованности по занятым должностям и физическим лицам в гг. Батайск, Шахты, Новочеркасск, районах Аксайский, Дубовский, Константиновский, Цимлянский и др. Ниже средних показатели по группам территорий — в гг. Новошахтинск (лечебно-хирургический прием), Донецк, Новочеркасск (ортопедический прием); районах: Каменский, Октябрьский и др. (лечебно-хирургический прием).

Укомплектованность должностей зубных техников составила по РО 79,2% (2011 г. — 77,5%), причем в городах этот показатель составил 77,4% (2011 г. — 79,7%), в районах — 83,6% (2011 г. — 78,1%).

**Качество оказания стоматологической помощи**

Оно обусловлено уровнем организации деятельности учреждения, профессиональной подготовки специалистов. Обучение врачей, изучение новых технологий оказания стоматологической помощи пациентам неразрывно связано с регулярной организацией теоретических конференций, мастер-классов.

В 2012 году были проведены 3 заседания медицинского совета, посвященных рассмотрению организации

стоматологической помощи в 9 районах РО, XI Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы стоматологии-2012» с проведением 11 мастер-классов с участием высокопрофессиональных специалистов.

В последние 5 лет в РО повысили квалификацию 97,8% стоматологов, 98,3% зубных врачей, 97,0% зубных техников (табл. 7).

Не проходили переподготовку специалисты следующих территорий и ЛПУ:

- стоматологи ГУП РО «ОХСП» (2), гг. Ростов-на-Дону (1), Шахты (4), районов Красносулинский (5), Ремонтненский (1), Чертковский (1);
- зубные врачи ГУП РО «ОХСП» (5), гг. Новочеркасск (1), Шахты (1), районов Красносулинский (2), Неклиновский, Октябрьский, Песчанокопский, Советский (по 1);
- зубные техники ГУП РО «ОХСП» (5), г. Шахты (2), районов Зимовниковский, Миллеровский, Октябрьский (по 1).

В отчетном году удельный вес специалистов РО, имеющих сертификаты, по группам специалистов составил: у стоматологов — 99,5%, зубных врачей — 98,9%, зубных техников — 96,4% (табл. 8).

Не имели сертификатов специалиста:

Таблица 7

**Доля специалистов стоматологического профиля Ростовской области, повысивших квалификацию в предшествующие 5 лет (%)**

Территории	Стоматологи		Зубные врачи		Зубные техники	
	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.
Города*	98,5	99,4	98,4	98,7	97,6	96,2
Районы	95,9	98,3	98,2	98,7	95,9	97,3
Область*	97,8	99,1	98,3	98,7	97,0	96,6

Примечание: \* — сведения представлены с учетом данных по областным учреждениям

Таблица 8

**Доля специалистов стоматологического профиля, имеющих сертификаты (%)**

Территории	Стоматологи		Зубные врачи		Зубные техники	
	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.
Города*	99,5	99,2	99,6	99,6	96,8	94,9
Районы	99,5	99,5	98,2	98,4	95,7	96,4
Область*	99,5	99,3	98,9	99,0	96,4	95,3

Примечание: \* — сведения представлены с учетом данных по областным учреждениям

**Доля специалистов стоматологического профиля, имеющих аттестационные категории (%)**

Территории	Стоматологи		Зубные врачи		Зубные техники	
	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.	2012 г.	2011 г.
Города*	62,9	67,7	90,4	91,2	82,1	85,2
Районы	40,6	39,7	89,6	85,6	64,9	60,5
Область*	56,8	60,1	90,0	88,6	76,3	76,9

Примечание: \* — сведения представлены с учетом данных по областным учреждениям

- стоматологи г. Новочеркасск (3), района Ремонтненский (1);
- зубные врачи г. Новочеркасск (2), районов Егорлыкский, Октябрьский (по 2), Кагальницкий, Красносулинский, Песчанокопский, Советский (по 1);
- зубные техники гг. Азов (1), Ростов-на-Дону (6), и Шахты (4), районов Азовский (3), Октябрьский (2), Зимовниковский, Миллеровский (по 1).

Таким образом, к медицинской деятельности допущены 32 специалиста, не имеющие права на оказание стоматологической помощи.

В перечисленных территориях и ЛПУ следует незамедлительно принять меры к направлению лиц, не имеющих сертификаты специалистов, на соответствующие циклы повышения квалификации.

Удельный вес стоматологов с аттестационными категориями, на что мы ранее обращали внимание, в районах области за истекший год несколько повысился, хотя значительно отстает от показателя среди специалистов городов и областных учреждений. Необходимо и впредь руководителям ЛПУ и главным специалистам-стоматологам территорий уделять данному разделу кадровой работы серьезное внимание. Этот показатель является индикатором профессионального уровня медицинских работников, осуществляющих стоматологическое пособие населению (табл. 9).

Пока низок удельный вес аттестованных от числа имеющих право на предоставление аттестационных работ у стоматологов (в городах — 62,9%, в районах — 40,6%). Второй год отмечаем низкую долю имеющих аттестационную категорию врачей в г. Зверево (все

6 стоматологов не аттестованы, в Новошахтинске 2 стоматолога из 12 — 16,7%).

В 14 районах ни один из имеющих право по стажу стоматологов не имеет аттестационной категории.

**Материально-техническое обеспечение стоматологических учреждений**

Значительное внимание в целом по территории уделялось в 2012 году совершенствованию материально-технической базы стоматологической службы. Она улучшилась в результате соответствующего финансирования и ответственного подхода организаторов здравоохранения на местах.

Мы сохранили в целом прежние подходы в оценке состояния материально-технического обеспечения стоматологической службы. Оно осуществлялось по учету проведения ремонтов помещений учреждений и износу дорогостоящего оборудования, используемого для диагностики заболеваний и оказания стоматологической помощи.

Объем затраченных на ремонт помещений ЛПУ средств в течение последних двух лет увеличивался. В отчетном году в РО затрачено на ремонт зданий 24 201 тыс. руб., что на 76,5% больше, чем в 2011 году (в 2011 г. по сравнению с 2010 г. +77,9%). В городах — 17 114 тыс. руб., на 63,9% больше средств, чем в предыдущем отчетном периоде (в 2011 г. +77,6%). В районных ЛПУ суммы, затраченные на ремонт, составили 7 087 тыс. руб. (-7,16%) (в 2011 г. +78,4%) (табл. 10).

Значительное обновление парка стоматологических установок (СУ) осуществляется второй год. Всего в отчетном периоде увеличение числа СУ в РО составило 1% — 1221 (+1,7%, 2011 г. — 1209). В городах, включая областные ЛПУ, — 650, районных ЛПУ — 571.

Таблица 10

Территории	Ремонт ЛПУ (руб.)		± %
	2012 г.	2011 г.	
Города с обл. учреж.	17 114 099	10 930 604	+63,9
Районы	7 087 245	7 595 081	-7,16
Ростовская область	24 201 344	18 525 685	+76,5

Таблица 11

**Число посещений и доступность стоматологической помощи населению Ростовской области**

Наименование показателя	2012 г.	2011 г.	± %
Всего посещений	2 314 601	2 326 491	-1,74
Первичных посещений	881 692	883 900	-0,62
Посещений на 1 человека в год	0,54	0,54	0

Число СУ с выработанным сроком составило по области 284 или 23,3% (2011 г. — 360 или 29,8%). Количество СУ с 10-летним сроком эксплуатации снизилось на 21,1%. В городах и областных учреждениях таких СУ 163 — 25,1%. Количество СУ со 100-процентным износом уменьшилось в городах на 19,6% (2011 г. — 195 или 28,6%). Доля подлежащих списанию СУ выше среднего показателя по г. Шахты (76,1%), Новошахтинск (70,6%), Донецк (60,0%), Азов (52,6%). В районах СУ, выработавших свой ресурс, 121 — 21,2% (2011 г. — 165 или 31,3%). То есть число СУ, подлежащих списанию, снизилось в районах на 36,4%. Доля подлежащих списанию СУ выше среднего показателя по районам Октябрьский (64,7%), Тагинский (58,3%), Ремонтненский (57,1%).

Диагностических дентальных установок в области всего 134, из них 30 (22,4%) выработали 10-летний ресурс (2011 г. — 138,41 или 29,7%). В городах и областных ЛПУ из 70 диагностических аппаратов 16 (22,8%) — со сроком службы более 10 лет, в районах области — соответственно 64 и 14 (21,9%). В области дентальных рентген-установок — 104 (2011 г. — 112), радиовизиографов — 26 (2011 г. — 20), ортопантомографов — 4 (2011 г. — 6).

### Лечебно-профилактическая работа

Одним из показателей эффективности деятельности стоматологической службы является доступность стоматологической помощи населению (табл. 11).

Показатель доступности стоматологической помощи в ЛПУ РО не меняется в течение последних 3 лет и составляет в посещениях на 1 жителя в год 0,54.

Число посещений:

- по области — 2 314 601 (2011 г. — 2 326 491);
- по городам (с областными учреждениями) — 1 449 939. В городах посещений на 1 жителя в год — 0,58 (2011 г. — 1 492 962 и 0,60). Показатель снизился (-2,89%).
- по районам — 864 662. Посещений на 1 жителя в год — 0,48 (2011 г. — 827 529 и 0,45). Увеличение составило 4,48%.

### Выполнение плана гарантированных объемов бесплатной стоматологической помощи населению

Стоматологическая помощь населению Ростовской области осуществлялась согласно постановлению Правительства РО от 23.12.11 №274 «О территориальной

программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Ростовской области». В этой связи основная деятельность стоматологической службы была направлена на выполнение государственного заказа на предоставление пациентом гарантированных объемов бесплатной медицинской помощи.

План гарантированных объемов бесплатной стоматологической помощи населению Ростовской области в 2012 году выполнен на 101,9%. Его выполнение превысило аналогичный показатель предыдущего года на 0,5% (2011 г. — 101,4%). Выполнение плана гарантированных объемов стоматологической помощи было обеспечено в целом как в городах, так и в районах области:

- в городах — 102,2% (+0,9%, 2011 г. — 101,3%);
- в районах — 101,3% (-0,2%, 2011 г. — 101,5%).

Не выполнен план стоматологическими службами следующих территорий (%): г. Зверево (98,7), Донецк (99,4), Гуково (99,5), Каменск-Шахтинский (99,7), Новошахтинск (99,7). В этих же городах план не был выполнен и в предыдущем году. Плановые показатели не достигнуты в 17 районах области (в 2011 г. — в 9). Это Дубовский (92,4), Багаевский (92,8), Волгодонской (95,2), Мартыновский (96,9), Тагинский (97,2), Азовский (97,7), Егорлыкский (97,7), Зерноградский (98,3), Белокалитвинский (98,4), Октябрьский (98,7), Советский (98,9), Чертковский (99,0) и др. Объяснение причин невыполнения в ряде случаев представлено отсутствием специалистов вследствие болезни и декретного отпуска, ремонт кабинетов и др.

Объем предоставленных населению платных медицинских услуг (ПМУ) стоматологической службой муниципальных ЛПУ составил в анализируемом периоде 1 305 045,5 УЕТ (2011 г. — 1 250 910 УЕТ).

В целом по данному разделу работы отмечается позитивный тренд. Объем ПМУ в УЕТ увеличился за год на 4,3%. Количество заработанных средств увеличилось на 73,2% — с 135 092,13 тыс. руб. в 2011 году до 234 016,76 тыс. руб. в 2012 году (табл. 12).

Сводные показатели по РО неоднозначны в городах и районах.

Так, объем платных услуг повысился в 5 городах (Батайск, Донецк, Ростов, Шахты, Зверево) и несколько снизился в 7, хотя, к примеру, в городе Волгодонске объем ПМУ (154 600 УЕТ) выше среднего по городам (96 730 УЕТ). В 24 районах области работа улучшилась, в 14 — объем платных услуг снизился.

Таблица 12

### Сведения об объеме предоставленных населению РО платных стоматологических услуг в 2011–2012 гг.

Годы	Регионы	Заработано				Заработано всего (ОМС+платн. услуги)		Доля платных услуг (%)	
		по ОМС		по платным услугам		тыс. руб.	УЕТ	тыс. руб.	УЕТ
		тыс. руб.	УЕТ	тыс. руб.	УЕТ				
2012	города	454066,93	7068,11	215683,30	1160,78	669750,23	8228,89	32,20	14,10
	районы	319431,03	4254,48	18333,46	144,26	337764,49	4398,7	5,40	3,30
	РО	773497,96	11322,59	234016,76	1305,05	1007514,7	12627,6	23,20	10,30
2011	города	450512,85	6756,26	122067,49	1115,22	572580,34	7871,49	21,32	14,17
	районы	303001,28	4319,61	13024,64	135,69	316025,92	4455,3	4,12	3,05
	РО	753514,13	11075,87	135092,13	1250,91	888606,26	12326,8	15,20	10,15

Значительный объем платных услуг стоматологическими службами районов области оказывается в Аксайском, Белокалитвинском, Мясниковском, Шолоховском, Красносулинском, Сальском, ряде других районов. Начато в отчетном году проведение ПМУ в Веселовском районе. Заработано 85 тыс. руб. при объеме ПМУ 1 470 УЕТ.

Улучшили показатели в данном разделе деятельности в г. Зверево (со 193 УЕТ в 2011 г. до 1100 УЕТ в 2012 г. — в 5,7 раза, однако удельный вес ПМУ в общем объеме стоматологической помощи остается низким — 1,7%), г. Шахты (+45%, удельный вес — 3,2%); районах: Волгодонской (увеличение объема ПМУ в УЕТ в 5 раз, доля — 3,2%), Матвеево-Курганский (в 4,5 раза, удельный вес 3,0%), Миллеровский (+17,6%, удельный вес 0,81%), Некиновский (в 8 раз, удельный вес 0,8%) и т. д.

В то же время не осуществлялись, как и в 2011 году, платные медицинские услуги населению в Боковском,

Каменском, Кашарском, Советском, Чертковском районах. Не проводились в отчетном периоде платные услуги в Кагальницком районе.

Мало внимания к организации оказания ПМУ уделяется в г. Азове (выработано 1100 УЕТ — на 31,7% меньше, чем в 2011 году, удельный вес ПМУ — 0,5%), г. Новошахтинске (снижение объемов на 16% при удельном весе ПМУ 2,0%), в районах: Мартыновский (объем — 500 УЕТ, при снижении за год на 87,5% и удельном весе ПМУ 0,6%), Октябрьский (предоставлено платных услуг на 100 УЕТ, снижение объемов составило 76,1%, удельный вес 0,04%) и других.

Учитывая расширение возможностей стоматологического обслуживания населения с материально-техническим обеспечением служб, следует уделять данному разделу работы более пристальное внимание.

# АФ ООО «Алекс Форте»

ПОСТАВКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ, СРЕДСТВ ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТЕР ПРОДУКЦИИ КОМПАНИЙ  
SEPTODONT, HERAEUS, EMS, ULTRADENT, KENDALL,  
НИОПИК, БОЗОН, ДЕЗКЛИНЕР, SENSE  
А ТАКЖЕ ДИСТРИБЬЮТЕР NI-PRO, DISPODENT, VICRYL, TIDI,  
APREXMED, SEMPERMED, COLTENE, DMG, TOP BM, ОМЕГА

**МЫ ЗНАЕМ СВОЕ ДЕЛО В СОВЕРШЕНСТВЕ!!!**

**РАБОТАЕМ  
ПО ВСЕЙ РОССИИ**

г. Москва, ул. Строителей, 6, корп. 6  
тел./факс: (495) **930-53-24,**  
**930-53-69, 930-53-76,**  
**930-61-31, 649-57-27**

РЕКЛАМА

## Опыт лечения дистальной окклюзии зубных рядов

*В. А. Иванова, Е. Ю. Федосеева, С. А. Кононенко;  
ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону*

Дистальный прикус является (после сужения зубных рядов и глубокого резцового перекрытия) самой распространенной аномалией, встречающейся в период молочного, сменного и постоянного прикусов. Его популяционная частота, по данным разных авторов, колеблется в пределах 62,3%, составляя более 30% от числа всех зубочелюстных аномалий [1, 3].

Дистальный прикус характеризуется определенными лицевыми признаками: выпуклость лица, иногда очень резкая, нередко укорочение его нижней трети, верхняя губа короткая, а нижняя располагается позади верхних резцов, губы часто не смыкаются, у многих детей рот слегка приоткрыт, подбородочная складка резко выражена. Напряженное выражение лица и сглаженность его контуров наблюдаются при сочетании дистального прикуса с открытым. Направление верхней губы зависит от наклона зубов и может быть выступающим (II класс 1 подкласс аномалии) или уплощенным при ретрузии передних зубов или их отсутствии (II класс 2 подкласс аномалии) [4].

При первом подклассе (II 1) характерна протрузия верхних передних зубов с образованием сагиттальной щели. Протрузия может сочетаться с диастемой, тремами, а также их скученностью, сужением зубного ряда верхней челюсти, а иногда и нижней, отвесным или нормальным положением передних зубов нижней челюсти.

При втором подклассе (II 2) морфологические изменения более однородны. При внешнем осмотре губы сомкнуты, нижняя губа утолщена, имеется глубокая подбородочная складка, нижнечелюстные углы по величине приближаются к прямым. В отличие от II 1 класса сагиттальная щель, как правило, отсутствует. Для этой формы характерно отвесное или ретрузионное положение верхних передних зубов. Следует отметить, что если в ретрузии находятся передние зубы обеих челюстей, то можно предположить правильное расположение нижней челюсти. Нормальное же положение нижних передних зубов и ретрузионное — верхних свидетельствует о дистальном сдвиге нижней челюсти [2, 4].

Негативными последствиями дистального прикуса являются:

- *высокий риск развития кариеса задних зубов;*
- *высокие риски, связанные с возникновением заболеваний пародонта;*
- *патология функции глотания;*
- *трудности протезирования и имплантации зубов.*

Как и лечение других видов аномалий прикуса, дистальный прикус гораздо легче лечить в детском возрасте.

Врачи-ортодонты ГБУ РО «СП» успешно проводят терапию дистального прикуса с учетом определенных особенностей в зависимости от клинической формы аномалии, возраста пациента, индивидуальных характеристик строения лицевого черепа и типа его роста (табл. 1).

*Лечение дистального прикуса в практике ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника»  
в течение 2009—2011 гг.*

Вид лечения	Количество пациентов	Не нуждались в дальнейшем лечении
Трейнеры	11	4
Эластопозиционеры	5	2
Пластинки с винтами	7	3
Брекет-система с удалением премоляров	5	5
Брекет-система с удалением 18 и 28 зубов	6	4
Аппарат «2x4»	10	6

При лечении дистального прикуса решаются следующие задачи: регулирование в период роста челюстей с помощью функционально действующего аппарата; сдерживание роста и укорочение зубного ряда верхней челюсти за счет дистального перемещения верхних моляров, клыков и устранения протрузии передних зубов. Важное значение поэтому отводят изучению профиля лица. Ф. Я. Хорошилкина совершенно справедливо отмечает, что при планировании ортодонтического лечения врач должен ясно представлять, к какой конфигурации губ нужно стремиться, и какой профиль лица возможно получить после лечения.

Соотношение губ имеет прогностическое значение. Их расположение можно также определить по отношению к эстетической плоскости Ricketts (линия, проведенная от кончика носа к выступающей части подбородка) [4].

Дистальное перемещение верхних передних зубов проводится без удаления или после удаления отдельных зубов. В этом случае чаще всего удаляются премоляры. Однако в ряде случаев мы прибегаем к удалению верхних зубов мудрости. Результаты лечения при этом не страдают, но сохраняется привычное эстетичное строение зубной дуги (фото 1, 2).



Фото 1. Дистальная окклюзия зубных рядов (до лечения).

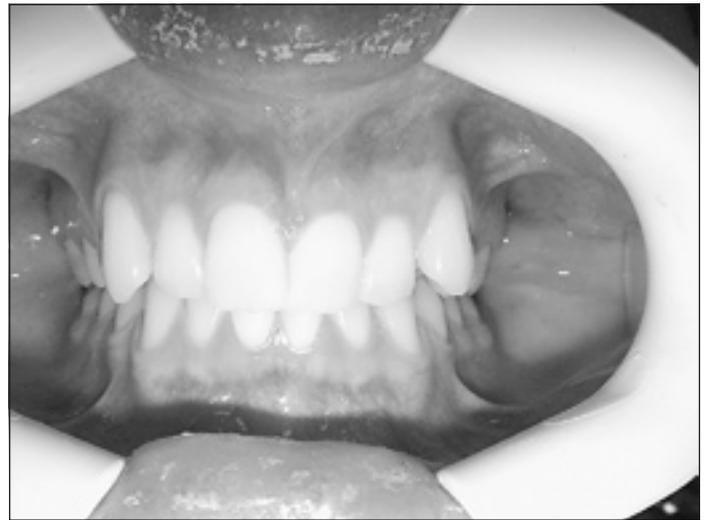


Фото 2. Состояние прикуса после ортодонтического лечения с удалением верхних зубов мудрости.



Стимуляция роста и переднее перемещение нижней челюсти осуществляется либо за счет трейнеров или «ЛМ-активаторов» (возрастной период 5–10 лет), либо за счет межчелюстной эластической тяги в системе эджуас-техники в более позднем возрастном периоде. При сужении зубных рядов верхней и/или нижней челюсти проводится их расширение пластинками с винтами в период сменного прикуса и брекет-системой в период постоянного прикуса.

Во время лечения происходит изменение межальвеолярной высоты и нормализация кривой Spee, а также функции жевательных и мимических мышц.

Помимо этого, при лечении аномалии на зубоальвеолярном уровне, особенно при сочетании с сужением зубного ряда, скученностью зубов можно использовать и несъемные конструкции. Прежде всего это аппарат «2x4», то есть щечные трубки на первые моляры и брекеты на 4 верхних резца или ютилитидуга.

## Опыт лечения множественной ретенции зубов

*С. В. Новгородский, М. В. Тишина, В. А. Иванова, Н. В. Новосядлая;  
ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону*

Одной из актуальных проблем стоматологии является повышение эффективности лечения больных с ретинированными зубами. При наличии ретинированных зубов возникают морфологические, функциональные и эстетические нарушения в зубочелюстной системе [1, 2, 3].

Многие врачи рекомендуют удаление ретинированных зубов в качестве основного метода лечения, так как выведение таких зубов в прикус часто представляется невозможным вследствие ряда причин, особенно в случаях их глубокого залегания, а также поперечного или косоугольного положения в челюстных костях. Альтернативным методом лечения ретенции зубов является аппаратно-хирургический метод, при котором вначале обнажается коронка (или часть коронки) ретинированного зуба, а затем проводится ортодонтическая часть лечения. В ГБУ РО «СП» в течение многих лет применяется аппаратно-хирургический метод лечения ретенции зубов.

### Клинический случай

Представляем интересный случай лечения множественной ретенции зубов у больного Н., 23 лет, который впервые обратился к ортодонту нашей поликлиники в сентябре 2008 года (фото 1, 2).

Установлен диагноз: «ретенция 16 зубов, сверхкомплектные зубы в области 1.4, 1.5, 3.4, 3.5, 4.5, потеря жевательной эффективности по И. М. Оксману — 72%, выраженная атрофия альвеолярного отростка на нижней челюсти».

План лечения:

1. удаление молочных и сверхкомплектных зубов и последовательное хирургическое обнажение коронок ретинированных постоянных зубов;

2. перемещение ретинированных зубов в зубной ряд брекет-системой.

Операции проводились под местным обезболиванием. С вестибулярной стороны обнажали коронки ретинированных зубов (для данного метода вытяжения достаточно обнажить режущий край и часть вестибулярной поверхности зуба). Над короной обнаженного зуба удалялась часть слизистой оболочки и создавалось «окно», через которое спустя 15–20 минут после операции фиксировался ортодонтический аппарат, а крючок на обнаженную коронку зуба прикреплялся композитным материалом. Проволочная лигатура накладывалась через

При лечении дистального прикуса необходим длительный период ретенции — до 5 и более лет, о чем больные предупреждаются заранее.

### Литература

1. Зудина М. Н. Тактика ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией, обусловленной нижней ретро-микрогнатией // Автореф. дисс. ... к.м.н. — М, 2000. — 24 с.

2. Пенаева Б. Д. Ортодонтическое лечение детей дошкольного возраста с дистальной окклюзией, глубокой резцовой дизокклюзией с использованием эластопозиционеров // Автореф. дисс. ... к.м.н. — М, 2007. — 23 с.

3. Халиулина Е. Е. Ортодонтическое лечение пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов в период формирования постоянного прикуса с использованием аппаратов функционального действия // Автореф. дисс. ... к.м.н. — М, 2003. — 22 с.

4. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Книга 1 и 2. — М, 1999. — 797 с.

30 минут после фиксации ортодонтических элементов к перемещаемому зубу. Коррекция лигатурной тяги проводилась 1–2 раза в месяц в зависимости от положения зубов (фото 2).

При осмотре больного через 2 месяца отмечается активное прорезывание зубов. Несмотря на то, что послеоперационная рана в преддверии рта верхней челюсти справа полностью зажила, и обнаженные коронки зубов покрылись слизистой оболочкой, зафиксированные к ним брекеты с лигатурами оставались состоятельными. Установлена брекет-система на нижний зубной ряд (фото 3).

После достаточного расширения альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей и создания места для прорезывания остальных ретинированных зубов в ноябре 2009 года и в феврале 2010 года выполнены операции обнажения их коронок на верхней челюсти слева и на нижней челюсти с обеих сторон (фото 4).

В феврале 2012 года выполнена последняя операция обнажения коронок ретинированных премоляров на нижней челюсти слева (фото 5). Продолжено перемещение ретинированных зубов в зубной ряд брекет-системой.

В настоящее время формирование прикуса находится в стадии завершения (фото 6).

Результаты лечения вполне удовлетворяют больного и врачей. Курс лечения планируется завершить спустя 48 месяцев (4 года) после его начала, что вполне соответствует срокам аналогичного вида лечения множественной ретенции зубов в клиниках России.

### Литература

1. Арсенина О. И., О-Жи-Хо Е. А., Проскокова С. В. Современные методы обследования пациентов с ретинированными зубами // Ортодонтия. — 2010. — №1. — С. 20–21.

2. Будкова Т. С., Жигурт Ю. И., Хорошилкина Ф. Я. Ретенция зубов, план и прогноз лечения // Новое в стоматологии. Спец. вып. — 1997. — №1. — С. 46–53.

3. Волчек Д. А. Оптимизация лечения пациентов с ретенцией клыков на верхней челюсти // Дисс. ... к.м.н. — М, 2007. — 131 с.

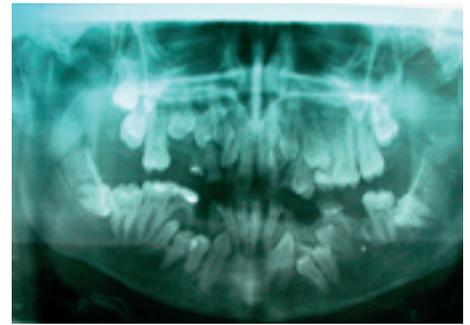


Фото 1. Состояние зубов и прикуса в день обращения.

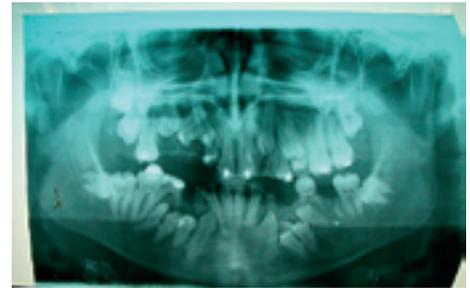
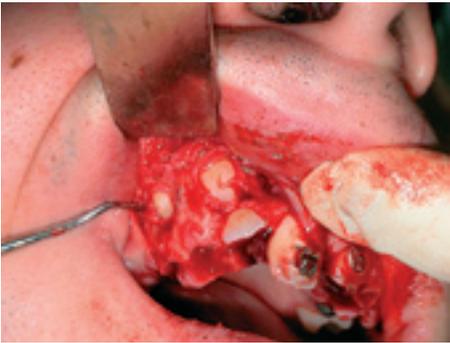


Фото 2. Начало аппаратно-хирургического метода лечения больного Н.



Фото 3. Состояние прикуса через 2 месяца после начала лечения. Установлена брекет-система на нижний зубной ряд.



Фото 4. Этапы комплексного лечения больного Н. (2009—2010 гг.).



Фото 5. Этапы комплексного лечения больного Н. (2011—2012 гг.).

Фото 6. Состояние прикуса больного Н. на февраль 2012 г.



## РАБОЧЕЕ МЕСТО ЗУБНОГО ТЕХНИКА «УНИВЕРСАЛ»



*Универсал Стандарт,  
цена 47 520 руб.*



*Универсал Коротыш,  
цена 29 760 руб.*



*Стол гипсовочный,  
цена 36 800 руб.*



*Шкаф для пайки,  
цена 45 800 руб.*

Русские столы – одни из лучших в мире!  
В этом можно убедиться на примере модели «Универсал».  
Все параметры – самые высшие.  
Каркас с ногами «терминатор» – самый жесткий и устойчивый, сделан по принципу Т-34 и АК-47, навечно прочным и надежным. Автономная вытяжная система имеет очень большой запас производительности. При работе слышен только звук движения воздуха по каналам и фильтрам.  
Сам мотор немецкого производства, имеет дополнительную защиту от вибрации и практически бесшумен. Встроенная термозащита, если случится перегрузка, обеспечит отключение, мотор никогда не сгорит. Это значит, что он «вечный».  
Набор воздушных фильтров обеспечивает высококачественную работу этого агрегата.  
Светильник имеет все степени защиты IP65. Пыле- и влагозащищен. Тумба имеет максимально возможное количество металлических ящиков на роликовом ходу.  
Высокая надежность, отличное качество и современный дизайн. Все необходимые параметры у «Универсала» – одни из лучших в мире.

Очень перспективной моделью считается «Коротыш».  
Это стол уменьшенных размеров. Но он обеспечивает все технологические возможности большого стола и занимает мало места. Это важно при дефиците производственных площадей.  
«Коротыш» является самым модным дизайнерским направлением в развитии производства этой продукции.  
Есть возможность поставить по обе стороны дополнительно тумбы со стеклянными шкафчиками. Получится конструкция из мечты самого счастливого высококлассного зубного техника!  
Мы над этим работаем.

Создание такой удачной продукции стало возможным благодаря невмешательству госструктур со своими запросами и тормозами. Совсем не трудно признать право закупки продукции у производителей, а не у перекупщиков.  
Самая рациональная закупка – по предоплате, цена будет минимальная!

*ООО «Универсал», г. Самара, Заводское шоссе, 5  
тел.: (846) 312-14-59, 275-59-02,  
e-mail: 3121459@mail.ru, www.universal-lab.ru*



# Подход к лечению кариеса в 21 веке теперь и в Вашей повседневной практике

GC представляет научно обоснованную и ориентированную на пациента концепцию Минимальной Интервенции (MI) для применения в повседневной стоматологической практике:



## MI ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Простые диагностические тесты для клинического применения; позволят спланировать необходимые лечение и профилактику:

- GC Tri Plaque ID Gel** показывает возраст и уровень pH зубного налёта.
- GC Saliva-Check BUFFER** оценивает количество, качество, уровень pH и буферную ёмкость слюны.
- GC Saliva-Check MUTANS** определяет количество бактерий Streptococcus Mutans в слюне.



## MI ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ

Серия продуктов, повышающих эффективность профилактических мер:

- GC Tooth Mousse** реминерализующий мусс местного применения, содержит Recaldent™ (CPP-ACP).
- GC MI Paste Plus** реминерализующий крем местного применения для пациентов с высоким риском развития кариеса, содержит фторид 900 ppm.
- GC Fuji Triage** стеклоиономерный цемент низкой вязкости, герметизирует и защищает ямки и фиссуры.
- GC Dry Mouth Gel** гель без сахара с нейтральным уровнем pH, устраняет симптомы сухости полости рта и обеспечивает долговременный комфорт.



## MI ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Современные реставрационные материалы на основе адгезивных технологий; позволяют Вам использовать в работе минимально инвазивные методы препарирования.

- GC Equia** уникальный долговечный стеклоиономерный материал, обеспечивающий максимальную профилактическую защиту.
- GC G-aenial Universal Flo** композит, вязкость и тикотропичность которого идеально подходит для пломбирования небольших полостей.



## MI ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ

План лечения в соответствии с концепцией MI, разработанный компанией GC, позволяет Вам установить для каждого пациента индивидуальный интервал между повторными осмотрами на основе уровня подверженности пациента развитию кариеса.



Реклама

Официальный импортер и дистрибьютор продукции Джи Си в России: «Крафтвэй Медикал»



Новый номер: 8-800-100-100-9  
(бесплатные звонки из любого региона)  
Москва, 3-я Мытищинская ул., 16,  
www.kraftwaydental.ru (495)232-69-33



CPP-ACP был разработан в School of Dental Science при University of Melbourne, Victoria / Australia. RECALDENT™ используется по лицензии RECALDENT™ Pty Limited. RECALDENT™ CPP-ACP производится из казеина молока; не применять у пациентов с аллергией на белок молока или гидроксибензоаты.

# Реминерализирующая терапия с использованием Tooth Mousse и MI Paste Plus (GC)

*Е. Ю. Леонтьева, к. м. н., ассистент кафедры стоматологии №2 РостГМУ*

*О. Е. Ткачук, к. м. н., ассистент кафедры стоматологии №2 РостГМУ*

*И. Б. Нектаревская, к. м. н., ассистент кафедры стоматологии №2 РостГМУ*

Проблема столь распространенного заболевания, как кариес зубов, занимает одно из ведущих мест в терапевтической стоматологии [8]. На сегодняшний день арсенал средств реминерализирующей терапии разнообразен как по составу, так и по способам применения. Для введения в ткани зуба активных компонентов используют аппликации, полоскания, гели, лаки, пасты, пленки, электрофорез, фонофорез и т. д. Химический состав и направленность профилактического воздействия данных средств определены процессами, происходящими в области кариозного поражения. Главной целью патогенетического воздействия является восстановление состава и структуры основного минерального компонента эмали. Достигается это несколькими путями: созданием условий для рекристаллизации гидроксиапатита или выращиванием его аналогов, обладающих меньшей растворимостью [5–7]. Большой динамической устойчивостью, чем гидроксиапатит, обладает фторапатит, что обуславливает его большую резистентность. Образование фторапатита из гидроксиапатита происходит при определенном соотношении кальция и фосфора в минерализирующем растворе и при низких концентрациях фтора [1, 3, 10, 12]. Подбор оптимального соотношения активных компонентов в минерализирующих растворах — задача очень сложная. Облегчить ее можно, используя натуральные минерализованные продукты. Так, в качестве реминерализирующего средства предложен всем известный гидролизатор костной ткани «Ремодент» [11], который отлично зарекомендовал себя в этом качестве.

Учитывая вышесказанное, наше внимание было сосредоточено на выборе натуральных минерализирующих продуктов. Из всего многообразия современных средств нас заинтересовали биодоступные реминерализирующие препараты Tooth Mousse и MI Paste Plus (GC Corporation, Япония).

**Tooth Mousse** (GC Corporation, Япония) — «мусс для зубов» или «жидкая эмаль». Активный компонент «жидкой эмали» — Recaldent®, содержащий комплекс CPP-ACP (казеин фосфопептид — аморфный кальций фосфат). CPP-ACP разработан в School of Dental Science, University of Melbourne Victoria/Australia (Recaldent® используется по лицензии Recaldent® Pty. Limited). Комплекс CPP-ACP вырабатывается из казеина молока. Казеин молока — это носитель действующих веществ, свободно связывается с эмалью, биопленкой, зубным налетом и мягкими тканями, доставляя кальций и фосфат туда, где они больше всего необходимы. Аморфный кальций-фосфатный комплекс — идеально сбалансированная комбинация, которая идентична утраченному составляющим эмали зубов и обеспечивает зубную эмаль свободными ионами кальция и фосфата. Мусс для зубов — аппликационный препарат восстановления минерального баланса в полости рта и реминерализации. Применяется для снижения чувствительности зубных тканей после отбеливания, профессиональной чистки, куретажа, ортодонтического лечения, профилактики кариеса на ранних стадиях и для нормализации слюноотделения.

**MI Paste Plus** (GC Corporation, Япония) — это крем на водной основе, содержащий Recaldent® с добавлением фторида CPP-ACPF: казеин фосфопептид — аморфный кальций фосфат фторид. Уровень содержания фторида составляет 0,2% (900 ppm), что приблизительно соответствует

его концентрации в зубных пастах для взрослых пациентов. В полости рта молекулы CPP-ACPF связываются с биопленкой, зубным налетом, кристаллами гидроксиапатита эмали зубов и оседают на мягких тканях, локализуя биодоступные кальций, фосфат и фторид.

## Цель исследования

Изучить реминерализирующую эффективность мусса Tooth Mousse и крема MI Paste Plus.

## Материалы и методы

Действие препаратов изучено путем оценки эффективности реминерализирующей терапии, проведенной пациентам стоматологического отделения клиники РостГМУ. Всего в клиническом наблюдении участвовали 16 пациентов — студентов РостГМУ, обратившихся за санацией полости рта. Средний возраст пациентов составил 23±2,0 года. Всем обратившимся требовалась санация полости рта, 5 человек предъявляли жалобы на гиперестезию эмали, у 11 из наблюдаемых были выявлены очаги начального кариеса зубов. В объем клинических стоматологических исследований и лечения были включены: опрос, внешний осмотр, оценка гигиены полости рта и твердых тканей зубов. Оценка состояния зубов включала в себя индексы интенсивности кариеса зубов (КПУз) и КПУ полостей (КПУп). Начальный кариес определяли путем подсчета и окрашивания очагов деминерализации пятен.

Обследование полости рта начинали с выявления жалоб и сбора анамнеза. Оценку гигиены полости рта проводили при помощи индекса Федорова—Володкиной.

Оценку процессов реминерализации эмали зубов проводили при помощи теста эмалевого резистентности (ТЭР) и по минерализирующему потенциалу слюны (МП).

**ТЭР** (В. Р. Окушко и Л. И. Косарева) оценивает устойчивость эмали зубов к действию кислот [10, 12].

**Методика:** центральный резец верхней челюсти очищали от мягкого зубного налета раствором перекиси водорода, высушивали сухим ватным тампоном и изолировали от слюны. На середину вестибулярной поверхности зуба на 5 секунд наносили протравочную кислоту диаметром 2–3 мм. Затем протравленный кислотой участок поверхности зуба окрашивали 1% водным раствором метиленового синего. Стирающими движениями краситель снимали сухим ватным тампоном, тщательно прижимая его к поверхности зуба. Краситель полностью снимается с непротравленной поверхности эмали, оставляя окрашенным участок протравки. Для оценки интенсивности окрашивания использовали оттеночную 10-польную типографическую шкалу синего цвета от 10% до 100% интенсивности цвета. При интенсивности окрашивания 30% — эмаль зубов устойчивая к кислотным факторам, при окрашивании от 30 до 60% — эмаль зубов среднеустойчивая к действию кислот, при интенсивности от 60 до 100% — эмаль зубов неустойчивая к действию кислот.

**Минерализующий потенциал слюны** (П. А. Леус) — дает представление о насыщенности ротовой жидкости микроэлементами [4, 12].

**Методика:** на предметное стекло с помощью пипетки наносили 3 капли слюны и высушивали при температуре 37°C. Препараты рассматривали под микроскопом при малом увеличении. Устанавливали тип микрокристаллизации ротовой жидкости. Первый тип микрокристаллизации

соответствовал насыщенности микроэлементами слюны и представлял собой удлиненные, призматической формы кристаллические структуры, чаще с радиальной ориентацией. Второй тип соответствовал среднему уровню насыщения слюны кальцием и другими элементами и выглядел как изометрически расположенные фрагменты кристаллов, без четкой ориентации. Третий тип соответствовал слюне, бедной микроэлементами, — разрозненные мелкие единичные неориентированные фрагменты кристаллов.

Выраженность процессов деминерализации изучали по степени активности очагов начального кариеса зубов (Л. А. Аксамит). Интенсивность очагов деминерализации — белых кариозных пятен — оценивали методом витального окрашивания [2]. Зубы, подлежащие обследованию, тщательно изолировали от слюны, на кариозное пятно наносили ватный тампон, обильно смоченный 2% раствором метиленового синего. Через 3 минуты тампон снимали, избыток красителя смывали водой. Для оценки интенсивности окрашивания использовали стандартную цветную шкалу, предусматривающую различные оттенки синего цвета — от чуть голубоватого до темно-синего. Полученные результаты оценивали в баллах, от 1 до 10. При интенсивности окрашивания очагов до 3 баллов активность деминерализации низкая, от 3 до 6 баллов — активность средней степени, от 6 до 10 баллов — активность очагов деминерализации высокая.

В ходе клинического наблюдения всем пациентам была проведена профессиональная гигиена полости рта и коррекция личной гигиены. После санации полости рта назначены изучаемые средства реминерализации. Наблюдаемые пациенты использовали «жидкую эмаль» в дополнение к привычным зубным пастам. Мусс Tooth Mousse и крем MI Paste Plus наносили на зубы после чистки ежедневно перед сном в течение месяца. Оценка эффективности реминерализующей терапии проводилась сразу после месячной терапии и в динамике через 6 месяцев. Из числа наблюдаемых пациентов 11 человек применяли мусс Tooth Mousse и 5 человек — крем MI Paste Plus.

### Результаты применения препаратов для реминерализующей терапии Tooth Mousse и MI Plus (GC Corporation, Япония)

Оценка состояния зубов по индексам КПУ зубов и КПУ полостей показала, что значения этих индексов достаточно высокие и всем наблюдаемым пациентам показана реминерализующая терапия. Так, индекс КПУ зубов имел значение  $9,1 \pm 0,8$ , а индекс КПУ полостей —  $10,7 \pm 1,0$ . Начальный

кариес зубов зарегистрирован у 68,8% пациентов из числа обратившихся за санацией полости рта. Количество начального кариеса в среднем составляло  $1,6 \pm 0,3$ , то есть у каждого пациента в среднем регистрировали 1—2 очага начального кариеса, а интенсивность деминерализации выявленных очагов соответствовала  $5,3 \pm 0,9$  балла, что говорит об активном течении начального кариеса зубов.

Анализ состояния гигиены полости рта у обследованных показал, что в результате коррекции гигиенических навыков и лечебно-профилактических мероприятий уровень гигиены улучшился и показатели гигиенических индексов (ГИ) за период наблюдения снизились. Так, если первоначально ГИ имел значение  $1,8 \pm 0,3$  балла, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены, через месяц ГИ оценивался уже как «хороший» и имел значение  $1,4 \pm 0,1$  балла.

Оценка эффективности реминерализующей терапии исследуемых препаратов проводилась сразу после месячного курса аппликаций. За период применения мусса Tooth Mousse и крема MI Paste Plus изменились все показатели процессов де- и реминерализации в полости рта. Эти показатели в группах пациентов, применяющих только Tooth Mousse или только MI Paste Plus, имели сравнимые изменения, поэтому оценку эффективности препаратов проводили в общей группе пациентов и не разделяли по применяемым препаратам (табл. 1). Так, показатели активности начального кариеса у всех наблюдаемых пациентов уменьшились. Интенсивность очагов деминерализации снизилась в 3,8 раза, до ремтерапии активность кариозных очагов соответствовала значению  $5,3 \pm 0,9$  балла, после терапии —  $1,4 \pm 0,4$  балла ( $p < 0,05$ ).

Значительно улучшились процессы реминерализации в полости рта. Анализ показателей, характеризующих устойчивость эмали зубов к действию кислот, демонстрирует, что после применения препаратов Tooth Mousse и MI Paste Plus состояние поверхностного слоя эмали стало устойчивее к воздействию кислот, эмаль стала более резистентной к кариесогенным факторам. Так, по тесту резистентности (ТЭР) показатели со значения  $50,0 \pm 3,4\%$  снизились до  $36,9 \pm 1,9\%$ . Характеристики реминерализующих свойств слюны показали, что ротовая жидкость стала более насыщенной микроэлементами (табл. 1). Средние показатели по микрокристаллизации слюны до лечения соответствовали III типу — несформированные кристаллы ( $2,8 \pm 0,1$  балла), после лечения — I типу — оформленная кристаллическая решетка ( $1,3 \pm 0,2$  балла).

Динамическое наблюдение за эффективностью реминерализующей терапии показало, что отмечено достоверное сохранение показателей по данным, характеризующим процесс деминерализации эмали зубов

Таблица 1

#### Показатели процессов де- и реминерализации в полости рта в ходе применения мусса Tooth Mousse и крема MI Paste Plus ( $M \pm m$ )

Наблюдение	Витальное окрашивание очагов начального кариеса зубов (баллы)	Тест эмалевой резистентности поверхностного слоя эмали зубов (%)	Микрокристаллизация высохшей капли ротовой жидкости
До реминерализующей терапии	$5,3 \pm 0,9$	$50,0 \pm 3,4$	III тип
После реминерализующей терапии	$1,4 \pm 0,4$	$36,9 \pm 1,9$	I тип
p	<0,05	<0,05	<0,05

Таблица 2

#### Показатели динамического наблюдения эффективности реминерализующей терапии при применении мусса Tooth Mousse и крема MI Paste Plus ( $M \pm m$ )

Наблюдение	Витальное окрашивание очагов начального кариеса зубов (баллы)	Тест эмалевой резистентности поверхностного слоя эмали зубов (%)	Микрокристаллизация высохшей капли ротовой жидкости
До реминерализующей терапии	$5,3 \pm 0,9$	$50,0 \pm 3,4$	III тип
После реминерализующей терапии	$2,5 \pm 0,5$	$45,5 \pm 0,9$	II тип
p	<0,05	>0,05	<0,05

и минерализирующий потенциал слюны (табл. 2). Так, через 6 месяцев средние показатели активности очагов начального кариеса имели значение  $2,5 \pm 0,5$  балла против  $5,3 \pm 0,9$  балла до лечения ( $p < 0,05$ ). Показатели минерализирующего потенциала слюны через 6 месяцев соответствовали в среднем II типу микрокристаллизации ( $1,8 \pm 0,2$  балла) по сравнению с первоначальным III типом микрокристаллизации ( $2,8 \pm 0,1$  балла) ( $p < 0,05$ ). По показателям, характеризующим процессы устойчивости эмали к кислотам, выраженных различий по сравнению с первоначальными значениями нами не выявлено. Так, кислотоустойчивость эмали (ТЭР) через 6 месяцев соответствовала  $45,5 \pm 0,9\%$  и стала сравнима с первоначальными  $50 \pm 3,4\%$  ( $p > 0,05$ ).

Также анализ показателей в динамике продемонстрировал, что крем MI Paste Plus (содержащий фтористые соединения) имеет более устойчивые результаты по всем изучаемым показателям (табл. 3, 4). Анализ данных процесса деминерализации показал, что через 6 месяцев в группе пациентов, применявших крем MI Plus, сохранялась устойчивая стабилизация процесса деминерализации эмали зубов ( $2,4 \pm 0,5$  балла против  $5,3 \pm 0,9$  балла до лечения). По тесту кислоторезистентности эмали (ТЭР) показатели 6-месячного наблюдения в данной группе имели сравнимые различия с данными до лечения ( $40,0 \pm 2,8\%$  и  $50,0 \pm 3,4\%$ ). Показатели минеральной насыщенности ротовой жидкости в группе применявших крем MI Plus через 6 месяцев продолжали соответствовать высокому минерализирующему потенциалу слюны ( $1,2 \pm 0,2$  балла при  $2,8 \pm 1,2$  балла до лечения).

Таким образом, реминерализирующие средства Tooth Mousse и MI Paste Plus:

- оказывают регулирующее влияние на процессы де- и реминерализации в полости рта;
- стабилизируют процессы деминерализации (приостанавливается активность начального кариеса);
- нормализуют насыщенность ротовой жидкости микроэлементами;
- повышают устойчивость поверхностного слоя эмали зубов к кариесогенным факторам.

Наиболее эффективным в нашем наблюдении оказалось средство, содержащее в своем составе фтористые соединения: крем MI Paste Plus.

### Заключение

Реминерализирующие препараты Tooth Mousse и MI Paste Plus (GC Corporation, Япония) являются

эффективными средствами для регуляции процессов де- и реминерализации твердых тканей зубов.

### Литература

1. Аврамов О. Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта // Труды V съезда стоматологической ассоциации России. — М, 1999. — С. 39.
2. Аксамит Л. А. Диагностика начальной стадии деминерализации эмали методом прокрашивания. — М, 1973. — С. 4—5.
3. Боровский Е. В., Леонтьев В. К. Биология полости рта. — М: Медицина, 2001. — 304 с.
4. Денисов А. Б. Диагностическая информативность слюны. Перспективы исследований // Дентал-Ревю. Образование, наука и практика в стоматологии: Тезисы докладов Всероссийского стоматологического форума. — М, 2004. — С. 253—256.
5. Кнаппвост А. Влияние ионов фтора на физиологический и патологический обмен кальция: кариес, остеопороз, атеросклероз (Гамбург) // Maestro. — 2000. — №1. — С. 57—60.
6. Колесник А. Г., Пилат Т. Л. Химические средства профилактики кариеса зубов // Стоматология. — 1989. — №1. — С. 86—89.
7. Колпаков В. В., Брагин А. В., Иванова А. Л., Старикова А. В. Физиологические основы профилактики стоматологических заболеваний // Материалы IX и XI Всероссийских научно-практических конференций и Труды VIII съезда Стоматологической ассоциации России. — М, 2003. — С. 313—315.
8. Кузьмина Э. М., Смирнова Г. А. Программа изучения интенсивности стоматологических заболеваний среди населения России // Российский стоматологический журнал. — 2002. — №1. — С. 34—35.
9. Леонтьев В. К., Дистель В. А. Метод изучения растворимости эмали зубов при жизни (Методическое письмо). — Омск, 1975. — 12 с.
10. Леонтьев В. К., Десятниченко К. С. Методы биохимического исследования эмали зубов. Практические рекомендации. — Омск: ОГМГИ, — 1976. — 19 с.
11. Похомов Г. Н. Первичная профилактика в стоматологии. — М, 1982. — 120 с.
12. Рединова Т. Л., Поздеев А. Р. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов. Методические рекомендации. — Ижевск, 1994. — С. 4—12.

Таблица 3

### Показатели динамического наблюдения эффективности реминерализирующей терапии при применении крема MI Paste Plus ( $M \pm m$ )

Наблюдение	Витальное окрашивание очагов начального кариеса зубов (баллы)	Тест эмалевой резистентности поверхностного слоя эмали зубов (%)	Микрокристаллизация высохшей капли ротовой жидкости
До реминерализирующей терапии	$5,3 \pm 0,9$	$50,0 \pm 3,4$	III тип
После реминерализирующей терапии	$2,4 \pm 0,5$	$40,5 \pm 0,9$	I тип
p	<0,05	<0,05	<0,05

Таблица 4

### Показатели динамического наблюдения эффективности реминерализирующей терапии при применении мусса Tooth Mousse ( $M \pm m$ )

Наблюдение	Витальное окрашивание очагов начального кариеса зубов (баллы)	Тест эмалевой резистентности поверхностного слоя эмали зубов (%)	Микрокристаллизация высохшей капли ротовой жидкости
До реминерализирующей терапии	$5,3 \pm 0,9$	$50,0 \pm 3,4$	III тип
После реминерализирующей терапии	$2,5 \pm 0,5$	$45,5 \pm 0,9$	II тип
p	<0,05	>0,05	<0,05

ХІІІ ВСЕРОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА И КОНФЕРЕНЦИЯ

# СТОМАТОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННАЯ

ДЕНТАЛ-ЭКСПО  
РОСТОВ



20-22

ноября 2013

ОРГАНИЗАТОРЫ:

DENTALEXPO®

[www.dental-expo.com](http://www.dental-expo.com)



РОСТОВ ЭКСПО

[www.rostovexpo.ru](http://www.rostovexpo.ru)

тел.: (863) 201-74-65/66/67

место проведения:

г. Ростов-на-Дону  
Дворец спорта  
пер. Халтуринский, 103

Генеральный информационный  
спонсор



Генеральный информационный  
партнер



выставка

СТОМАТЭКС

СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

20—22 НОЯБРЯ

ХІІ ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ - 2013»

- Стоматологическое оборудование и инструменты
- Стоматологические материалы
- Ортодонтическая продукция
- Средства гигиены полости рта
- Стоматологические услуги
- Стоматологическая мебель
- Медицинская одежда

ВЕРТОЛ  
выставочный центр ЭКСПО



РОСТОВ-НА-ДОНУ, ПР. М. НАГИБИНА, 30, ТЕЛ. (863) 268-77-68, WWW.VERTOLEXPO.RU

# Операционные микроскопы от Carl Zeiss - увеличение Ваших возможностей

ZEISS

We make it visible.



*Моторизованный операционный микроскоп OPMI PROergo*

*Механический операционный микроскоп OPMI pico*



*Операционный микроскоп OPMI pico с интерфейсом MORA*



*"Операционный микроскоп произвел революцию в области эндодонтии в экстремально короткое время."  
Dr. Peter Velvart, Zurich*

*"Хорошо лечить можно только то, что хорошо видишь."  
Prof. Dr. Syngcuk Kim, University of Pennsylvania*

Более подробную информацию Вы можете получить на сайте компании

ООО "ОПТЭК"

[www.optecgroup.com](http://www.optecgroup.com)

## Эндодонтическое лечение в комплексной терапии пародонтита

*П. В. Мороз, Н. М. Гаджиев, С. Л. Кононенко; ФПК и ППС, кафедра стоматологии; ГОУ ВПО «РостГМУ» Росздрава, г. Ростов-на-Дону*

В доступной нам литературе вопросы клиники, диагностики и лечения сочетанных поражений эндодонта и пародонта освещены недостаточно. Однако важность своевременной диагностики и лечения воспаления верхушечного периодонта и пульпы, то есть хронического воспаления эндодонта, а также воспалительных процессов в пародонте, не подвергается сомнению.

Актуальность вышеизложенных вопросов обусловлена тем, что хроническое воспаление в периодонте, пульпе и пародонте рассматривается в качестве одонтогенного очага, который является составляющим элементом хронического стоматогенного очага воспаления. Пародонт и эндодонт связаны между собой анатомически и функционально. Проникновение инфекционных агентов — микробов и токсинов — по сосудистой системе и тубулярным путем из пародонта в эндодонт и обратно утяжеляет течение заболевания, ухудшает прогноз, затрудняет лечение. Сложный патоморфофункциональный синдромокомплекс сочетанного поражения пародонта и эндодонта получил название эндопародонтального синдрома, хотя сам термин еще не закрепился в специальной литературе и возможно его изменение.

**Эндопародонтальный синдром** проявляется при воспалении в периодонте, анатомически состоящем из двух участков: апикального и маргинального. Однако маргинальный периодонт является элементом анатомо-функционального комплекса пародонта зуба, в свою очередь апикальный периодонт — часть другого анатомо-функционального комплекса — эндодонта. Такая анатомическая и физиологическая близость этих образований и их функциональная дифференцированность обуславливает одновременное поражение пародонта и эндодонта при воспалении периодонта, что требует комплексного лечения данной патологии. Оперативное эндодонтическое лечение — основной вид лечения при заболеваниях эндодонта как в случаях воспаления локализованного анатомическими границами эндодонта, так и в случаях сочетанных поражений. В последнем случае эндодонтическое лечение должно сочетаться с другими видами лечения, прежде всего — с пародонтологическими.

Нами наблюдалось 27 больных с патологией пародонта, условно разделенных на 2 группы.

**В первую группу** (11 человек) вошли больные с первичным поражением пародонта, которым по тем или иным показаниям проводилось эндодонтическое лечение. Сюда вошли случаи сочетанной патологии пародонта с хроническим воспалением в апикальном периодонте, сопровождающимся расширением периодонтальной щели, фиброзная и гранулематозная формы в стадии устойчивой ремиссии и случаи с проявлением ретроградного воспаления в эндодонте.

**Во вторую группу** (16 человек) вошли пациенты с поражением пародонта (хронические и подострые формы хронического пародонтита без сочетаний с другими видами патологии), не имевшие показаний к комбинированному лечению.

**Эндодонтическое лечение** больным первой группы проводилось по общепринятым правилам.

Препарирование каналов производилось римерами, К-файлами, хедстремами по комбинированной методике. Каналы медикаментозно обрабатывались с чередованием гипохлорида натрия и перекиси водорода. Для пломбирования каналов использовались гуттаперчевые файлы холодной конденсации в сочетании с силлерами AN+, Sealapex и другими. Состояние маргинального периодонта оценивалось по данным осмотра, пародонтометрии, окрашиванию десневого края, проб Шиллера—Писарева. Для регистрации состояния костной ткани пародонта, а также диагностики и оценки лечения эндодонта использовалась рентгенография.

У пациентов этой группы эндодонтическое лечение сочеталось с пародонтологическим, как то: снятие зубных отложений, санация пародонтальных карманов, медикаментозная терапия, шинирование по известным методикам, оптимизация окклюзионных взаимоотношений. Хирургическое лечение проводилось по показаниям. В 10 случаях отмечалось прекращение воспаления в маргинальном периодонте и начало регенерации, регистрируемой рентгенологически. У 7 больных отдаленные результаты (более 6 месяцев) обследования указывали на восстановление анатомической формы альвеолы. Особенностью эндодонтического лечения у данной группы больных было применение временного пломбирования каналов. В случаях хронического гранулематозного воспаления в периодонте проводилось заполнение обработанных каналов пастами с гидроокисью кальция сроком от 2 недель до 2 месяцев. При гранулирующей форме каналы изначально заполнялись йодоформенной пастой до устранения явлений подострого воспаления, затем проводилось временное пломбирование пастами с гидроокисью кальция. Тем самым достигалось достаточно быстрое (14 дней) начало регенерации кости альвеолы.

**Во второй группе лечение** заключалось в следующем: после шинирования зубов гибкой керамикой Glass Rain проводилось избирательное пришлифовывание по общепринятой методике. Следующим этапом было хирургическое лечение — открытый кюретаж, в ходе которого очищенные карманы заполнялись гидроокисью кальция. В результате деструктивные процессы в маргинальном периодонте приостанавливались, подвижность зубов уменьшалась. Тем самым достигалось купирование воспалительного процесса в среднем за 24—28 дней.

Таким образом, в тех случаях, когда эндодонтическое лечение сочеталось с пародонтологическим, процессы регенерации в пародонте развивались вдвое быстрее, и достигалась устойчивая (более 6 месяцев) ремиссия воспаления пародонта. Эндодонтическое лечение является необходимой частью комплексного лечения эндопародонтального синдрома. Независимо от того, где первично локализовалось воспаление — в пародонте или эндодонте, прекращение патологических процессов в апикальной части периодонта saniрует состояние маргинального периодонта.

## Остеома шиловидного отростка (случай из практики)

*Л. П. Вербицкая, В. И. Авилон, М. С. Ковалева; отделение челюстно-лицевой хирургии, отделение анестезиологии, ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону*

Шиловидный отросток располагается на височной кости, свободный край отростка — острый, тонкий, в виде иглы или шила, за что он и получил свое название. Отросток направлен сверху вниз, сзади наперед, и медиально к нему прикрепляются мышцы Роланова пучка: шилоглоточная, шило-язычная и шилоподъязычная. У некоторых пациентов отросток начинает расти без видимой причины, вызывая так называемый типичный синдром шиловидного отростка. Больные при этом жалуются на самопроизвольные боли в глотке, усиливающиеся при глотании, ощущение «спички, вставленной в горло». Боль может также локализоваться в зачелюстной ямке, в ухе, в корне языка и иррадиировать в различные области головы и шеи, чаще всего — в ухо на стороне поражения, височную, заушную, подчелюстную области, боковой отдел шеи, глотку и корень языка. Реже боль иррадирует в зубы верхней и нижней челюстей, височно-нижнечелюстной сустав, щечную и лобную область лица. Обследование больных позволило выделить объективные признаки шилоподъязычного синдрома. Ими являются: болезненность при пальпации элементов шилоподъязычного комплекса, пальпаторное обнаружение верхушки шиловидного отростка, увеличение его длины, регистрируемое на рентгенограммах. Болезненность в области шиловидного отростка вызывается глубокой пальпацией зачелюстной ямки между сосцевидным отростком и задним краем ветви нижней челюсти. Шиловидный отросток нормальной длины не пальпируется. При удлинении свыше 3 см его верхушка, располагаясь в окологлоточном пространстве, приближается к боковой стенке глотки на уровне небной миндалины.

Патогномичным признаком синдрома явилась болезненность мышц, прикрепляющихся к шиловидному отростку. Для устранения синдрома показано остеотомия шиловидного отростка.

Удаление такого отростка проводится нами под местной анестезией внутриворотным доступом. При этом он обнажается, освобождается от мышц и легко отламывается как можно ближе к основанию. Заживление происходит без осложнений.

Мы столкнулись с атипичным гигантским шиловидным отростком у пациентки 65 лет. Ее в течение нескольких месяцев беспокоили боли в правой половине глотки, под челюстью, припухлость подчелюстной области, нарушение речи, глотания. Консультирована отоларингологом, патологии не выявлено.

При осмотре обнаружено смещение правой подчелюстной слюнной железы вниз из-под края челюсти, что создавало эффект ее увеличения в размерах. Это было опровергнуто результатами УЗИ (были определены одинаковые размеры обеих подчелюстных слюнных желез и отсутствие в них структурных изменений). Дистальнее и медиальнее слюнной железы пальпировалось образование костной плотности, округлое, умеренно болезненное. Рот открывался в полном объеме. Патологии зубочелюстной системы не выявлено. Боковая стенка глотки справа несколько смещена к средней линии и отечна, пальпация болезненна.

На СКТ был обнаружен значительно увеличенный правый шиловидный отросток, длина его составляла 77 мм, наибольшая толщина — 15 мм, структура неоднородная, участки уплотнения чередовались с участками разрежения костной ткани.

В нижнем отделе отросток имеет булавовидную форму, доходит до подъязычной кости, слева отросток тонкий, но удлиннен до 28 мм (фото 1—5).

Пациентка подготовлена к операции, под эндотрахеальным наркозом с в/в премедикацией наружным разрезом от уровня подбородка до угла нижней челюсти справа обнажен шиловидный отросток, выделен из тканей.



Фото 1



Фото 2



Фото 3

С трудом (ввиду большой плотности, склерозирования кости) резецирован бором участок отростка длиной около 65 мм (фото 6).

Его фрагмент 15 мм отправлен для морфологического исследования. После удаления отростка подчелюстная железа сместилась под челюсть в свое ложе. Рана послойно ушита. Послеоперационное течение гладкое. Увеличенный левый шиловидный отросток решено не удалять одновременно ввиду отсутствия жалоб, большого объема и травматичности операции.

Морфологическое заключение: компактная остеома.

Таким образом, чрезмерный рост шиловидного отростка во всех измерениях может быть вызван опухолевым процессом. Для диагностики целесообразно использовать СКТ. В случае выявления гигантского шиловидного отростка показано его удаление наружным доступом



Фото 5

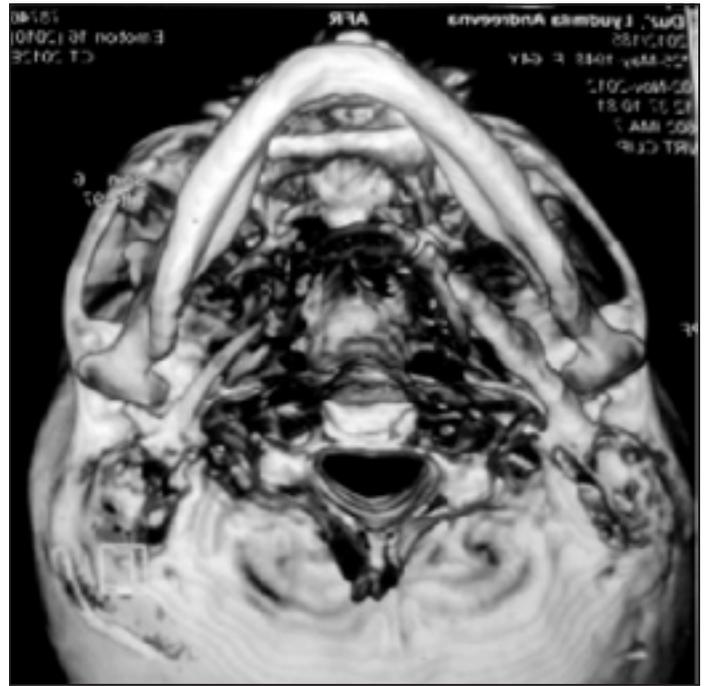


Фото 4

под ЭТН с в/в премедикацией и последующим морфологическим исследованием.

## Литература

1. Кожокар В. Ф., Крецу И. И. Стоматологическая симптоматика у больных с синдромом удлиненного шиловидного отростка // Здравоохранение (Кишинев). — 1990. — №1. — С. 45—46.
2. Корчемский И. С., Маргулис Е. А. Шилоподъязычный синдром (диагностика, клиника, лечение) // Стоматология. — 1987. — №2. — С. 68.
3. Montalbetti L., Ferradi D., Pergami P., Savoldi F. Elongated styloid and Eagl's syndrome // Cephalalgia. — 1995. — 15. — P. 80—93.

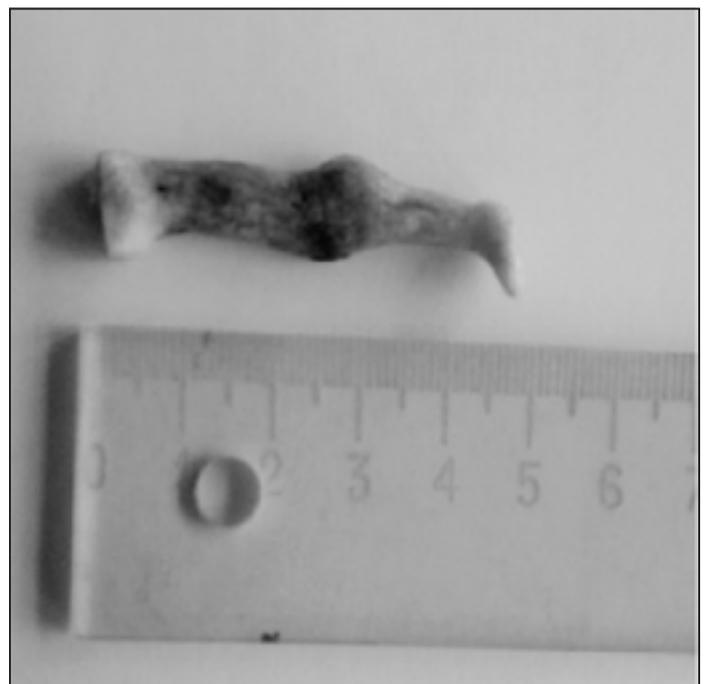


Фото 6

# Организационные особенности лечения дисколоритов зубов путем отбеливания с помощью системы ZOOM

С. Ю. Максюков, О. И. Шахбазов, Э. В. Курбатова; ГБОУ ВПО «РостГМУ» МЗ РФ

Коррекция дисколоритов зубов является важным элементом в современной эстетической стоматологии, это одна из самых запрашиваемых потребителями стоматологических процедур. Для лечения изменения цвета твердых тканей зуба (МКБ-10 K03.7) или отбеливания зубов в последнее время часто используют воздействие на находящиеся в дентине пигменты с помощью химических веществ с последующей активацией [1, 2]. По данным ВОЗ, в настоящее время более 90% дантистов Северной Америки активно используют различные методы отбеливания зубов. В России в стоматологических клиниках крупных городов в 49% используется офисное отбеливание зубов с ламповой активацией отбеливающего геля [3]. При этом отношение врачей-стоматологов к отбеливанию до сих пор неоднозначное: одни специалисты категорически отвергают имеющиеся методики, другие — активно пропагандируют, считая их альтернативой применению виниров и металлокерамических конструкций [4].

Методики отбеливания зубов доступны и просты, однако вопрос их безопасности остается нерешенным. Одним из негативных результатов профессионального отбеливания является гиперчувствительность зубов, так как перекись водорода легко проникает через эмаль и дентин (через 5–15 минут раствор достигает пульпы) и может вызвать легкое раздражение пульпы [5]. Кроме того, выявлено повреждающее действие перекисных соединений на пульпу зуба, что может стать причиной гиперестезии [6]. Нежелательным эффектом отбеливающих систем является также воспаление маргинальной десны, вероятность развития рецессии. По данным Костиленко Ю. П., Бойко И. В. (2005), после отбеливания зубов с помощью электронного сканирующего микроскопа выявлены изменения на поверхности эмали, выраженные в удалении пелликулы и обнажении эмалевых призм [7].

Ввиду относительно непродолжительного использования современных отбеливающих терапевтических технологий в стоматологических российских клиниках, отсутствует систематизация сведений об осложнениях и недостатках такого воздействия. В связи с вышеизложенным, целью работы явилось изучение эффективности отбеливания зубов с помощью системы ZOOM-3 и выявление возникающих в процессе лечения осложнений и недостатков.

## Материалы и методы исследования

Эффект химического отбеливания зубов с применением системы ZOOM был изучен у 82 пациентов с дисколоритами зубов. В клинической группе было 37 мужчин (45,1%) и 45 женщин (54,9%). Возраст пациентов варьировал от 19 до 39 лет, в среднем составив  $25,8 \pm 2,23$  года.

Давность протекания дисколоритов зубов равномерно распределялась между появлением патологии

с детства (26,8%) либо в последние годы перед обследованием: в течение года (20,7%), двух лет (24,4%), трех и более лет (28,0%). Отягощенная наследственность по дисколоритам зубов у родственников 1-го родства отмечалась в 23,2%. Прием препаратов тетрациклинового ряда отмечали 7,3% больных, а наличие профессиональных вредностей — 4,9%. Ранее применяли отбеливающие процедуры 18,3% пациентов, но только в 3,7% была отмечена их высокая эффективность. В 81,7% случаев пациенты обратились в клинику для проведения отбеливания зубов первично. Преобладающее большинство больных родились и проживали в Ростовской области (91,5%), аллергологический анамнез на перекись водорода отсутствовал.

Процедура отбеливания проводилась по стандартной методике, включая следующие этапы:

- определение исходного цвета зубов по шкале и желаемого цвета зубов по окончании процедуры отбеливания;
- защита губ и десен защитной пленкой;
- нанесение специального отбеливающего геля *Bleach-n-Smile*;
- активация геля светом лампы ZOOM (*Discus Dental Inc., США*).

Процедуру нанесения и активации геля повторяли 3–4 раза подряд для достижения наилучшего результата. Длительность каждой процедуры — 15 минут. Общее время процедуры — 45 минут. Затем гель тщательно смывали с зубов водой. В завершении отбеливания зубы покрывали специальным составом *Super Seal*, который укреплял их и снимал гиперчувствительность эмали.

Цвет зубов определяли при естественном освещении и фиксировали в зубной формуле буквенно-цифровым значением шкалы Vita (*VITA Zahnfabrik, Германия*). Всем пациентам проведено обследование клинического состояния тканей пародонта с определением гигиенического индекса Грина—Вермиллиона (ОHI-S), индекса кровоточивости Мюллемана (SBI).

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы STATISTICA 7.0 (*StatSoft Inc., США*), *MedCalc* (версия 9.3.5.0).

## Результаты исследования

У большой клинической группы после отбеливания зубов хроматический показатель определяли сразу после процедуры, затем через 1, 6 и 12 месяцев. Результаты изменения цвета зубов отражены в таблице 1.

Сразу после отбеливания хроматический показатель снизился в среднем с  $14,46 \pm 0,78$  до  $7,06 \pm 0,59$  и оставался практически на том же уровне до 6 месяцев, а через 12 месяцев незначительно повысился — до  $8,9 \pm 0,38$ .

Таблица 1

Динамика хроматического показателя у больных клинической группы после осветления

Показатель	Исходно	После процедуры	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Буквенный	A3,5-A4	A2-A3	A2-A3	A2-A3	A2-D4
Цифровой	$14,46 \pm 0,78$	$7,06 \pm 0,59$	$7,13 \pm 0,46$	$7,48 \pm 0,32$	$8,9 \pm 0,38$

**Характер осветления зубов у больных клинической группы (n=82)**

Эффект осветления	После процедуры		Через 1 месяц		Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Не произошло	-	-	-	-	-	-	-	-
На 1 тон ниже	1	1,2	1	1,2	1	1,2	2	2,4
На 2 тона ниже	1	1,2	1	1,2	2	2,4	2	2,4
На 3 тона ниже	4	4,9	6	7,3	7	8,5	9	11,0
На 4 тона ниже и более	76	92,7	74	90,2	72	87,8	69	84,1

Сразу после процедуры высокоэффективное осветление зубов (на 4 тона и выше) наблюдалось у преимущественного количества пациентов (92,7%) (табл. 2).

Через 1 месяц количество пациентов с высокоэффективным осветлением снизилось до 90,2%, через 6 месяцев — до 87,8%, через 12 месяцев — до 84,1%. Низкоэффективное осветление (на 1–2 тона) после процедуры и через 1 месяц наблюдалось в 2,4%, через 6 месяцев — у 3,6% и через 12 месяцев — у 4,8%. В динамике наблюдения возрастало количество больных, у которых осветление зубов происходило на 3 тона: сразу после процедуры — 4,9%, через 1, 6 и 12 месяцев — 7,3%, 8,5% и 11% соответственно.

Таким образом, у преимущественного количества больных эффективность отбеливания зубов с помощью системы ZOOM высокая, осветляющий эффект стабилен во временном отношении. Ни у одного больного не наблюдалось отсутствия эффекта. Однако в небольшом проценте случаев эффективность отбеливания была низкой.

Динамика гигиенических, пародонтальных индексов, индексов состояния эмали у больных клинической группы после отбеливания с помощью системы ZOOM представлена в таблице 3.

Практически все индексы после процедуры статистически значимо изменялись, поэтому отбеливание зубов с помощью системы ZOOM сказывается не только на эмали зубов, но и на состоянии десен, гигиене полости рта, пародонте.

Исходно у больных клинической группы наблюдался плохой уровень гигиены полости рта, в связи с чем была проведена профессиональная гигиена и организационные мероприятия по обучению правильной гигиене полости рта в дальнейшем. В результате сразу после процедуры наблюдалось резкое снижение индекса гигиены по Грину—Вермиллиону (OHI-S) и его составляющих. Удовлетворительный уровень гигиены отмечался весь последующий период исследования пациентов. Поскольку индекс гигиены был стабилен во все периоды наблюдения после процедуры, гигиенический статус не сказывался на изменении цвета зубов.

Таблица 3

**Динамика гигиенических, пародонтальных индексов, индексов состояния эмали у больных клинической группы после отбеливания с помощью системы ZOOM**

Индекс	Исходно	После процедуры	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Гигиенический индекс — по налету — по зубному камню	3,15±0,14 1,48±0,05 1,63±0,06	1,38±0,04* 0,71±0,02* 0,63±0,03*	1,53±0,09* 0,80±0,01* 0,74±0,02*	1,64±0,07* 0,79±0,03* 0,83±0,05*	1,79±0,08* 0,85±0,04* 0,88±0,03*
Индекс кровоточивости Мюллемана	0,64±0,05	0,76±0,07	0,97±0,06*	0,71±0,02	0,73±0,04
Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), %	14,34±0,62	27,53±1,04*	29,38±1,68*	24,15±1,35*	20,62±1,48*
Индекс реминерализации	2,83±0,07	3,71±0,13*	2,40±0,25	2,63±0,18	2,72±0,15
Чувствительность зубов (вода — воздух)	0,48±0,02	2,58±0,17*	1,06±0,09*	0,89±0,05*	0,73±0,09*
Тест эмалевой резистентности	49,46±1,85	86,35±1,57*	68,29±1,94*	62,18±1,63*	63,05±1,75*
Комплексный индекс дифференцированной чувствительности зубов	2,13±0,13	6,74±0,21*	4,62±0,16*	3,57±0,15*	2,89±0,19*

Примечание: \* — достоверные различия по сравнению с исходными данными при p<0,05

**Осложнения и недостатки после отбеливания зубов у больных клинической группы в ранний период**

Осложнения	Абс.	%
Гиперчувствительность зубов	5	6,1
Деминерализация эмали, в том числе очаговая	3	3,7
Воспаление десны	4	4,9
Изъязвления десны	1	1,2
Болезненность десен	3	3,7
Болезненность горла	2	2,4
Недостаточный эффект отбеливания	2	2,4
Неравномерный характер отбеливания зубов	1	1,2

После процедуры отбеливания у шести больных (7,3%) появлялись болезненность десен, их шелушение, изменялась текстура; у двоих (2,4%) — изъязвления десен. Кроме того, отмечалась болезненность в горле, жжение неба и ощущение неприятного привкуса в ротовой полости. В связи с этим в динамике оценивали изменения индексов, которые характеризовали состояние десен.

Индекс кровоточивости достоверно повышался ( $p < 0,05$ ) только через 1 месяц после процедуры — с  $0,64 \pm 0,05$  до  $0,97 \pm 0,06$ . На 6-й и 12-й месяц наблюдения индекс кровоточивости снижался и практически не отличался от исходного значения.

Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) после процедуры и через 1 месяц после отбеливания практически в два раза повышался по сравнению с исходным уровнем. В последующие периоды наблюдения индекс снижался. Несмотря на достоверное изменение индекса РМА по отношению к исходному уровню, во все периоды его величины в среднем не превышали 30%, что свидетельствовало о легкой степени гингивита, воспаление захватывало только десневой сосочек.

Использование перекиси водорода при отбеливании зубов по системе ZOOM может оказать деминерализующее действие на эмаль, вызвать очаги деминерализации. В связи с этим у пациентов изучали динамику индекса реминерализации. Сразу после процедуры он повысился с исходного уровня  $2,83 \pm 0,07$  до  $3,71 \pm 0,13$  баллов, что свидетельствовало о деминерализующем действии на эмаль отбеливающего вещества. Однако

уже через 1 месяц после процедуры, как и в последующие этапы наблюдения, индекс реминерализации эффективно снизился и достоверно не отличался от исходного значения.

Повышение проницаемости эмали сопровождалось после отбеливания повышенной чувствительностью зубов. Индекс чувствительности и комплексный индекс дифференцированной чувствительности зубов у больных клинической группы после отбеливания с помощью системы ZOOM после процедуры резко возрастал, указывая на негативную динамику чувствительности зубов. Затем чувствительность зубов в остальные периоды наблюдения снижалась, но оставалась повышенной по сравнению с исходным уровнем.

Аналогичная тенденция наблюдалась и для кислотоустойчивости эмали зубов. Величина теста эмалевого резистентности возрастала сразу после процедуры и снижалась, не достигая исходного значения, в последующие этапы наблюдения. Анализ средних значений показал, что сразу после процедуры кислотоустойчивость эмали была крайне низкой, затем — через 1, 6 и 12 месяцев — пониженной.

Следовательно, после процедуры отбеливания по системе ZOOM у больных в ближайший год наблюдается сохранение отбеливающего эффекта на фоне удовлетворительного гигиенического статуса, отсутствия кровоточивости десен. Однако чувствительность эмали зубов, ее кислотоустойчивость после кратковременного негативного изменения хотя и снижалась, но была выше по сравнению с исходными величинами весь период наблюдения. Данное обстоятельство требует детального

Таблица 5

**Осложнения и недостатки после отбеливания зубов у больных клинической группы в отдаленный период**

Осложнение	Абс.	%
Гиперестезия эмали	2	2,4
Частичное разрушение коронок зубов	4	4,9
Выпадение пломб	3	3,7
Нарушение краевого прилегания пломб	4	4,9
Вторичный кариес	3	3,7

изучения макро- и микроэлементов из поверхностного слоя эмали.

В ближайшем периоде после отбеливания в течение 1 месяца в качестве осложнения рассматривали наличие гиперчувствительности зубов, избыточную реминерализацию эмали, воспаление либо изъязвления десны, болезненность десен либо горла, в качестве недостатка — недостаточный эффект отбеливания (осветление зубов на 1—2 тона либо отсутствие изменения цвета зубов) или неравномерный характер отбеливания зубов.

Ранние осложнения и недостатки после отбеливания зубов у больных клинической группы обобщены в таблице 4.

Гиперчувствительность зубов и деминерализация эмали вследствие повышения проницаемости твердых тканей зуба наблюдались у 8 больных (9,8%). Молекулы перекиси водорода имеют малую массу и размеры, легко проникают через эмаль, дентин и достигают пульпы зуба. Повышенная чувствительность зубов была временным осложнением. Однако пациенты настороженно относились к появлению гиперчувствительности зубов и в последующем отказывались повторять процедуру отбеливания.

Болезненность десен и горла в первые дни после процедуры отбеливания отмечали 5 пациентов (6,1%). Болезненные ощущения продолжались от одного до четырех дней, быстро купировались и в дальнейшем не приносили неудобств больным. Воспаления и изъязвления десны наблюдались также у 5 больных (6,1%). Воспаление десны преимущественно наблюдалось в пришеечной части и в области межзубных сосочков.

Недостаточный эффект и неравномерный характер отбеливания зубов были выявлены у 3 пациентов (3,7%). Данные недостатки были связаны с наличием пломб и окрашиванием пульпы в результате неудачного эндодонтического лечения. При этом у пациентов была высокая прозрачность зубов.

В отдаленный период наблюдения за больными (6 и 12 месяцев после отбеливания) в качестве осложнений рассматривали частичное или полное разрушение коронок зубов, выпадение пломб, нарушение краевого прилегания пломб, вторичный кариес, гиперестезию эмали. Наблюдаемые отдаленные осложнения отбеливания зубов в клинической группе представлены в таблице 5.

Гиперестезия эмали отмечалась у 2 больных (2,4%) и была связана с дефектами пришеечной части зубов. Частичное разрушение коронок зубов (4,9%), выпадение пломб (3,7%), нарушение краевого прилегания пломб (4,9%) были связаны с наличием кариозного

процесса и его лечения в предшествующий отбеливающий период.

Безусловно, отбеливание зубов и повреждение коронковой части зуба в нашем исследовании явились сопряженными процессами. Кариозное поражение зубов присутствовало и раньше процедуры отбеливания. Вероятно, перечисленные дефекты коронковой части зуба в первый год после отбеливания нужно рассматривать как недостатки тактики лечения больного и его подготовки, а не осложнения отбеливания зубов. Поэтому отдаленные осложнения отбеливания зубов — это условное название описываемых событий, поскольку нарушается эстетика ротовой полости. Отдаленные осложнения наблюдались у больных через 6 месяцев после процедуры отбеливания. Методом выбора для предотвращения осложнений может являться санация полости рта путем использования временных пломб, а затем последующая замена временных пломб на постоянные после процедуры отбеливания и стабилизации цвета зубов через неделю. При нарушении краевого прилегания пломб рекомендуется либо изолировать этот участок на время процедуры, либо сделать замену всей пломбы.

### Заключение

Отбеливание зубов по системе ZOOM является эффективной процедурой. Однако анализ ранних и отдаленных осложнений и недостатков позволил акцентировать проблему недостаточной подготовки больных к процедуре при наличии дефектов твердых тканей зубов и необходимости тщательного исходного исследования состояния десен и пародонта.

### Литература

1. Акулович А. В. // Профилактика сегодня. — 2008. — №8. — С. 14—20.
2. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология. Учебник для студентов медицинских вузов. — М, 2003. — С. 351—362.
3. Вагнер В. Д., Поповкина О. А. // Профилактика сегодня. — 2008. — №8. — С. 26—28.
4. Вагнер В. Д., Сахарова Э. Б., Уланцева Г. Г., Поповкина О. А. // Проблемы стоматологии. — Екатеринбург, 2005. — №1. — С. 22—23.
5. Ватте А. // Дент Арт. — 2002. — №1. — С. 46—55.
6. Грошиков М. И. Некарнозные поражения твердых тканей зубов. — М: Медицина, 1985. — 167 с.
7. Костиленко Ю. П., Бойко И. В. // Стоматология. — 2005. — №5. — С. 10—13.

## ООО «Денстар»

### Полный комплекс услуг:

Компьютерная диагностика, современное лечение, все виды протезирования, использование микрозамковых креплений и драгоценных металлов, пародонтология высокого уровня; новейшее оборудование, лазер, вакуумный массаж десен и т. д.

### Консультации бесплатно.

Режим работы с 9.00 до 18.00, в субботу с 10.00 до 14.00, выходной — воскресенье

### Лицензированные зуботехническая и литейная лаборатории.

### Центр вакуумного напыления МЗП карбидом титана, нитридом циркония

Изготовление всех видов ортопедических изделий.

Литье всех видов зуботехнических изделий. 20 видов сертифицированных металлов, драгоценные металлы фирмы BEGO.

г. Ростов-на-Дону, ул. Филимоновская, 145 (между пер. Семашко и пер. Газетный) тел./факс: (863) 232-24-26 | www.denstar.ru | e-mail: ooo\_denstar@mail.ru

Режим работы: с 18.00. Выходной — суббота. Все работы выполняются на особом точном оборудовании с использованием материалов фирм BEGO, VITA и др. Специалисты прошли обучение в Германии.

### Магазин для стоматологов и зубных техников.

Дистрибьютор в ЮФО по BEGO, VITA, IVOCCLAR.

Материалы, инструменты, оборудование. Доставим любое оборудование под заказ по самым низким ценам. Режим работы с 9.00 до 20.00. Выходной — воскресенье.

Лит. К046606 № 61-01-000805 от 13.09.07 г.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

## Использование бюгельных протезов при протезировании пациентов с частичным отсутствием зубов

*В. В. Мартыненко, В. В. Боденко, М. Б. Белан; ГУП РО «Областная хозрасчетная стоматологическая поликлиника», г. Ростов-на-Дону*

Вторичное частичное отсутствие зубов — диагноз, который наиболее часто встречается в практике врача стоматолога-ортопеда. Сегодня стоматология располагает широким спектром методик лечения данного заболевания, что позволяет врачам, сталкивающимся с данным заболеванием, использовать различные конструкции для восстановления целостности и жевательной эффективности зубных рядов. В этой статье рассматривается клинический случай, в котором используются для восстановления зубных рядов бюгельные протезы с системой замковой фиксации фирмы Bredent — VKS (Vario-Kugel-Snap), которая широко распространена в России.

К нам в клинику обратилась пациентка К., 45 лет, с жалобами, характерными для диагноза «вторичная частичная адентия». Из анамнеза выявлено, что больной неоднократно предпринимались попытки восстановления целостности зубных рядов с использованием металлокерамических конструкций и пластинчатых съемных протезов с кламмерным креплением, которые неизменно приводили к неудовлетворению пациентки как с эстетической стороны, так и с функциональной.

При осмотре выявлено, что нижняя треть лица пациентки при протезировании была завышена на 3–4 мм, мягкие ткани, ограничивающие преддверие полости рта, напряжены. Не соответствует соотношение длины и ширины зубов, металлокерамические коронки на зубах 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 выглядят слишком длинными, их цвет не соответствует искусственным зубам пластинчатого съемного протеза, поэтому резко выделяется граница перехода съемной части протеза в несъемную. Данный контраст не придает целостности репродукции зубного ряда верхней челюсти, при этом кламмерные крепления проецируются на десну, травмируя ее, ухудшая и без того жалкую эстетическую картину (фото 1, 2).

Прилегание базиса пластиночного протеза к керамическим коронкам отсутствует, зуб 1.7 не включен в схему протезирования, фиксация протеза осуществляется на одном кламмере, поэтому полностью отсутствует его фиксация и стабилизация (фото 3, 4).

После изучения клинической ситуации и принятия во внимание пожеланий пациентки было принято решение — при восстановлении верхнего зубного ряда отказаться от кламмерного крепления протеза, использовать в качестве опоры и фиксации бюгельного протеза металлокерамические коронки с фрезеровкой и замковыми креплениями на зубах, ограничивающих дефект.

Реализация плана протезирования осуществлялась, ввиду болезненности проводимых лечебных манипуляций и сложного психологического и эмоционального

состояния пациентки, только после проведения местного обезболивания. В данном случае перед снятием металлокерамических коронок был получен оттиск слепочной массой **Zetaplus Zhermack** (Италия) для последующего изготовления временных конструкций, после чего проведена трехэтапная местная анестезия, при которой сначала проводится аппликационное обезболивание в месте будущего вкола иглы в течение 1–1,5 минуты методом втирания (препарата **XylonorGel** фирмы **Septodont**). Затем субмукозно вводим 0,2–0,3 мл раствора анестетика, а через 1–2 минуты — поднадкостнично 1,0 мл (анестетик **Septonest** 1:200000, с адреналином). Данная методика позволяет не только полностью обезболить операционное поле для проведения манипуляций разрезания и снятия коронок, но и избежать болевых и негативных психоэмоциональных факторов при проведении самой анестезии.

Разрезание коронок проводим специальными боррами PR 2 TURBO, Prima Dental, England обязательно с водным охлаждением (фото 5, 6). Данные боры имеют специальное покрытие, увеличивающее твердость поверхности, при этом сама поверхность, благодаря определенной топографии рельефной нарезки, имеет минимальную площадь соприкосновения с поверхностью коронки, что позволяет уменьшить сопротивление и, как следствие, избежать перегревания тканей операционного поля.

После снятия коронок пациентке было проведено восстановление зубов 1.1 и 2.2 композитным материалом **Charisma Opal (Heraeus)**, дентиновый оттенок OM с армированием стекловолоконными штифтами **Glassix** производства **Harald Nordin** (фото 7, 8).

После восстановления зубов необходимо провести ретракцию десны. Для этого определяем степень податливости и глубину зубодесневых желобков, это поможет выбрать нам наиболее подходящий размер ретракционной нити, которую начинаем прокладывать с язычной поверхности, так как там наиболее плотное прилегание маргинальной десны к поверхности зуба, это позволит нам надежно зафиксировать начало нити. Чтобы исключить дополнительную травму зубодесневого желобка, нить лучше прокладывать поэтапно, сначала на глубину свободного проникновения, а спустя 3–4 минуты, после того как произойдет расширение зубодесневого желобка, — на всю глубину, и оставить ее там еще на 3 минуты. Для ретракции десны использовались вязаные нити **Ultrapak (Ultradent) — woven, knitted** без пропитки (фото 9, 10). Для этих нитей характерна высокая впитывающая способность и, как следствие, значительное увеличение в объеме, что приводит к хорошей ретракции десны. При этом при



Фото 1, 2. Внешний вид зубов пациентки на момент обращения в клинику.

Фото 3, 4. Прилегание протеза к искусственным коронкам. Вид протезного ложа.



Фото 5, 6. Разрезание металлокерамических коронок и их снятие с опорных зубов.

Фото 7, 8. Вид зубов после снятия коронок до лечения и после.



Фото 9, 10. Ретракция десны нитью Ultraprak.

Фото 11, 12. Препарирование зубов.



Фото 13, 14. Вид зубов после препарирования.

Фото 15, 16. Обработка операционного поля препаратом ViscoStat. Вид зубов перед изготовлением временных коронок.



Фото 17, 18. Изготовление временных коронок прямым способом.

Фото 19, 20. Временные коронки зафиксированы на опорных зубах.

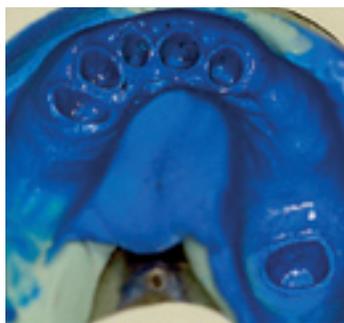


Фото 21, 22. Вид маргинальной десны через 10 дней.  
Оттиск — масса Zeta plus (Zhermark).

Фото 23, 24.  
Вид припасованных каркасов в полости рта.



Фото 25, 26.  
Определение цвета по шкале Vintage HALO Shofu.

Фото 27, 28.  
Вид металлокерамических коронок в полости рта.

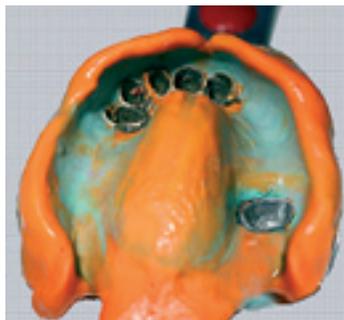


Фото 29, 30. Цельнолитая коронка установлена на зуб 1.7.  
Однофазный двуслойный оттиск Zeta Plus.

Фото 31, 32.  
Вид протезов, изготовленных в зуботехнической лаборатории.



Фото 33, 34.  
Вид протезов в полости рта.

Фото 35, 36.  
Фиксация коронок, вид несъемной части протеза без бюгельного протеза.



Фото 37, 38.  
Вид протезов в полости рта.

Фото 39, 40.  
Внешний вид пациентки.

паковке петли вязаной нити сжимаются, и в ткани выделяется гемостатический раствор. Для укладки нити в зубодесневую борозду используются специальные тонкие инструменты — пакеры (*gingival cord packer*). Так как нить **Ultrapak** является вязаной, лучше использовать пакер с насечками для предупреждения соскальзывания инструмента. Укладка нити в один слой на всю глубину зубодесневой борозды позволит одновременно с ретракцией десны произвести остановку капиллярного кровотечения, которое вызвали манипуляции, проводимые при распиливании и снятии коронок. Для этих целей мы применяем препарат **ViscoStat** фирмы **Ultradent**, которым пропитываем нити после укладки. Данный материал не только хорошо останавливает кровотечение, но и прекрасно очищает операционное поле. После завершения процесса нить удаляется из зубодесневой борозды. Правильное проведение этапа ретракции десны позволяет создать хороший доступ и видимость оперативного поля, что делает препарирование твердых тканей зуба в поддесневой области достаточно удобным и минимально травматичным.

Препарирование проводим борами **Unident** с алмазным напылением различной зернистости абразива (фото 11, 12). Препарирование проводим с обильным орошением операционного поля водой, для эвакуации жидкости из полости рта используем слюноотсос.

После препарирования проводим подготовку операционного поля, мягких тканей и зубов, попадающих в зону получения оттиска (фото 13, 14). На данном этапе струей воды удаляются все фракции, образовавшиеся в процессе препарирования, при необходимости осуществляется остановка кровотечения препаратом **ViscoStat Clear**, его наносят на ткани специальной насадкой со щеточкой, которая не травмирует мягкие ткани при втирании (фото 15, 16).

Чтобы избежать травмы при приеме пищи, на время формирования маргинальной десны, а также на все время протезирования необходимо изготовить временные коронки на зубы 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4. Для изготовления коронок используем ранее полученный оттиск и материал **Luxatemp (DMG, Германия)**, не содержащий метилметакрилата, химического отверждения. Изготовление временных коронок прямым способом позволяет нам получить точную репродукцию зубов, что дает возможность пациентки на время всего ее протезирования пользоваться пластинчатым протезом. Для получения репродукции наполняем оттиск массой **Luxatemp** и накладываем его на препарированные зубы (фото 17, 18).

По окончании полимеризации временные коронки легко снимаются с культи зубов, после чего проводится их шлифовка и полировка. Фиксируем коронки на временный цемент **BISICO Provi Bond K**, не содержащий цинка и эвгенола. Коронки, изготовленные из материала **Luxatemp**, не токсичны, не оказывают раздражающего действия на маргинальную десну, после полировки приобретают абсолютно гладкую поверхность, на которой не адсорбируется зубной налет (фото 19, 20). Далее проводим антибактериальную обработку препарированных зубов препаратом **Consepsis**

(**Ultradent**), который является 2,0%-раствором хлоргексидина. Обработка проводится однократно, экспозиция раствора — не менее 5 минут, остатки раствора не смываются, а просто сушатся воздухом, после чего временные коронки фиксируются на 10—14 дней. За это время происходит полное восстановление маргинальной десны.

Через 10 дней после препарирования зубов и фиксации временных коронок маргинальная десна полностью восстановилась, поэтому было принято решение начать реализацию плана протезирования зубов пациентки. Для получения двухслойного оттиска использовали массу **Zeta plus (Zhermark)** (фото 21, 22).

После получения оттиска проводим обработку дезинфицирующим средством **МД-520** (Германия) и передаем его в зуботехническую лабораторию для изготовления разборной модели. Изготовление каркаса проводим по общепринятой технологии, используя компенсаторный лак **Pico-Fit** и твердый воск **CROWN WAX** (БЕГО, Германия), устанавливаем беззолные заготовки аттачментов фирмы Bredent — **VKS (Vario-Kugel-Snap)**, проводим предварительную фрезеровку восковой заготовки каркасов. Каркас отливаем из неблагородного сплава **Вирон 99**, не содержащий бериллия, проводим его обработку и припасовку на модели.

Этап припасовки каркаса в полости рта проводим только после дезинфекции металлического колпачка! Дезинфекцию проводим средством **АДС-521** (Россия), обладающего бактерицидной, туберкулоцидной, фунгицидной и вирулицидной активностью. Необходимо отметить, что дезинфекцию необходимо проводить после всех лабораторных этапов, при этом пациент должен видеть сам процесс обработки изделия. Для наглядности и большей убедительности дезинфекцию лучше проводить в мини-ультразвуковых установках, используя средство **Аламинол** (Россия). Потеря нескольких минут на проведении данной процедуры поможет Вам в дальнейшем оградить себя от обвинения в инфицировании пациента. После дезинфекции каркас укладываем в стерильный лоток.

Припасовку проводим с целью выявления качества прилегания каркаса к уступу, стабилизации и фиксации на культе зуба, окклюзионному расположению по отношению к зубам-антагонистам (фото 23, 24). Каркас на модель устанавливаем только после завершения всех манипуляций припасовки, перед отправкой работы в лабораторию.

Одним из основных требований, предъявляемых к каркасу металлокерамической коронки, является необходимость повторения в уменьшенном виде анатомической формы зубов, это позволит нанести равномерно керамическую массу и распределить жевательное давление по всей площади коронки, тем самым максимально снизить риск скола.

Процедуру определения цвета лучше проводить при дневном освещении, определяя цветовой оттенок по шкале соответствующей рекомендации производителя керамической массы. В данном случае для облицовки каркаса будет использована керамическая масса **Shofu Vintage**, цветовая гамма которой

соответствует шкале **Vintage HALO Shofu**. По шкале сначала определяем прозрачный оттенок режущего края — А2, затем в пришеечной области основной цвет — А3 (фото 31, 32).

После передачи каркаса в лабораторию проводят его окончательную шлифовку и приступают к нанесению опакочной массы, которая определяет основной цвет коронки. В практике опытным зубным техникам для создания окончательного цвета коронки приходится использовать два или три цвета, которые укладываются на различные участки каркаса. Впоследствии это придает иллюзию глубины проникновения света и эффект неоднородности дентина готовой коронки. Толщину наложения опакочной массы контролируют по степени просвечивания металла в момент выхода жидкости на поверхность нанесенного слоя после его конденсации. Правильное нанесение опакочной массы позволяет наносить керамическую массу сверхтонким слоем, через который не будет просвечивать черная или темно-серая окраска оксидной пленки, покрывающей поверхность металлического каркаса. На каркас, покрытый опакочной массой, наносится послойно керамическая масса. Первый слой дентиновой массы наносят, придерживаясь контуров коронок, и конденсируют, оставляя место для эмалевой и (если есть необходимость) прозрачной массы. Поверх дентинового фарфора наносится эмалевый слой, который как и дентин имеет множество оттенков, но всегда светлее, чем дентиновые массы. Массы окрашивают в разные цвета для визуального отличия и возможности контролировать слои на поверхности зубов при их нанесении, дентин — розового цвета, эмаль — белоголубая, опакочные массы — белые или кремовые. Послойное нанесение дентиновой и эмалевой керамической массы обеспечивает эффект глубины цвета и позволяет получить нужный оттенок. Для коррекции формы коронки при необходимости можно наносить дополнительные порции керамической массы. После облицовки каркаса керамической массой **Shofu Vintage** проводим повторную припасовку коронок (фото 27, 28).

Проверяем смыкание окклюзионных поверхностей, используя **articulating Paper BLUE RED RADAR**, проводим контроль прилегания края коронок к уступу зуба, а также вместе с пациенткой оцениваем эстетические аспекты и при необходимости проводим коррекцию формы и цвета искусственных коронок. После проведенной припасовки металлокерамические коронки полируются и покрываются тонким слоем глазури, в которую для придания индивидуальных особенностей зуба добавляем различные красители. Красители наносим в пришеечной зоне, а также по фиссурам на жевательной поверхности коронки. Далее производится окончательный обжиг с глазурью.

После окончательной припасовки и повторной коррекции прикуса получаем оттиски для изготовления съемных протезов (фото 29, 30). По полученным оттискам (оттискная масса **Zeta plus, Zhermark**, Италия) зубной техник изготавливает бюгельный протез с элементами замковых креплений.

Вне полости рта проверяем фиксацию аттачментов, соответствие фиксирующих элементов съемной и несъемной конструкции протезов. Заключительным этапом работы является установка протезов и фиксация их в полости рта. Протезы должны точно соответствовать протезному ложу, не иметь баланса, легко вводиться и извлекаться из полости рта.

Фиксацию несъемной и съемной частей протезов необходимо производить одномоментно, на стеклоиономерные цементы, укрепленные композитными частицами. Типичным представителем этой группы цементов является **GC FujiCEM**, обладающий рядом свойств, позволяющих его использовать при данном виде фиксации:

- *увеличенное время рабочего состояния;*
- *более низкая начальная вязкость и повышенная текучесть;*
- *высокая степень адгезии;*
- *упрощенное замешивание;*
- *низкий уровень разрушения и эрозии;*
- *плотное прилегание;*
- *более высокая устойчивость к нагрузкам;*
- *коэффициент теплового расширения цемента аналогичен показателю ткани зуба.*

Необходимо помнить, что при фиксации элементы замковых креплений, не входящие в зону непосредственного цементированья, необходимо изолировать вазелином, чтобы избежать попадания цемента на фиксирующее элементы.

Контрольное извлечение съемной части протеза проводим не ранее чем через 2 часа, а лучше на следующий день (фото 35, 36).

При соблюдении необходимых требований изготовления протеза сложностей при повторной установке протезов на опорно-фиксирующую часть обычно не возникает. Протез хорошо фиксируется в полости рта, не имеет повышенной компрессии на слизистую. Давление, благодаря иммобилизирующим устройствам и аттачментам, равномерно распределяется между опорными зубами и слизистой протезного ложа, что сводит коррекцию протезов к минимуму.

На данных фотографиях видно, что эстетическая сторона протезирования находится на высоком уровне и соответствует всем современным требованиям (фото 37—40).

Необходимо помнить, что при длительной эксплуатации протеза возникает необходимость в коррекции базиса, а также замене матриц фиксирующих устройств. Поэтому необходим профилактический осмотр таких пациентов примерно каждые 6 месяцев, что позволяет увеличить срок эксплуатации протеза до 5—6 лет. Клинический опыт, приобретенный с этим конструкционным принципом в течение последних 10 лет, показал позитивный эффект, пациенты обычно остаются довольными результатами протезирования.

Клинический успех, достигаемый при протезировании бюгельными протезами с различными видами замковых креплений, сопоставим только с успехом при протезировании с использованием имплантатов.

## Применение «КоллапАна» при хирургическом лечении заболеваний пародонта

*С. В. Козлов, д.м.н., главный стоматолог ГВКГ им. Н. Н. Бурденко;*

*А. С. Туманова, к.м.н., врач-стоматолог поликлиники ФСБ РФ;*

*Е. Ф. Труханов, заслуженный врач РФ, консультант-стоматолог отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГВКГ им. Н. Н. Бурденко;*

*С. В. Терещук, челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГВКГ им. Н. Н. Бурденко*

[http://www.stomalg.ru/index.php?option=com\\_content&task=view&id=54&Itemid=96](http://www.stomalg.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=96)

Проблема лечения заболеваний пародонта остается одной из самых актуальных в современной стоматологии. По данным ВОЗ (1984), около 80% населения земного шара страдает заболеваниями пародонта, являющимися основной причиной утраты зубов у людей после 30 лет.

Наличие очагов хронической инфекции при пародонтите приводит к снижению резистентности макроорганизма, его микробной сенсibiliзации и другим нарушениям. Лечение заболеваний пародонта всегда носит комплексный характер, задачами которого являются:

- *исключение наиболее вероятных патологических факторов;*
- *устранение местных раздражающих факторов в полости рта;*
- *ликвидация воспаления тканей пародонта;*
- *приостановление дистрофического процесса;*
- *восстановление нарушенной функции тканей пародонта;*
- *стимулирование процесса регенерации;*
- *сохранение зубного ряда как единой функциональной динамической системы.*

В связи с изменением взглядов на репаративные возможности альвеолярной кости все чаще при проведении лоскутных операций применяются средства, стимулирующие регенерацию. Для усиления остеогенетических процессов в костных карманах после кюретажа их начали заполнять разнообразными трансплантатами.

По многочисленным сообщениям, хирургические методы с использованием остеопластических материалов являются наиболее эффективным способом лечения развившихся стадий пародонтита. В настоящее время имеется большое количество публикаций о применении синтетических композиционных материалов при хирургическом лечении воспалительных заболеваний тканей пародонта. Исследователями использовались: порошок гидроксиапатита (ГА), Остим-100, комплексы ГА с коллагеном (Гапкол, Колапол), комплекс коллагена с деминерализованной аллокостью (Коллаост), комплекс коллагена с формализированной аллокостью (Аллокостен) фирмы «Полистом» [2, 5, 6].

Биокомпозиционный препарат «КоллапАн» производится фирмой «Интермедапатит» (Москва). В основе материала — высокоочищенные ГА и коллаген, по структуре наиболее близкие к биологическим,

а также антибиотики. Препарат «КоллапАн» обладает высокой биосовместимостью с тканями реципиента, не вызывает отторжения, нагноения и аллергических реакций. Выявлены отсутствие воспаления в послеоперационном периоде, уменьшение глубины пародонтальных карманов, патологической подвижности зубов и стабилизация рентгенологической картины заболевания в течение 3—4 лет. Кроме того, описано использование «КоллапАна» для хирургического лечения пародонтита средней и тяжелой степеней, а также раннего и быстро прогрессирующего пародонтита.

После определения гигиенических индексов ИГ (по Федорову—Володкиной, Грину—Вермиллиону) проводится профессиональная гигиена: снятие зубных отложений с помощью ультразвукового аппарата или ручным способом, полирование поверхностей зубов с применением пасты, резиновых полиров и щеток. По окончании процедуры на 2 часа на десну накладывается лечебная повязка. Всем пациентам подбираются индивидуальные средства гигиены.

Проведение плановой санации полости рта должно включать не только лечение или удаление очагов инфекции, но и депульпирование зубов по пародонтологическим (атрофия костной ткани более 2/3 корня) и ортопедическим показаниям. Для укорочения сроков санации при больших объемах возможно проведение вмешательства под общим обезболиванием.

Через 2—3 недели можно приступить к хирургическому лечению пародонтита. Прежде всего надо решить вопрос о предотвращении причин, прямо или косвенно влияющих на развитие патологического процесса в тканях пародонта. Для предотвращения травматического фактора, влияющего на ткани пародонта, по показаниям пациентам проводятся операции френулэктомии и пластики преддверия полости рта. Это позволяет, устранив травматический фактор для тканей пародонта, удлинить сроки ремиссии.

Через 20—25 дней после вспомогательных операций пациентам выполняются хирургические вмешательства на пародонте. Цель операций — удаление пародонтального кармана, удаление поддесневых зубных отложений, деэпителизация десневого края и его коррекция. Это оперативное лечение относится к репаративным методам и предполагает применение различной техники хирургического вмешательства на пародонте, которая первоначально использовалась с целью восстановления утраченного удерживающего аппарата зуба путем создания нового прикрепления после удаления

грануляционной ткани с последующим полированием поверхности корня.

Кюретаж может выполняться путем комбинации применения ультразвукового скалера и ручных инструментов. При проведении кюретажа под проводниковым или инфильтрационным обезболиванием удаляются наддесневые и поддесневые зубные отложения, полируется корень зуба. Далее пародонтальными крючками удаляется грануляционная ткань, а также проводится дезэпителизация десневого края. По окончании манипуляции на десну накладывается лечебная повязка.

**Открытый кюретаж** — оперативное вмешательство, при котором после местной анестезии через краевой разрез, проводимый максимально щадяще в межзубном промежутке, на глубину пародонтального кармана отслаивается слизисто-надкостничный лоскут, удаляются поддесневые зубные отложения, грануляционная ткань и краевой эпителий, проводится полирование корня и затем, после туалета раны, слизистый лоскут фиксируется в межзубных промежутках.

**Лоскутная операция** — существует большое количество модификаций лоскутных операций. Одна из них — лоскутная операция по Widman R. (1917) в модификации по Ramfjord S. S., Nissle R. R. (1974) (методика названа ими «Модифицированный лоскут Widman'a»). Под местным обезболиванием проводится парамаргинальный разрез, отступающий от края десны примерно на 0,5—1 мм, до альвеолярного гребня. Линия разреза по возможности повторяет фестончатость десневого края. С помощью распатора отсепааровывается слизисто-надкостничный лоскут на глубину, обнажающую большую поверхность альвеолярной кости, удаляется грануляционная ткань и эпителий кармана, твердые поддесневые зубные отложения и полируется корень зуба, бором щадяще иссекается край костного дефекта для достижения адаптации слизистого лоскута и, при наличии, проводится обработка вертикальных костных карманов.

При использовании биокомпозиционного препарата «КоллапАн» далее обнаженная костная ткань покрывается гранулами данного лекарственного средства. После пропитывания кровью гранулы подвергаются слабому уплотнению, и слой препарата увеличивается примерно до 0,5 мм. Вертикальные костные карманы рекомендуется также выполнять гранулами на всю глубину дефекта без уплотнения материала. «КоллапАн» вводится в костный дефект и в области фуркаций. При необходимости одновременно с этим можно проводить гемисекцию или ампутацию корней зубов с последующим заполнением лунки удаленного корня гранулами «КоллапАна». Лоскут укладывается на место и фиксируется швами в межзубных промежутках. В зависимости от клинического и психологического статуса пациента, лоскутные операции можно проводить в 2, 4 или 6 этапов. Необходимо отметить, что послеоперационный период у больных протекает более благополучно по сравнению с группой пациентов, которым не применяется данный препарат. Отмечено, что после оперативного вмешательства с применением «КоллапАна» у больных отсутствует выраженный отек, болезненность сохра-

няется не более 1—2 дней, не требуется употребления сильнодействующих анальгетиков (можно рекомендовать анальгин). Повышение температуры тела наблюдается в день операции и не превышает 37,7°C. Пациенты не нуждаются в назначении антибиотиков, так как высвобождающееся из препарата в течение 20 суток антибактериальное средство, содержащееся в «КоллапАне», снимает явления воспаления. Заживление проходит первичным натяжением. Случаев отторжения материала не наблюдалось. Швы снимаются на 5—6-е сутки.

Через 1—1,5 месяца после завершения хирургического этапа лечения пародонтита при наличии показаний пациентам назначают ортопедическое лечение для восстановления жевательной функции с учетом необходимости снижения нагрузки на ослабленные ткани пародонта. В ортопедическом лечении должны превалировать съемные шинирующие конструкции.

Все пациенты после комплексного лечения пародонтита подлежат диспансерному наблюдению, должны приглашаться на прием два раза в год и в дальнейшем получать физиотерапию, витаминотерапию, каждый раз необходим контроль гигиены полости рта и ее коррекция.

## Литература

1. Александрова Л. А., Рыбаков П. А., Медведева Т. Н. Применение аллогенного костно-пластического материала в амбулаторной практике стоматолога-хирурга // Биоимплантология на пороге XXI века. Материалы Симпозиума по проблемам тканевых банков с международным участием. — М, 2001. — С. 126—127.
2. Грудянов А. И., Ерохин А. И., Новоселова С. П., Чупахин П. В. Сравнительная оценка эффективности остеотропных подсадов при проведении лоскутных операций // Применение биокомпозиционных материалов в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Материалы I Всероссийской научной конференции. — М, 1997. — С. 27.
3. Иванов В. С. Заболевания пародонта. — М: Медицина, 1998. — 288 с.
4. Иорданишвили А. К., Гололобов В. Г., Басченко Ю. В., Сахарова Н. В. КоллапАн — современный оптимизатор репаративного остеогенеза // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. — 2002. — №2. — С. 6—8.
5. Модина Т. Н., Баранникова И. А. Ближайшие и отдаленные результаты комплексного лечения быстро прогрессирующего пародонтита // Стоматология. — 1993. — №2. — С. 23—29.
6. Невров А. Н., Никитин А. А., Герасименко М. Ю. и др. Хирургическое лечение пародонтита с использованием препарата КоллапАн // Применение биокомпозиционных материалов в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Материалы I Всероссийской научной конференции. — М, 1997. — С. 39—40.

# 18 лет безупречной репутации!

Свойства, проверенные временем:

- полностью замещается костной тканью
- предупреждает гнойные осложнения



**ИНТЕРМЕДАПАТИТ**

ООО фирма "Интермедпатит"  
Россия, г. Москва  
Тел: (495) 319-79-27;  
(495) 781-79-77  
[www.collapan.ru](http://www.collapan.ru)



РЕКЛАМА



## Volga Dental Summit

# 2013

# 10-11 ОКТАБРЯ ВОЛГОГРАД ЭКСПОЦЕНТР



- Круглый стол с участием главных стоматологов России
- Научно-практическая обучающая программа



- Презентация новинок в стоматологической отрасли 2013 года
- Инновационные решения в имплантологии, ортодонтии, эндодонтии и хирургии

Организаторы:



ВЦ «ВолгоградЭКСПО»  
Тел./Факс: (8442) 55-13-17  
E-mail: [stom@volgogradexpo.ru](mailto:stom@volgogradexpo.ru)  
[www.volgogradexpo.ru](http://www.volgogradexpo.ru)

**DENTALEXPO**

ВК ДЕНТАЛЭКСПО  
Тел./Факс: (495) 921-40-69  
E-mail: [region@dental-expo.com](mailto:region@dental-expo.com)  
[www.dental-expo.com](http://www.dental-expo.com)

Официальная поддержка:



Министерство здравоохранения  
Волгоградской области



Волгоградский  
Государственный  
Медицинский Университет



Волгоградская Региональная  
Ассоциация Стоматологов

Генеральный  
информационный  
спонсор



Генеральный  
информационный  
партнер





- Анестетик с самым высоким уровнем pH, обеспечивающий быстрое наступление анестезии и сохраняющий свою эффективность при воспалительных процессах
- Поршни карпул Septanest® изготовлены без использования латекса, что снижает риск аллергических реакций
- Каждую секунду в мире проводится 4 инъекции Septanest®

500  
МИЛЛИОНОВ  
ИНЪЕКЦИЙ  
В ГОД  
ПО ВСЕМУ  
МИРУ  
4 ИНЪЕКЦИИ  
КАЖДУЮ СЕКУНДУ



## Septanest®

Единственный анестетик двойного цикла стерилизации, отвечающий всем требованиям фармацевтической отрасли в 170 странах мира

## Septoject® Evolution

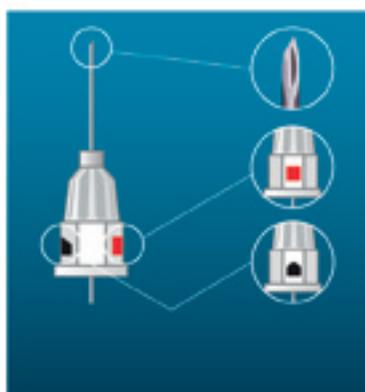
- Скол, имитирующий лезвие хирургического скальпеля
- Трехмерная конструкция кончика иглы
- Отсутствие колебаний иглы от точки вкола
- Равномерное распределение нагрузки без разрыва тканей



Отметка, обозначающая расположение скола



Отметка, противоположная сколу.  
Предназначена для улучшения визуального контроля ориентации иглы



**S.T.I.**  
DENT

[www.stident.ru](http://www.stident.ru)