

специализированный медицинский журнал

главный ВРАЧ

МАЙ (61) 2018

ЮГА РОССИИ

WWW.AKVAREL2002.RU



СТОМАТОЛОГИЯ

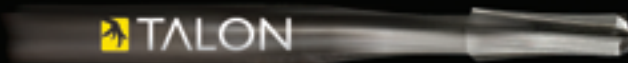
TRI-HAWK
для ценителей боров

Можете ли вы снять 6 коронок менее чем за 2 минуты?
С НАШИМ БОРОМ TALON 12 ЭТО ВОЗМОЖНО!



Talon 10

специально
создан
для высокого
искусства
стоматологии



Talon 12

лучший бор
в мире для резки
коронок.
Способен резать
и керамику,
и металл
одновременно



Тел.: +7 985 647 99 98 (МТС)
+7 985 854 57 35 (МТС)

www.trihawk.ru
www.facebook.com/BelgoRusse
e-mail: belgo.russe@gmail.com

ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ ЧЕРЕЗ РЕДАКЦИЮ +7-988-950-98-70



Стоматологическая продукция
швейцарского качества



Валлекс М

ТРЕЙНЕР ДЛЯ МАЛЫШЕЙ ^{от 3 до 5 лет}

У ТРЁХ ИЗ ЧЕТЫРЁХ ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ДИЗОККЛЮЗИИ

Специальный тренажер для активной тренировки жевательной мускулатуры, регулярное применение которого (2 раза в день по 10 минут) позволяет восполнить недостающую мышечную нагрузку, а также выработать у ребенка нормальный тип дыхания и глотания. Это способствует нормализации челюстнолицевого роста. Упругая модификация трейнера **Infant** поможет при бруксизме.



infant™
TRAINER

- 1 Воздушные отверстия
- 2 Маркерный язычок трейнера
- 3 Ограничитель позиции языка
- 4 Эластичный ремешок



**MYOFUNCTIONAL
RESEARCH CO.**
www.myofunctionalresearch.com
a BETTER way

Валлекс М

Эксклюзивный представитель в России — ООО «Валлекс М»

Москва, Старокалужское шоссе, д. 62

тел/факс: (495) 784-71-24, тел.: (495) 933-41-81; e-mail: stom@vallexm.ru; www.vallexm.ru

Филиал ООО «Валлекс М»

Санкт-Петербург, Гражданский пр., 24

тел.: (812) 240-47-10; e-mail: stom-spb@vallexm.ru

защита кресла | комфорт пациента | удобство врача



| больше вариантов на www.med-teks.com |

СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ХИМИЧЕСКОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ

ЗАО «СТОМАХИМ» (Санкт-Петербург) с 1991 года работает в области разработки и серийного производства пломбировочных материалов, которые успешно используются в терапевтической и ортопедической стоматологии и особо эффективны в детской практике.

По техническим показателям стеклоиономерные цементы соответствуют международным стандартам и имеют следующие характеристики:

- высокая прочность
- герметичное краевое прилегание
- миграция ионов фтора в ткани зуба
- оптимальные эстетические показатели
- ограниченное препарирование кариозной полости
- простота манипуляций
- достаточное рабочее время.



ЗАО «СТОМАХИМ»

РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
И ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ



195043, Санкт-Петербург, ул. Челябинская, 95
тел./факс (812) 456 65 18, e-mail: stomahim@mail.ru
www.stomahim.ru

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

Крылова О. В. — учредитель и издатель

Крылова О. В. — главный редактор

Редакционный совет:

Быковская Т. Ю. — министр здравоохранения
Ростовской области

Ибрагимов Т. И. — министр здравоохранения
Республики Дагестан

Кокоев В. Г. — начальник ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ

Мажаров В. Н. — министр здравоохранения
Ставропольского края

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

Филиппов Е. Ф. — министр здравоохранения
Краснодарского края

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

Редакционная коллегия:

Альникин А. Б. — кандидат медицинских наук

Беловолова Р. А. — доктор медицинских наук

Гандылян К. С. — доктор медицинских наук

Гаража С. Н. — доктор медицинских наук

Дмитриев М. Н. — кандидат медицинских наук

Караков К. Г. — доктор медицинских наук

Карсанов А. М. — доктор медицинских наук

Куценко И. И. — доктор медицинских наук

Максюков С. Ю. — доктор медицинских наук

Новгородский С. В. — доктор медицинских наук

Росторгуев Э. Е. — кандидат медицинских наук

Шкурят Т. П. — доктор биологических наук

Адрес редакции и издателя:

344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Вавилова, 54, оф. 404

т. (863) 223-23-26, моб. 8-988-950-98-70

по вопросам подписки т./ф. (863) 273-25-16

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

Отпечатано в типографии «Лаки Пак», ИП Истратов С. В.
г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, 112а

Тираж 3000 экз., заказ № 912

Подписано в печать 15.05.2018 г., дата выхода 21.05.2018 г.

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору
в сфере связи, информационных технологий и массовых
коммуникаций

Регистрационный номер
ПИ № ФС 77-55311 от 11.09.2013 г.

Журнал входит в систему РИНЦ (Российский индекс
научного цитирования) на платформе elibrary.ru

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются.
За достоверность сведений, изложенных в статьях,
ответственность несут авторы.

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

Распространяется бесплатно по линии МЗ

СОДЕРЖАНИЕ

Роль психофизиологии личности в формировании стоматологической мотивации	4
Современные решения для прямых реставраций зубов дистальной группы	6
Контент-анализ распространенности аномалий положения клыков по историям болезни пациентов МУЗ «СП» г. Каменска-Шахтинского	11
Анализ диагностического исследования боковых телерентгенограмм у лиц с дистальной окклюзией в возрасте 11–14 лет	13
Цели и алгоритмы лазерной коррекции пародонта перед реставрацией и эндодонтическим вмешательством	17
Стоматологическая заболеваемость при глоссалгии....	19
Адгезивные методики реставрации в клинически неблагоприятных условиях	21
Практика применения протоколов транскуловой, ангулярной и поликортикальной имплантации у пациентов с экстремальной атрофией верхней челюсти	26
Прототипирование в ортодонтии. Целесообразность применения элайнеров, как альтернатива брекет-системе	30
Наш опыт лечения пациентов с патологией височно-нижнечелюстных суставов	32
Выставки	33, 42
Повышение эффективности операции синус-лифтинг с использованием фибрин-тромбинового герметика «Криофит»	37
Влияние назначения заместительной гормональной терапии у женщин в постменопаузе на состояние тканей пародонтального комплекса	43
Клиническая эффективность применения препаратов на основе фторида олова при лечении воспалительных заболеваний пародонта	45

**ЖУРНАЛ «ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ЮГА РОССИИ» ПРЕДЛАГАЕТ
ВРАЧАМ ПУБЛИКАЦИЮ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ.
ЖУРНАЛ ВХОДИТ В СИСТЕМУ РИНЦ**

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ

1. Тематика: сообщение о результатах научно-иссле-
дательской работы; историко-научная обзорная статья; дискусси-
онная статья; научно-публицистическая статья.

**2. Статья обязательно должна содержать на русском
и английском языках:** заглавие, авторов, аннотацию и ключе-
вые слова.

3. Желательный объем статьи – 12–18 тысяч знаков.

**4. Фотографии и рисунки должны прилагаться отдель-
ными файлами** в формате tif или jpg, в тексте статьи обяза-
тельны ссылки на них и на литературные источники.

**5. В списке литературы желательно использовать пу-
бликации за последние 5–8 лет,** в количестве не более 15 ис-
точников.

6. Статья не должна быть ранее опубликована и не долж-
на содержать рекламу, в том числе скрытую.

7. К статье должна прилагаться авторская справка.

**ВЫСЫЛАТЬ СТАТЬИ ВЫ МОЖЕТЕ НА ЭЛЕКТРОННЫЙ
АДРЕС РЕДАКТОРА KRYLOVA@AKVAREL2002.RU
ИЛИ НА ОБЩИЙ ЯЩИК ЖУРНАЛА GVUR@MAIL.RU**

РОЛЬ ПСИХОФИЗИОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ

Е. Ю. Леонтьева, Т. Ю. Быковская, Р. А. Тлепцеришев

Аннотация. Проведена оценка уровня стоматологической мотивации у студентов Ростовского медицинского университета, и выявлена роль психофизиологических особенностей личности молодых людей в процессе ее формирования. В анкетировании приняли участие 80 студентов стоматологического факультета. Выявлено, что среди будущих врачей 67% имеют высокий уровень стоматологической мотивации,

33% — средний. В процессе формирования мотивации к лечебно-профилактическим стоматологическим мероприятиям большое значение имеют психофизиологические особенности личности молодых людей, их коммуникабельность и склонность к тревожно-депрессивным проявлениям.

Ключевые слова: стоматологическая мотивация, психофизиология личности, профилактика заболеваний полости рта.

THE ROLE OF THE PSYCHOPHYSIOLOGY OF A PERSONALITY IN THE FORMATION OF DENTAL MOTIVATION

E. Leontyeva, T. Bykovskaya, R. Tlepzerishev

Annotation. The assessment of dental motivation level among the Rostov medical University students has been carried out and the role of psychophysiological peculiarities of young people's personalities in the process of their formation has been revealed. 80 students of the dentistry faculty took part in the survey. It was found out that 67%

of future dentists had a high level of dental motivation while 33% of them had a middle level. The young people's psychophysiological personality features, their sociability and tendency to anxiety and depressive manifestations are of great importance in the process of motivation formation of treatment-and-preventive dental measures.

Keywords: dental motivation, psychophysiology of personality, mouth disease prevention.

Мотивация к обращению за стоматологической помощью является одним из факторов, влияющих на распространенность кариеса, его осложнений и заболеваний тканей пародонта [1, 4]. Стоматологическая активность пациентов способствует полезному, с точки зрения здоровья, изменению отношения людей к заболеваниям полости рта и их профилактике.

По мнению многих авторов, формирование мотивации к лечебно-профилактическим стоматологическим манипуляциям — это сложный процесс взаимовлияния и взаимозависимости разных факторов: физиологических, психологических, социальных, медицинских и т. д. [6, 7, 9].

Формирование мотивации к лечебно-профилактическим манипуляциям в стоматологии — задача непростая и имеющая свою особенность. Обусловлено это тем, что большой процент пациентов испытывают панический, непреодолимый страх перед вмешательствами в полости рта и имеют выраженные признаки дентофобии [2].

Изучение значимости факторов и выявление их определяющего влияния на формирование стойкой стоматологической мотивации могут значительно повысить эффективность лечебно-профилактических программ, что является всегда актуальным в практической и научной сфере стоматологии [5, 8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение роли психофизиологии личности в процессе формирования мотивации к лечебно-профилактическим стоматологическим манипуляциям у студентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведена оценка уровня стоматологической мотивации у студентов Ростовского медицинского университета, и выявлена роль психофизиологических особенностей личности молодых людей в процессе ее формирования. Для анализа мотивации использовали экспресс-метод количественной оценки уровня стоматологической мотивации [10], в основу которого положен Миннесотский многопрофильный личностный опросник — MMPI, учитывающий психофизиологические особенности личности пациента. Данный тест является реализацией типологического подхода к комплексному и всестороннему исследованию личности и позволяет рассмотреть ее с точки зрения медицинской антропологии. На основании ответов теста вычислены уровни стоматологической мотивации, и выявлена роль психофизиологических факторов в процессе формирования активной мотивации.

В исследовании приняли участие 80 студентов стоматологического факультета РостГМУ, из них 39 юношей и 41 девушка.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе анализа ответов будущих врачей на вопросы анкеты выявлено, что более половины студентов (67% респондентов) по количественной оценке ответов имеют высокий уровень стоматологической мотивации. Низкий уровень стоматологической мотивации не выявлен. Средний уровень мотивации зарегистрирован у 33% анкетированных студентов-медиков. Так, 100% студентов ежедневно осуществляют уход за полостью рта, используя зубные щетки и зубные пасты. Однако кратности

гигиенических процедур, соответствующей рекомендованным нормам (2 раза в день), придерживаются только 62% опрошенных, и только 42% молодых людей посещают стоматолога с профилактической целью.

Анализ положительных и отрицательных ответов респондентов выявил, что на формирование стоматологической мотивации оказывают влияние психофизиологические особенности личности. Выявлено, что у анкетированных студентов доминируют тревожно-депрессивные проявления с подозрительностью и психическая ригидность со склонностью подвергать сомнению действия окружающих. Так, при анализе ответов студентов в 66% случаев отмечены положительные утверждения на вопросы, отражающие тревожно-депрессивные проявления, такие как: «Когда я засыпаю, меня тревожат разные мысли», «Временами какая-нибудь маловажная мысль приходит мне в голову и беспокоит меня несколько дней», «Почти всегда я испытываю тревогу». В 81% случаев выявлены сложности построения межличностных отношений и подозрительность к окружающим. В анкетах отмечены положительные ответы на вопросы, отражающие коммуникативную способность и подозрительность: «Мне кажется, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей», «Меня настораживают те люди, которые относятся ко мне более дружелюбно, чем я ожидал» и «Я склонен скрывать свои чувства и отношения к некоторым вещам до такой степени, что люди могут уязвить меня, не подозревая об этом». Данные проявления психофизиологических особенностей структуры личности пациента проявляются в разной степени в зависимости от уровня стоматологической мотивации. Студенты с высоким уровнем

мотивации значительно реже склонны к тревожно-депрессивным проявлениям и отличаются способностью выстраивать позитивные контакты в общении. Среди ответов на вопросы анкеты данные студенты только в 25% случаев подтверждали сложность межличностных отношений и в 13% — склонность к тревожно-депрессивным состояниям. В группе студентов со средним уровнем мотивации данные психофизиологические особенности подтверждаются положительными ответами у половины анкетированных молодых людей (в 59% и в 53% случаев соответственно). Кроме этого, анализ данных анкет этих студентов выявил превалирование состояния дентофобии. Так, среди молодых людей со средним уровнем мотивации больше половины опрошенных испытывают страх перед стоматологическими вмешательствами (58%) против 35% случаев из числа студентов с высоким уровнем мотивации.

В ходе проведенного исследования выявлено, что, несмотря на преимущественное распространение высокого уровня стоматологической мотивации среди будущих врачей, только 42% студентов посещают стоматолога с профилактической целью. В процессе формирования стоматологической мотивации большое значение имеют психофизиологические особенности личности молодых людей: их коммуникабельность и склонность к тревожно-депрессивным проявлениям.

Изучение и учет факторов, формирующих активную мотивацию к лечебно-профилактическим стоматологическим мероприятиям, открывает реальную возможность выбора более эффективной индивидуальной формы санитарно-просветительной работы с учетом психофизиологических особенностей личности пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агранович Н. В., Мхитарян А. К., Агранович В. О. Формирование здорового образа жизни в профилактике стоматологических заболеваний у населения молодого возраста // Вестник Ставропольского государственного университета. — 2012. — Вып. 80 (3). — С. 234—237.
2. Гажва С. И., Степанян Т. Б., Горячева Т. П. Психозмоциональный статус пациентов до и после стоматологического вмешательства // Современные проблемы науки и образования. — 2014. — №4. — URL: <http://www.science-education.ru/118—14064> (дата обращения: 15.06.2016).
3. Иванова Е. И. Мотивация обращения пациентов за пародонтологической помощью // Молодой ученый. — 2014. — №6. — С. 298—301.
4. Ландинова В. Д., Таболина Е. С., Фукс Е. Мотивация подростков при выборе средств гигиены полости рта // Институт Стоматологии. — 2010. — №46. — С. 22—23.
5. Леонтьева Е. Ю., Быковская Т. Ю. Коучинг в повышении мотивации пациентов к проведению лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта // Universum: медицина и фармакология. — 2016. — №9 (31). — С. 19—25.
6. Максимова Л. Н., Сагина О. В., Чайковский В. Б. Изучение мотивации обращаемости за стоматологической помощью работников железнодорожного транспорта (по результатам социологического исследования) // Институт стоматологии. — 2008. — №2. — С. 36—37.
7. Михайличенко Д. В., Михайличенко А. В., Корнеева Н. М. Проблемы мотивации студентов к профилактике стоматологических заболеваний // Фундаментальные исследования. — 2014. — №7 (часть 1). — С. 129—132.
8. Олейник О. И., Коровкина А. Н., Кубышкина К. П. Способ повышения мотивации пациентов с начальными формами воспалительных заболеваний пародонта к проведению лечебно-профилактических мероприятий // Вестник новых медицинских технологий. — 2013. — №1. — Электрон. журн. — Режим доступа: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013—1/4351.pdf>, дата обращения 15.06.2016.
9. Савина Е. А., Булкина Н. В., Ломакина Д. О., Олевская О. А. Психотерапевтические приемы при проведении лечебно-профилактических мероприятий в рамках деонтологического поведения врача стоматолога-терапевта // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2011. — Т. 7. — №3. — С. 683—689.
10. Чаплиева Е. М., Фирсова И. В., Попова А. Н. Экспресс-метод количественной оценки уровня стоматологической мотивации // Актуальные вопросы современной стоматологии: Материалы конференции, посвященной 75-летию Волгоградского государственного медицинского университета, 45-летию кафедры терапевтической стоматологии и 40-летию кафедры ортопедической стоматологии / Под общ. ред. акад. В. И. Петрова. — Волгоград: ООО «Бланк», 2010. — Т. 67. — 248 с.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону
Леонтьева Елена Юрьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС; e-mail: leont06@list.ru;
Быковская Татьяна Юрьевна — доцент, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине; e-mail: minzdrav@aaanet.ru;
Тлепцеришев Роман Адамович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине; e-mail: trair@inbox.ru.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ ПРЯМЫХ РЕСТАВРАЦИЙ ЗУБОВ ДИСТАЛЬНОЙ ГРУППЫ

И. Милетич

Чтобы эффективно заместить утраченные ткани зуба, выбираемый реставрационный материал должен обладать характеристиками, схожими со свойствами естественных зубов, а также демонстрировать хороший уровень адгезии, низкую полимеризационную усадку, высокую устойчивость к нагрузкам и антикариогенные свойства. Выбор материала также зависит от клинического случая: следует принимать во внимание возраст пациента, уровень риска развития кариеса у конкретного пациента, эстетические требования, возможность изоляции рабочего поля, функциональные требования к выполняемой реставрации [1] и, наконец, соображения экономической целесообразности.

На сегодняшний день самым распространенным типом стоматологических материалов, используемых для выполнения эстетических реставраций твердых тканей дистальной группы зубов, являются композитные материалы, которые, как правило, состоят из трех базовых компонентов: органического (матрицы на основе органической смолы), неорганического (наполнителей) и связующего агента. С момента появления композитных материалов в стоматологической практике в начале 1960-х годов было предпринято немало попыток оптимизировать их состав, дабы исправить два их основных недостатка: низкую механическую прочность и высокую полимеризационную усадку [2].

Основной акцент в процессе оптимизации состава композитных материалов был сделан на упрочнении их неорганического компонента, который отвечает за такие физические и механические свойства материала, как твердость, прочность на изгиб, модуль эластичности, коэффициент термического расширения и износостойкость. Механические свойства композитного материала напрямую зависят от размера частиц наполнителя, входящего в его состав. Были разработаны нанопополненные

композитные материалы, которые легче поддаются полировке и обладают более высокой износостойкостью [3]. Повышенная износостойкость особенно важна при выполнении реставраций дистальной группы зубов. При использовании наноразмерных неорганических частиц увеличивается процент наполнителя в составе материала, частицы более равномерно распределяются в органической матрице, а объем свободного пространства между частицами наполнителя уменьшается, что усиливает органическую матрицу и защищает ее от повреждений [4, 5, 6]. Неорганические нанопополнители могут входить в состав как традиционных композитных материалов, так и жидкотекучих композитов.

Традиционные композитные материалы, созданные на основе данной технологии, можно классифицировать по принципу наличия в них наномерных либо нанокластерных частиц наполнителя [7]. Наномеры — это отдельные дискретные частицы, размер которых варьирует от 5 до 100 нм, в то время как размер нанокластерных частиц наполнителя может значительно превышать 100 нм [8]. Наногибридные композиты содержат наполнитель из частиц стекла мелкого размолла и нанопополнители в форме предварительно полимеризованных наночастиц [9]. Примером наногибридного композитного материала является G-aenial (GC, Токио, Япония), в состав которого входят частицы стронциевого стекла размером 400 нм, частицы лантаноид фторида размером 100 нм и частицы диоксида кремния размером 16 нм, при этом все компоненты предварительно полимеризованы. Данный композит выпускается в версиях Anterior (для фронтальной группы зубов) и Posterior (для дистальной группы зубов). Разнообразие размеров частиц наполнителя и образуемых ими в теле материала G-aenial отражающих поверхностей позволяет максимально приблизить способность реставрации рассеивать световой поток к аналогичной

способности естественных тканей зуба. Благодаря этому при использовании всего одного оттенка этого материала можно добиться весьма впечатляющих эстетических результатов (рис. 1—6).

Основными преимуществами жидкотекучих композитных материалов являются их высокая способность адаптироваться к краям и стенкам полости, а также повышенная эластичность по сравнению с традиционными композитными материалами, благодаря чему жидкотекучие композиты оказывают меньшее давление на стенки полости. Основным же недостатком жидкотекучих композитных материалов традиционно считается тот факт, что их физические и механические свойства несколько хуже, чем аналогичные показатели традиционных композитов. В работе Bayn et al. [10] было указано, что жидкотекучие композиты первого поколения демонстрируют более высокий уровень полимеризационной усадки по сравнению с традиционными композитами, что обусловлено меньшим количеством неорганических наполнителей в составе первых.

Сравнительно недавно на рынок был выпущен новый жидкотекучий композитный материал G-aenial Universal Flo (GC, Токио, Япония), демонстрирующий улучшенные физические, механические и оптические свойства. Неорганический наполнитель в составе данного материала представляет собой частицы стронциевого стекла размером около 200 нм, что на сегодняшний день является наименьшим размером для частиц наполнителя, входящего в состав жидкотекучего композитного материала. Материал обладает повышенной прочностью адгезии между его органической и неорганической составляющей, что, в свою очередь, повышает эластичность материала; кроме того, повысились насыщенность его оттенка и износостойкость, материал обладает великолепной полируемостью и, наконец,

выпускается в широком спектре оттенков.

Благодаря вышеперечисленным улучшениям данный материал можно использовать для выполнения реставраций дистальной группы зубов в окклюзионных и апроксимальных областях, пользуясь стандартными методиками (рис. 7–8). Согласно данным производителя, G-aenial Universal Flo является тиксотропичным материалом, и, в отличие от аналогичных жидкотекучих композитов, он остается на месте после внесения. Это его свойство особенно ценно при реставрации пришеечных областей зубов (рис. 9–10).

В последнее время при выполнении реставраций зубов все более актуальной становится концепция Минимальной Интервенции; в связи с этим для реставраций дистальной группы зубов многообещающим представляется новый микро



Рис. 1. Старая реставрация из амальгамы.



Рис. 2. Подготовленная полость после удаления амальгамы и вторичного кариеса.



Рис. 3. Стоматологический адгезив.



Рис. 4. Нанесение адгезива.

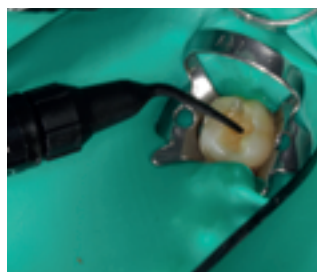


Рис. 5. Жидкотекучий композит.



Рис. 6. Реставрация с использованием G-aenial (оттенок A1).

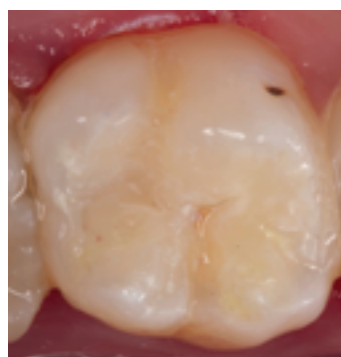


Рис. 7–10. Реставрации с использованием G-aenial Universal Flo.

ламинированный СИЦ, обладающий адгезивными и биоактивными свойствами и позволяющий обеспечить сохранение и реминерализацию твердых тканей зубов. Этот новый материал уже продемонстрировал успешные долговременные клинические результаты, что подтверждается научными данными [11, 12].

До недавнего времени основным недостатком стеклоиономерных материалов являлась их низкая механическая прочность, из-за которой их нельзя было применять в областях, подвергающихся повышенным нагрузкам, например, в окклюзионных или апроксимальных. Новая система EQUIA Forte состоит из двух материалов — EQUIA Forte Fil и EQUIA Forte Coat. Согласно данным производителя, физические свойства этой системы превосходят параметры существующей реставрационной системы EQUIA, появившейся на рынке в 2007 году. Высокоактивные мелкие частицы стекла, входящие

в состав нового материала, способствуют повышению его прочности на изгиб, поскольку высвобождаемые ими ионы металла инициируют образование поперечных межмолекулярных связей с полиакриловой кислотой. В составе EQUIA Forte Fil присутствует полиакриловая кислота с высоким молекулярным весом, что делает матрицу цемента прочнее и химически более стабильной. EQUIA Forte Fil легко вносится одной порцией напрямую в подготовленную

полость (рис. 11–12). После отверждения материала и его окончательной обработки на поверхность реставрации наносится тонкий слой покрытия EQUIA Forte Coat (рис. 13), который затем полимеризуется в течение 20 секунд (рис. 14, 15).

Покрытие EQUIA Forte Coat производится на основе той же технологии, что и покрытие EQUIA Coat; в жидкости покрытия равномерно распределен нанонаполнитель, а также в состав добавлен новый



Рис. 11–12. Удаление старой пломбы и внесение EQUIA Forte Fil.

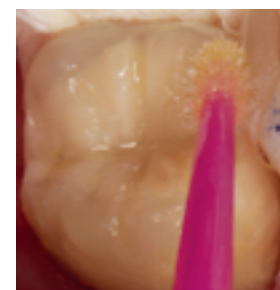


Рис. 13. Защита поверхности покрытием EQUIA Forte Coat.



Рис. 14. Фотополимеризация в течение 20 секунд.

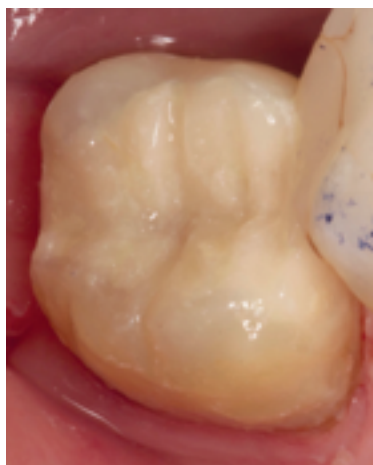


Рис. 15. Окончательный вид реставрации, выполненной с помощью системы EQUIA Forte.

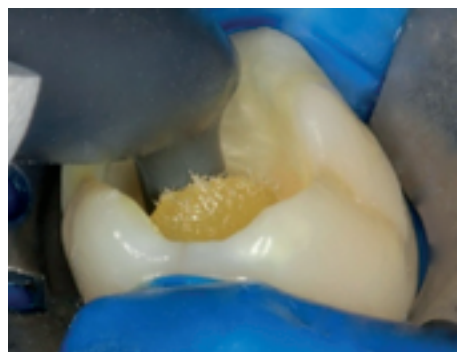


Рис. 18. Внесение everX Posterior.

формирование полостей для доступа — все эти факторы уменьшают объем имеющегося здорового дентина, а значит, увеличивается вероятность растрескивания зуба при функциональных нагрузках. Panitvisai and Messer [13] указывают, что провисание бугорка зуба увеличивается при более обширном препарировании полости. В случаях, когда препарирование включало в себя формирование полости для доступа, наблюдаемая степень провисания бугорка зуба являлась максимальной. Таким образом, ключевым аспектом является разработка новых реставрационных материалов, которые помогали бы предотвратить растрескивание эндодонтически пролеченных зубов.

Недавно на рынке появился новый материал для замещения объема дентина — композит, усиленный стекловолокном; как следует из описания, в его состав входят стекловолокна, инкорпорированные в органическую матрицу композита. Благодаря комбинации волокон и композитного материала стало возможно преодолеть некоторые ограничения традиционных композитов, например, их высокую полимеризационную усадку, хрупкость и низкое сопротивление развитию трещин [14].

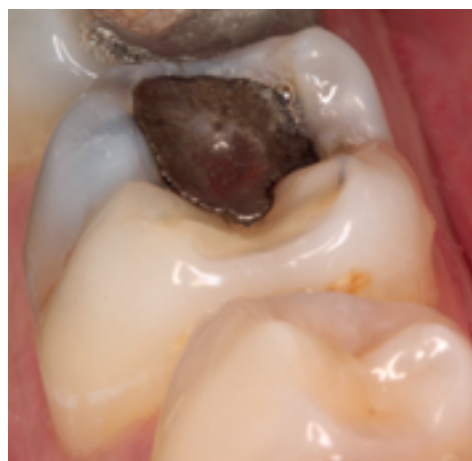


Рис. 16—17. Замена старой амальгамовой реставрации с применением системы EQUIA Forte. Система EQUIA Forte особенно полезна в тех случаях, когда невозможно добиться полной изоляции рабочего поля.

многофункциональный мономер с эффективной реакционной способностью. Благодаря данному мономеру слой покрытия получается более прочным и гладким. Поскольку EQUIA Forte обладает низкой чувствительностью к влажной среде, этот материал особенно полезен при работе с клиническими случаями, в которых

невозможно добиться полностью сухого рабочего поля (рис. 16—17).

Отдельной проблемой является реставрация эндодонтически пролеченных зубов. Эндодонтическое лечение, как правило, применяется при значительной утрате твердых тканей зуба. Предыдущие кариозные поражения, уже имеющиеся реставрации,



Рис. 19. Адаптация материала с помощью инструмента к стенкам и дну полости, а также к поднутрениям.

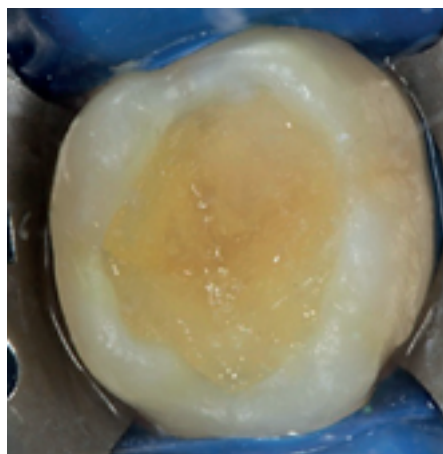


Рис. 20. Полость, заполненная everX Posterior.



Рис. 21. Финишный слой светоотверждаемого реставрационного композита G-aenial.

Согласно заключениям Garoushi et al. [15], можно увеличить способность реставрации выдерживать нагрузку и ее предел усталости при сжатии путем добавления субструктур композита, содержащего длинные двунаправленные или короткие разнонаправленные волокна, под слой композита, наполненного частицами.

everX Posterior (GC, Токио, Япония) — это композитный реставрационный материал, созданный именно на основе этой технологии усиления композита стекловолокном. Состав материала представляет собой комбинацию разнонаправленных волокон Е-стекла, частиц неорганического наполнителя и органической композитной матрицы (bis-GMA, TEGDMA и PMMA), которая формирует взаимопроницающую полимерную сетку (Interpenetrating Polymer Network — IPN). Структура IPN означает, что материал состоит из двух независимых полимерных сеток (линейной и поперечной), которые не связаны химическими связями [16]. Еще одним преимуществом композитов, усиленных стекловолокном, является тот факт, что полимеризационная усадка

материала контролируется направлением и ориентацией волокон в его составе [17, 18].

everX Posterior обладает анизотропными свойствами, поскольку в основном волокна в его составе ориентированы в разных направлениях (рис. 18). Однако при внесении материала в полость с помощью инструмента волокна в большинстве своем приобретают горизонтальную направленность (рис. 19, 20). В результате параметры полимеризационной усадки материала в горизонтальном направлении изменяются, благодаря чему снижается давление материала на стенки полости.

Поверх everX Posterior всегда следует наносить слой композита, наполненного частицами, толщина слоя — один-два миллиметра (рис. 21). Согласно данным производителя, everX Posterior рекомендован для применения в качестве усиливающего базового материала при изготовлении прямых композитных реставраций, особенно при работе с полостями большого объема в зубах дистальной группы. Свойства данного материала станут весьма выигрышными при

реставрации эндодонтически пролеченных зубов, поскольку входящие в состав материала стекловолокна способны замедлить, перенаправить или даже полностью остановить распространение и образование трещин, снижая таким образом риск утраты реставрации.

Новые разработки в области стоматологических материалов продолжают обеспечивать инновационные современные решения для любых клинических случаев. Эти разработки также позволяют отойти от традиционных подходов и методик лечения, опробовать альтернативные материалы и методы и получить новые преимущества в работе.

Для практикующего врача-стоматолога жизненно важно постоянно следить за появлением новых материалов и своевременно изучать их свойства и показания к применению. Только таким образом врач сможет предложить каждому пациенту индивидуальное решение, которое не только удовлетворит пожелания пациента, но и обеспечит максимальные шансы на успех всего лечебного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Burgess J. O., Cakir D. Material selection for direct posterior restoratives. — www.ineedce.com.
2. Garoushi S., Vallittu P. K., Watts D. C., Lassila L. V. Effect of nanofiller fractions and temperature on polymerization shrinkage on glass fiber reinforced filling material // *Dent. Mater.* — 2008. — 24. — P. 606–610.
3. Ferracane J. L. Resin composite — State of the art // *Dent. Mater.* — 2011. — 27. — P. 29–38.
4. Bayne S. C., Taylor D. F., Heymann H. O. Protection hypothesis for composite wear // *Dent. Mater.* — 1992. — 8. — P. 305–309.
5. Turssi C. P., Ferracane J. L., Vogel K. Filler features and their effects on wear and degree of conversion of particulate dental resin composites // *Biomaterials*. — 2005. — 26. — P. 4932–4937.
6. Lim B. S., Ferracane J. L., Condon J. R., Adey J. D. Effect of filler fraction and filler surface treatment on wear of microfilled composites // *Dent. Mater.* — 2002. — 18. — P. 1–11.
7. Endo T., Finger W. J., Kanehira M., Utterodt A., Komatsu M. Surface texture and roughness of polished nanofill and nanohybrid resin composites // *Dent. Mat. J.* — 2010. — 29. — P. 213–223.
8. Cramer N. B., Stansbury J. W., Bowman C. N. Recent advances and developments in composite dental restorative Materials // *J. Dent. Res.* — 2011. — 90. — P. 402–416.
9. Senawongse P., Pongprueksa P. Surface roughness of nanofill and nanohybrid resin composite after polishing and brushing // *J. Esthet. Restor. Dent.* — 2007. — 19. — P. 265–275.
10. Bayne S. C., Thompson J. Y., Swift E. J. Jr, Stamatiades P., Wilkerson M. A characterization of first-generation of flowable composites // *J. Am. Dent. Assoc.* — 1998. — 129. — P. 567–577.
11. Gurgan S., Kutuk Z., Ergin E., Cakir F. Four-year randomized clinical trial to evaluate the clinical performance of a glass ionomer restorative system // *Oper. Dent.* — 2015.
12. Diem V. T., Tyas M. J., Ngo H. C., Phuong L. H., Khanh N. D. The effect of a nano-filled resin coating on the 3-year clinical performance of a conventional high-viscosity glass-ionomer cement // *Clin. Oral. Invest.* — 2014. — 18. — P. 753–759.
13. Panitvisai P., Messer H. H. Cuspal deflection in molars in relation to endodontic and restorative procedures // *J. Endod.* — 1995. — 21. — P. 57–61.
14. Wolff D., Geiger S., Ding P., Staehle H. J., Frese C. Analysis of the interdiffusion of resin monomers into pre-polymerized fiber-reinforced composites // *Dent. Mater.* — 2012. — 28. — P. 541–547.
15. Garoushi S., Vallittu P. K., Lassila L. V. Short glass fiber reinforced restorative composite resin with semi-inter penetrating polymer network matrix // *Dent. Mater.* — 2007. — 23. — P. 1356–1362.
16. Vallittu P. K. Interpenetrating polymer networks (IPNs) in dental polymers and composites // *J. Adhes. Sci Technol.* — 2009. — 23. — P. 961–972.
17. El-Mowafy O. Polymerization shrinkage of restorative composite resins // *Pract. Proced. Aesthet. Dent.* — 2004. — 16. — P. 452–453.
18. Tezvergil A., Lassila L. V., Vallittu P. K. The effect of fiber orientation on the polymerization shrinkage strain of fiber-reinforced composites // *Dent. Mater.* — 2006. — 22. — P. 610–616.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Ивана Милетич (Ivana Miletic) — профессор кафедры эндодонтии и реставрационной стоматологии факультета стоматологии университета города Загреб (Хорватия); член Хорватской стоматологической палаты (Croatian Chamber of Dental Medicine), Хорватского эндодонтического общества (Croatian Endodontic Society), Хорватской медицинской ассоциации (Croatian Medical Association), Европейского эндодонтического общества (European Endodontic Society), Европейской ассоциации исследования кариеса (ORCA) и Международной ассоциации стоматологических исследований (IADR); президент Хорватского общества минимально инвазивной стоматологии (Croatian Society for Minimum Intervention Dentistry), e-mail: miletic@sfzg.hr.

Published in GC Get Connected⁴ IDS 2015. With courtesy of Prof. Ivana Miletic.

Перевод — Мария Маркова

Искусство создания красивой улыбки



Добро пожаловать в галерею GC G-ænial – эстетичные решения для любых показаний... с нужными Вам рабочими свойствами

G-ænial от **GC**



Эстетика
– это просто с
GC!

Компания GC уделяет много внимания вопросу индивидуальности. Мы понимаем, что не существует одинаковых пациентов – а значит, не существует и одинаковых реставрационных решений. Мы также понимаем, что у каждого стоматолога всегда будут свои предпочтения, будь то в вопросах выбора техники нанесения материала или выбора идеального реставрационного композита.

Дабы удовлетворить все предпочтения, компания GC представляет линейку композитов, **рабочие свойства** которых варьируются от высокоплотных с пакуемой вязкостью до текучих и инъектируемых. Каждый композит производства GC обладает **высокими эстетическими качествами**, которые позволяют стоматологам легко и эффективно создавать «невидимые» реставрации. Все композиты обладают **великолепными физическими** свойствами и отличной полируемостью, гарантируют прочность, **долговечность и эстетичность** выполняемых реставраций. Кроме того, каждый из материалов является как инновационным, так и высококачественным – данные требования являются ключевыми для всей продукции компании GC.

www.gceurope.com

GC EUROPE N.V.
Tel. +385.1.46.78.474
Fax. +385.1.46.78.473
E-mail: info@eoo.gceurope.com,
russia@eoo.gceurope.com
www.eoo.gceurope.com

Официальный импортер и дистрибьютор
продукции Джи Си в РФ: ЗАО «Крафтвэй Фарма»



Москва, 3-я Мытищинская, 16, стр.60, (495) 232-6933,
8-800-100-100-9 (бесплатные звонки из регионов РФ)

GC!

Защищено от подделывания программой
«Проверка подлинности товара»



ПРОВЕРКА
ПОДЛИННОСТИ ТОВАРА

- На сайте: www.kraftwaydental.ru
- Или по телефону: 8-800-100-100-9



ПРОВЕРОЧНЫЙ КОД
ВОЗМОЖНО, ВАС ОЖИДАЕТ ПОДАРОК

1234567



КОД ПРОВЕРКИ

www.kraftwaydental.ru

Обращайте внимание
на наличие стикера на упаковке!
www.kraftwaydental.ru

КОНТЕНТ-АНАЛИЗ

РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ КЛЫКОВ ПО ИСТОРИЯМ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ МУЗ «СП» Г. КАМЕНСКА-ШАХТИНСКОГО

М. А. Чернобай, А. Н. Бедункевич, А. М. Половой, Т. И. Матвеева

Аннотация. Профилактика и раннее лечение аномального положения отдельных зубов являются принципиальной основой современной ортодонтии. Изучение распространенности видов анома-

лий положения отдельных зубов в структуре стоматологической заболеваемости представляет практический и научный интерес не только для ортодонтов, но и для врачей других специальностей.

Ключевые слова: аномалии положения зубов, контент-анализ, распространенность аномалий, вестибулярное положение клыков, небное/язычное положение клыков, ротация клыков.

CONTENT-ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF ANOMALIES OF THE POSITION OF THE FANGS IN THE HISTORIES OF PATIENTS OF MUZ «SP» KAMENSK-SHAKHTINSKIY

M. Chernobay, A. Bedunkevich, A. Polovoy, T. Matveeva

scientific interest not only for orthodontists but also for doctors of other specialties.

Annotation. Prevention and early treatment of abnormal position of separate teeth are the most fundamental basis of modern orthodontics. A study of prevalence of types of anomalies of separate teeth position in the structure of dental morbidity is of practical and

Keywords: anomalies of teeth position, content-analysis, the prevalence of anomalies, vestibular position of the canines, palatal/lingual position of the canines, rotation of the canines.

Аномалии положения отдельных зубов составляют 35% от общего числа аномалий зубных рядов и окклюзии; они характеризуются рядом морфологических и функциональных нарушений [1].

Существует значительное количество теорий, объясняющих возникновение аномалий положения отдельных зубов, но ни одна из них не дает утвердительного ответа на вопрос: «Почему это происходит?». Существует большое количество вариантов аномалий отдельных зубов, однако мы решили сфокусировать внимание на клыках.

Итак, из группы аномального положения отдельных зубов дистопию клыков необходимо выделить в отдельную нозологическую группу, так как эти зубы часто имеют неправильное положение в зубной дуге. Из всех видов аномалий, по данным исследований многих авторов, 30,5% случаев приходится на патологическое положение верхних клыков, причем чаще встречается их вестибулярное положение. Причина этого явления объясняется глубоким положением зачатка клыка, поэтому в процессе развития и прорезывания они часто подвергаются смещению от своей правильной позиции. Также анализ литературных источников свидетельствует о том, что в ортодонтической практике достаточно часто встречается ротация клыков (от 0,9% до 2,4%) [2] на верхней и нижней челюстях; к дистопиям

относится и небное/язычное положение клыков.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определение частоты встречаемости аномалий положения клыков у стоматологических больных детского отделения МУЗ «СП» г. Каменска-Шахтинского.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в категориальном поле стоматологии детского возраста — ортодонтии, с применением интегративного подхода, и использованием контент-анализа — систематической числовой обработки, оценки и интерпретации формы и содержания информационного источника. В нашем исследовании информационным источником служили поликлинические карты историй болезни стоматологических больных детского отделения МУЗ «СП» г. Каменска-Шахтинского. Нами было отобрано и изучено 150 историй болезни, которые были сгруппированы по трем возрастным группам:

- а) младший школьный возраст (от 7 до 12 лет);
- б) старший школьный возраст (от 12 до 17 лет);
- в) молодой возраст (от 18 до 44 лет).

Для каждой возрастной группы было отобрано по 50 поликлинических

карт историй болезни. Согласно правилам проведения контент-анализа мы сделали следующие действия:

- 1) выделили единицы анализа;
- 2) провели подсчет частотных распределений единиц анализа;
- 3) осуществили интерпретацию полученных результатов.

В соответствии с целью нашей работы единицей контент-анализа служит вид аномалии положения отдельных зубов. Чтобы более предметно вести контент-анализ, мы сузили исследовательское поле до трех видов аномалий положения отдельных зубов:

- а) вестибулярное положение клыков;
- б) небное/язычное положение клыков;
- в) ротация клыков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для наглядности полученных результатов исследования были составлены диаграммы, отображающие процентные показатели каждого из выбранных нами для контент-анализа вида аномалий положения клыков по отношению к общему значению аномалий положения клыков на верхней и нижней челюстях у пациентов трех возрастных групп.

Для младшего школьного возраста (7–12 лет) данные выглядят следующим образом: для верхней челюсти при вестибулярном положении клыков частота встречаемости

составляет 52%, при небном положении клыков — 28%, при ротации клыков — 20% (рис. 1).



Рис. 1.

Для нижней челюсти данные в представленной группе распределились следующим образом: вестибулярное положение клыков встречается в 38% случаев, язычное положение клыков — в 36%, а ротация клыков — в 42% (рис. 2).



Рис. 2.

В группе старшего школьного возраста (12–17 лет) мы получили следующие данные: на верхней челюсти вестибулярное положение клыков встречается в 44% случаев, небное положение клыков — в 20%, а ротация клыков — в 14% (рис. 3).



Рис. 3.

На нижней челюсти соотношение встречаемости каждой из выбранных нами аномалий положения

выглядит следующим образом: вестибулярное положение клыков составляет 36%, язычное положение клыков — 38%, а ротация клыков — 36% (рис. 4).



Рис. 4.

В группе пациентов молодого возраста (18 лет — 44 года), согласно результатам нашего исследования, данные представляют собой следующие значения: для верхней челюсти при вестибулярном положении клыков частота встречаемости составляет 38%, при небном положении клыков — 22%, при ротации клыков — 10% (рис. 5).



Рис. 5.

На нижней челюсти частота встречаемости при вестибулярном положении клыков составляет 30%, при язычном положении клыков — 18%, при ротации клыков — 32% (рис. 6).



Рис. 6.

Таким образом, из полученных результатов проведенного контент-анализа по распространенности аномалий положения клыков видно, что во всех выбранных нами возрастных группах из трех представленных аномалий, как предмета исследования, большая часть приходится на вестибулярное положение клыков верхней челюсти — 44%. Также, ссылаясь на полученные нами показатели, на втором месте по частоте встречаемости стоит ротация клыков нижней челюсти — 36,7%. Для верхней челюсти, обобщая все результаты, мы получили, что небное положение клыков наблюдалось в 23,3% случаев, а ротация клыков — в 14,7%. Соответственно, для нижней челюсти вестибулярное положение клыков было выявлено в 34,7% случаев, а язычное положение клыков — в 30,6% случаев.

ВЫВОДЫ

Результаты нашего исследования не только дают представление о частоте встречаемости каждого из видов дистопии клыков, но и, благодаря распределению пациентов по возрастным группам, помогают проследить, в каком возрасте уже можно наблюдать аномалии положения отдельных зубов и вовремя начать ортодонтическое лечение. Также хотелось бы отметить, что зачастую в полости рта проявляется не одна конкретная аномалия, а обнаруживаются сразу несколько. У многих пациентов в нашем исследовании наблюдалась комбинация из выбранных нами аномалий положения клыков. Так, например, если на верхней челюсти клыки занимали вестибулярное положение, то на нижней челюсти наблюдалась их ротация, зачастую вместе с язычным положением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аюпова Ф. С., Ажмегова О. А. Зубочелюстно-лицевые аномалии при различной степени скученности зубов // Материалы 12 межрегион., научно-практич. конф. — Ижевск, 2010. — С. 268–270.
2. Хамдам А. Распространенность зубочелюстных аномалий // Украинский стоматологический альманах. — 2010. — №3. — С. 65–67.
3. Добренчиков В. И., Кравченко А. И. Методы социологического исследования // Учебник. — М., 2009. — С. 568.
4. Коваль А. П. Социологическая классификация и особенности биомедицинских исследований в стоматологии / Коваль А. П., Бударина Т. Н. // Социология медицины — реформа здравоохранения. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2007.
5. Иванова О. П., Вологина М. В., Фурсик Д. И., Тимаков И. Е. Межзрачковый индекс для определения соответствия размеров фронтальной группы зубов параметрам кранио-фациального комплекса // Ортодонтия. — 2015. — №3. — С. 28–30.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Чернобай Максим Леонидович — главный врач МУЗ «СП» г. Каменска-Шахтинского;
Бедункевич Анастасия Николаевна — ординатор кафедры «Ортодонтия» ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» (ВолгГМУ), e-mail: sladkoejka161@bk.ru;
Половой Андрей Михайлович — студент 5 курса стоматологического факультета ВолгГМУ;
Матвеева Татьяна Игоревна — ординатор кафедры «Ортодонтия» ВолгГМУ.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОКОВЫХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ У ЛИЦ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ В ВОЗРАСТЕ 11—14 ЛЕТ

Н. С. Краевская, А. С. Иванов, Е. Ю. Леонтьева

Аннотация. Рассмотрены основные вопросы диагностического исследования телерентгенограмм в боковой проекции у лиц с дистальной окклюзией в возрасте 11—14 лет. Выявлены основные особенности развития нижней челюсти и ее положения при различном скелетном классе.

Ключевые слова: дистальная окклюзия, скелетный II класс, зубоальвеолярный II класс, диагностика, телерентгенограмма.

ANALYSIS OF DIAGNOSTIC OF STUDIES SIDE TELEROENTGENOGRAMS AMONG PATIENTS AGED 11—14 YEARS WITH DISTAL OCCLUSION

N. Krayevskaya, A. Ivanov, E. Leontyeva

11—14 years with distal occlusion. The main features of the lower jaw development and its position at different skeletal class are revealed.

Annotation. The basic issues of the diagnostic study of teleroentgenogram in the lateral projection among patients aged

Keywords: distal occlusion, skeletal class II, dentoalveolar class II, diagnosis, teleroentgenogram.

ВВЕДЕНИЕ

Телерентгенограммы (ТРГ) костей лицевого скелета широко используются для правильной постановки ортодонтического диагноза и определения оптимального плана лечения пациентов с аномалиями прикуса как дополнительные методы исследования [3, 4, 5]. Существует множество методик расшифровки телерентгенограмм [1, 2, 4]. Нет ответа на вопросы, каким образом выделить нарушения строения лицевого черепа при сагиттальных аномалиях и как отличить их от индивидуальных особенностей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать диагностическую ценность телерентгенографического исследования лицевого отдела черепа у лиц с дистальной окклюзией в возрасте 11—14 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было обследовано 34 подростка в возрасте 11—14 лет, которые находились на ортодонтическом лечении в ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2» в городе Ростове-на-Дону.

Были использованы следующие методы исследования:

— клинический,

— рентгенографический.

Клинический метод обследования: внешний осмотр лица, оценка состояния слизистой десны, определение соотношения зубных рядов.

По параметру угла Бетта было выделено 2 группы:

1 группа — I скелетный класс (13 пациентов);

2 группа — II скелетный класс (21 пациент).

Анализ ТРГ в боковой проекции дает четкое представление о причине дистального прикуса

у конкретного пациента. Наиболее информативными и показательными при диагностике аномалий являются анализ телерентгенограмм головы по DiPaolo и по A. Jacobson [5, 6, 7].

Всем пациентам выполнялась телерентгенограмма в боковой проекции.

Проводилась оценка следующих угловых и линейных параметров: угол ANS, BNS, ANB, NSL-NL, NSL-ML, Go, I-NL, I-ML, II, суммарный угол Бьерка, β-угол, квадрилатеральный анализ по DiPaolo.

Таблица 1

Сравнительная характеристика некоторых цефалометрических показателей пациентов 1 и 2 групп

№ п/п	Параметр	M ₁ ±m	M ₂ ±m	t	p
1	ANS	80,42±1,45	81,07±1,04	0,363	>0,3
2	BNS	76,38±1,30	77,40±0,70	0,694	>0,3
3	ANB	4,88±0,53	5,81±0,37	1,438	<0,2
4	NSL-NL	7,50±1,11	8,88±0,76	1,027	>0,3
5	NSL-ML	35,04±1,66	29,52±1,80	2,254	<0,05
6	Go	129,27±2,31	122,81±1,76	2,226	<0,05
7	I-NL	109,08±2,40	112,83±2,89	1,000	>0,3
8	I-ML	92,46±2,19	101,74±1,98	3,139	<0,01
9	II	129,38±4,10	123,14±2,88	1,247	<0,25
10	Суммарный угол Бьерка	390±2,56	390±1,96	0,055	>0,3
11	β-угол	30,27±0,68	22,50±0,83	7,229	<0,01

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ
ОБСУЖДЕНИЕ

Таблица 2

Квадрилатеральный анализ телерентгенограмм по DiPaolo

№ п/п	Параметр	M ₁ ±m	M ₂ ±m	T	P
1	A'M'	46,62±1,24	51,17±6,02	2,484	<0,05
2	B'J'	41,88±2,41	42,19±1,14	0,115	>0,3
3	A'B'	66,31±1,81	58,26±7,23	3,318	<0,01
4	M'J'	45,54±1,32	44,43±0,90	0,695	>0,3
5	A'B'+M'J'/2	55,92±1,49	51,35±1,04	2,524	<0,05
6	A'X	140,81±7,11	185,95±71,24	2,587	<0,05
7	B'X	138,54±7,42	180,71±70,61	2,416	<0,05
8	M'X	94,19±6,82	134,79±67,86	2,439	<0,05
9	J'X	96,65±5,78	138,57±67,43	2,595	<0,05
10	A'X/M'X	1,52±0,04	1,45±0,04	1,279	<0,25

При внешнем осмотре лица у всех пациентов слизистая десны бледно-розового цвета, плотная, умеренно влажная, межзубные сосочки острой конечной формы. При клиническом осмотре у всех пациентов смыкание боковой группы зубов по II классу Энгля.

На ТРГ в боковой проекции проводили оценку следующих угловых и линейных параметров: ANS, BNS, ANB, NSL-NL, NSL-ML, Go, I-NL, I-ML, II, суммарный угол Бьерка, β-угол, квадрилатеральный анализ по DiPaolo (табл. 1).

Отмечаются существенные отличия между показателями β-угла у пациентов 1 и 2 групп (30,27±0,68 и 22,50±0,83 градуса соответственно).

Результаты квадрилатерального анализа телерентгенограммы по DiPaolo представлены в таблице 2.

Длина апикального базиса верхней челюсти (A'M') у пациентов 1 группы по сравнению с пациентами 2 группы составила 46,62±1,24 и 51,17±6,02 мм соответственно. Длина апикального базиса нижней челюсти (B'J') у пациентов 1 группы по сравнению с пациентами 2 группы составила (41,88±2,41 мм и 42,19±1,14 мм соответственно. Эти показатели должны быть равны полусумме передней и задней полувысот гнатической части лицевого отдела черепа (A'B'+M'J'/2).

Анализ соотношения базисов челюстей в сагитальном направлении показал, что у пациентов 1 группы сторона треугольника A'X больше стороны B'X на 2,27 мм, сторона треугольника M'X меньше стороны J'X на 2,46 мм. Соотношение сторон большого треугольника A'X и маленького треугольника M'X равно 1,52:1 (N=1,5:1).

У пациентов 2 группы сторона треугольника A'X больше стороны B'X на 5,24 мм, сторона треугольника M'X меньше стороны J'X на 3,78 мм. Соотношение сторон большого треугольника A'X и маленького треугольника M'X равно 1,45:1 (N=1,5:1).

ВЫВОДЫ

Результаты исследования наглядно подтверждают ценность методов анализа ТРГ головы по R. DiPaolo

и A. Jacobson для диагностики и дифференцировки дистальной окклюзии при различном скелетном классе.

Метод DiPaolo удобен и прост в практической работе и может применяться для анализа строения лицевого скелета. С его помощью можно дифференцировать нарушения развития нижней челюсти и ее положения, оценить пропорциональность строения нижней части лица индивидуально в каждом случае.

На основании квадрилатерального анализа боковых ТРГ головы можно дифференцировать зубоальвеолярные и гнатические нарушения, выявить нарушение роста челюстей в вертикальном или горизонтальном направлении, наметить план ортодонтического лечения, определить показания к хирургическим мероприятиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернард В. И., Жук А. О. Особенности выбора методики расчета телерентгенограммы в боковой проекции при планировании ортодонтического лечения // БМИК. — 2013. — №2.
2. Гоголева А. В., Кочетова М. С. Обоснование выбора метода анализа телерентгенограмм при лечении различных вариантов сагитальных аномалий окклюзии // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2014. — №2.
3. Набатчикова Л. П., Хорошилкина Ф. Я., Чобанян А. Г. Анализ гармоничного строения профиля лица при патологической дистальной окклюзии зубных рядов // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. — 2008. — №3.
4. Набатчикова Л. П., Хорошилкина Ф. Я., Чобанян А. Г. Диагностика сагитальных аномалий окклюзии зубных рядов с помощью телерентгенограмм головы // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. — 2013. — №1.
5. Токарев И. В., Гарбацевич Д. В. Национальные особенности строения лицевого скелета у взрослых жителей Республики Беларусь с нейтральным прикусом // Стоматологический журнал. — 2013. — №1. — С. 65—67.
6. Польша Л. В. Диагностика эстетических нарушений и планирование комплексной реабилитации пациентов с сагитальными аномалиями окклюзии // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. — М., 2009.
7. Фоменко И. В., Филимонова Е. В., Краевская Н. С., Тимаков И. Е. Клинико-рентгенологические особенности зубочелюстно-лицевой системы у больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба // 21 век: Фундаментальная наука и технологии: сборник материалов XI международной научно-практической конференции, 23—24 января 2017 г. — North Charleston, USA, 2017. — С. 25—29.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ (ФПК и ППС РостГМУ), г. Ростов-на-Дону

Краевская Наталья Стефановна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ, e-mail: Varrvara123@mail.ru;

Иванов Александр Сергеевич — кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии ФПК и ППС РостГМУ, e-mail: hr-stom@mail.ru, Stom-ta@yandex.ru;

Леонтьева Елена Юрьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ, e-mail: leont06@list.ru.

Инновационные разработки в области стоматологии.

Стерилизатор СТ-ИК "МАИ"



Объем камеры: 3 л
 Температура стерилизации:
 200 °С
 Кассета: 220x130x40 мм
 Габариты: 350x310x120 мм
 Вес: 4,4 кг

Стерилизатор инфракрасного воздействия для обработки стоматологических и микрохирургических инструментов.

- Уникально короткое время экспозиции (выдержки) – три режима **ИК-стерилизации: 1 мин., 6 мин., 10 мин.**
- Режим **предварительной сушки** инструмента: **6 мин.**

СТ-ИК «МАИ» сертифицирован, имеет регистрационное удостоверение.

- Высокая скорость нарастания температуры (10-20 °С/сек) повышает эффективность стерилизации.
- Небольшое время выдержки позволяет надолго сохранить режущие свойства инструмента даже при частой обработке.
- Отсутствует необходимость в расходных материалах и специальных навыках обслуживания стерилизатора.
- Благодаря малым габаритам и весу стерилизатор легко переместить на удобное место.
- В комплекте – химические индикаторы, подтверждающие качество стерилизации.



Бормашина зуботехническая РЭСТАР-02
 бесколлекторная

Скорость: 1000-50000 об/мин
 Мощность на валу: 200 Вт
 Момент: 10,5 Н*см
 Вес комплекта: 5100 г



Бормашина РЭСТАР-03-2 ИНТРА
 бесколлекторная, встраиваемое исполнение

Скорость: 500-40 000 об/мин
 Мощность на валу: 80 Вт
 Момент: 5,5 Н*см



КОЛИБРИ



Бормашины РЭСТАР-03

Бесколлекторные (КОСМО)
 под прямой/угловой наконечник
 Скорость: 500-40000 об/мин
 Мощность на валу: 120 Вт
 Момент: 5,5 Н*см
 Вес КОЛИБРИ КОСМО: 640 г
 СПУТНИК КОСМО: 1200 г

СПУТНИК



Коллекторные (СМАРТ)
 Скорость: 500-35000/40000/50000 об/мин
 Мощность на валу: 100 Вт
 Момент: 4,5 Н*см
 Вес КОЛИБРИ СМАРТ: 640 г
 СПУТНИК СМАРТ: 1100 г



ПЕРЕДОВЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ СТОМАТОЛОГОВ



AMD LASERS®
EFFECTIVE. PRACTICAL. AFFORDABLE. WORLD CLASS LASERS.

**№1 Лазеры
в Мире**

**ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, ПРОДАЖА, ОБУЧЕНИЕ,
КОНСУЛЬТАЦИИ И СЕРВИСНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ**

+7 (495) 363-89-10 +7 (495) 724-56-87

WWW.SCVTECH.RU INFO@SCVTECH.RU

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ

ООО «Лазеры и Технологии»

ЦЕЛИ И АЛГОРИТМЫ ЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИИ ПАРОДОНТА ПЕРЕД РЕСТАВРАЦИЕЙ И ЭНДОДОНТИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

Лактионов Егор Витальевич – зав. стоматологическим отделением №2, МБУЗ «Городская стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону», ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»; e-mail: laktionov.egor@ya.ru

Аннотация. В статье рассматриваются теоретические и практические аспекты создания благоприятных условий для лечения, осложненного пародонтальным статусом в зоне дефекта твердых тканей зуба.

Ключевые слова: диодный лазер, ферул-эффект, поднятие края дефекта, хирургическое удлинение коронковой части, биологическая ширина.

OBJECTIVES AND ALGORITHMS OF LASER PERIODONTAL CORRECTION BEFORE RESTORATION AND ENDODONTIC TREATMENT

E. Laktionov

Annotation. The article contains theoretical and practical aspects of creating favorable conditions for treatment complicated by periodontal status in the defect area.

Keywords: diode laser, ferrule effect, deep margin elevation, proximal box elevation, periodontal correction, biologic width.

Ежедневно в рамках приема врачам-стоматологам приходится сталкиваться с ситуациями, когда прогноз планируемого лечения не столь однозначен. Особенно часто возникают ситуации, когда показанному лечению и благоприятному прогнозу препятствуют проблемы, связанные с мягкими тканями, окружающими зуб. Цервикальный кариес и кариес контактных поверхностей со значительным поддесневой дефектом, эндодонтическое лечение зубов с дефицитом твердых тканей, ортоградная ревизия под неадекватными ортопедическими конструкциями — одни из тех случаев, когда зачастую показана резективная хирургия пародонта.

При процедуре удлинения клинической коронки пародонтальные ткани подвергаются резекции, которая зачастую предполагает создание новой зоны прикрепления, поэтому возможные риски и результаты должны быть тщательно продуманы.

Диагностические соображения включают в себя:

- значимость зуба в зубной дуге;
- поддесневой кариес и степень его распространения;
- соотношение коронка/корень после восстановительного лечения (оно может быть неблагоприятным);
- оценку длины корней и корневой морфологии;
- остаточное количество опорной кости после удлинения коронки;
- возможную степень потери периодонтальной поддержки соседнего зуба;
- возможность воздействия на фуркацию;
- возможные эстетические дефекты и дефекты речи.

Процедура удлинения коронки зависит в основном от зоны прикрепленной десны и толщины краевой альвеолярной кости. Однако если присутствует не более чем 3 мм здоровой структуры коронки зуба от альвеолярного гребня, резекция краевой кости требуется, чтобы сохранить достаточный объем твердой структуры зуба. Если край реставрации находится в пределах десневой борозды, то, по крайней мере, не менее 3 мм твердой структуры зуба корональное от альвеолярного гребня по всей окружности зуба должны быть сохранены (рис. 1).

В случае если край реставрации расположен у десневого края (рис. 2), важно сохранить 4 мм здоровой структуры зуба от альвеолярного гребня по окружности зуба [1].

В ежедневной практике врачу-терапевту часто приходится работать с кариозными полостями и значительными дефектами цервикальной области. Если толщина маргинальной десны достаточна и ткани пародонта здоровы, то ретракция десны может быть проведена классическим способом, и в дальнейшем проблемы не возникают. Но здоровая десна встречается редко, кроме того, значительно сложнее и более проблемно выглядит работа на тонкой и подвижной слизистой, не имеющей достаточной костной подосновы [2].

В таком случае жесткая ретракция с помощью нити часто провоцирует процессы воспаления и рецессии. Применение метода лазерной ретракции дает возможность избежать нежелательных осложнений, быстро получить качественное операционное поле с надлежащим визуальным контролем поддесневой зоны. Стоматолог с помощью лазера делает доступ к кариозной полости полностью открытым, предотвращая подтекание

и кровоточивость десны, что в результате позволяет выполнить качественную адгезивную подготовку, быстро и без проблем провести саму процедуру восстановления (рис. 3).

При определенной схожести работы электрокоагулятором с лазерными манипуляциями есть существенные недостатки, которые связаны с высокими температурами:

- наличие большого количества карбонизированных тканей и ожоговой зоны;
- сложно прогнозировать уровень стабилизации десневого края;
- длительный период реабилитации;
- необходимость отсроченного выполнения основной работы.

Работа лазером позволяет получить значительные преимущества:

- отсутствие крови, хорошая визуализация и, как следствие, высокая точность и качество работ;
- прогнозируемость результата;
- предсказуемость уровня стабилизации десны;
- наличие зоны первичной эпителизации края операционного поля;
- заживление первичным натяжением (отсутствие ожоговой зоны);
- возможность использования «топографического» материала;
- сокращение времени на выполнение всей работы в целом [3].

При лазерной коррекции десны перед билдапом в приведенных выше клинических случаях использовался метод топографической маркировки периодонтальной связи. В качестве ориентира применялась тонкая ретракционная нить темного цвета, без пропитки, размера 00. Уложив ее на дно кармана, возможно четко визуализировать глубину по всему периметру и во время работы лазером легко ориентироваться

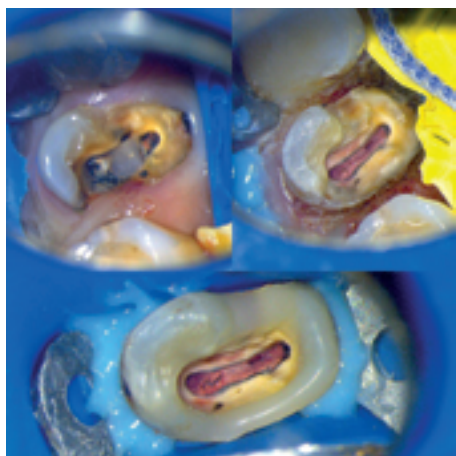


Рис. 1.



Рис. 2.

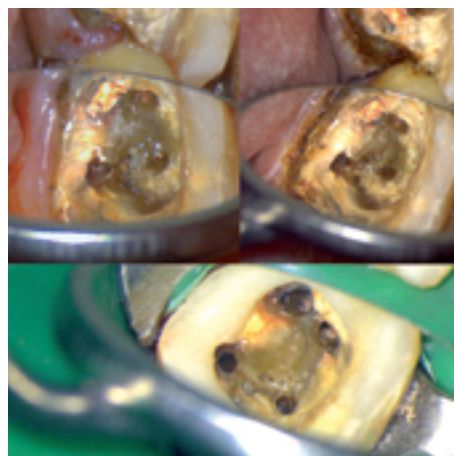


Рис. 3.

и направлять луч под нужным углом в зависимости от фенотипа десны и глубины поддесневой полости. Кроме маркировки, нить выполняет еще одну роль — она позволяет оставить неповрежденным тонкий край десны над пародонтальной связкой, она не поглощает лазерное излучение и не нагревается. Такой метод позволяет провести работу точно в пределах, ограниченных разметочной ретракционной нитью, с сохранением

связки и физиологической глубины пародонтального кармана.

По данной методике на базе СО №2 МБУЗ «Городская стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону» было подготовлено 37 случаев, и ни в одном из них не было показаний для отсроченного выполнения основного объема работы после пародонтологического вмешательства. Сама же процедура коррекции занимала от 5 до 10 минут и проводилась

инициированным волокном на мощности 1,0—1,2 Вт, длиной волны 810 нм, постоянного излучения.

Наличие топографического маркера предотвращает травматизм прикрепленной десны, а лазер дает возможность быстро и бескровно провести одномоментную пластику с созданием благоприятных условий для механических и восстановительных работ в данной зоне без значительной травмы сохранившегося края десны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сато Н. Хирургия пародонта. Клинический атлас. — М.: Азбука, 2010.
2. Зукелли Д. Пластическая хирургия мягких тканей полости рта. — М.: Азбука, 2014.
3. Третьяков С. Лазерная стоматология — рекламная акция или будни стоматологической практики // Стоматолог-практик. — 2014. — №3.

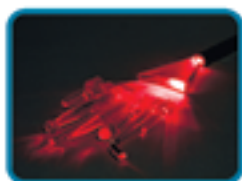


Медицинские лазерные аппараты Латус



Современные компактные лазеры с широким спектром применения.

Мощность 0,1 - 60 Вт
Режим работы импульсный/непрерывный
Длина волны 661, 810, 940, 980, 1470 нм



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

www.atcus.ru

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

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

РЕКЛАМА

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПРИ ГЛОССАЛГИИ

А. С. Иванов, Т. В. Борисова, Н. С. Краевская, В. В. Киреев, А. Г. Рябичко

Аннотация. Проведено клиническое стоматологическое обследование пациентов с глоссалгией. Выявлены высокий уровень распространенности заболеваний полости рта и коморбидный характер стоматологической патологии.

Ключевые слова: глоссалгия, стоматологические болезни, коморбидность.

DENTAL DISEASE IN PATIENTS WITH GLOSSALGIA

A. Ivanov, T. Borisova, N. Krayevskaya, V. Kireev, A. Ryabichko

Annotation. Clinical dental examination of patients with glossalgia was carried out. The high incidence of oral diseases and the comorbid character of dental pathology were revealed.

Keywords: glossalgia, stomatological disease, comorbidity.

Актуальность. Глоссалгия — патологическое состояние, характеризующееся болевыми ощущениями, которые не сопровождаются морфологическими изменениями или видимыми воспалительными реакциями. Считается, что данное состояние могут вызывать соматические заболевания, нервно-психические нарушения, болезни зубов, присутствующие в полости рта металлические ортопедические конструкции и акриловые пластмассы, патология прикуса и височно-нижнечелюстного сустава [4, 7]. В зависимости от причины, вызвавшей заболевание, А. К. Иорданишвили [3] предлагает выделять следующие формы глоссалгии (стомалгии): неврогенную, симптоматическую, ишемическую, от местных факторов и др. По мнению Е. В. Боровского и соавт. [1, 9], глоссалгия — это в большей степени патология вегетативной нервной системы, сформировавшаяся на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта, сосудистых поражений и эндокринных нарушений. Ю. М. Максимовский и соавт. считают [6], что глоссалгия в основном обусловлена местными факторами: аллергическими реакциями на акрилаты, гальваническими токами из-за разнородных металлических ортопедических материалов, ксеростомией, но может быть спровоцирована и приемом лекарственных препаратов, в частности ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. По определению М. Н. Пузина и соавт. [8], глоссалгия — это патологические проявления хронического эмоционального стресса.

Включение в перечень причин глоссалгии обширного числа общих и местных факторов вызывает у практикующих врачей трудности при диагностике и тактике лечения [4, 5, 7].

В связи с этим представляется весьма актуальным определение стоматологического статуса пациентов с диагнозом «глоссалгия».

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение стоматологического статуса пациентов с глоссалгией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения распространенности заболеваний полости рта у пациентов с глоссалгией обследованы 64 человека, обратившихся с жалобами на жжение слизистой оболочки языка. Средний возраст пациентов составил $53 \pm 3,0$ года. Все обратившиеся были женщины.

Клиническое обследование предусматривало оценку состояния твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта. При обследовании оценивались: зубная формула, состояние твердых тканей зубов, пародонта, десен, характер прикуса, наличие некариозных поражений. Выявленные нарушения оценивали с позиции коморбидности стоматологической патологии [2]. Все диагностированные нозологии классифицировались в соответствии с МКБ-С на основе МКБ-10.

Распространенность и интенсивность кариозного процесса изучались при помощи индексов КПУ зубов (КПУ(з)), где «К» — зуб, пораженный кариесом, «П» — зуб, имеющий пломбу, «У» — зуб, удаленный по поводу кариеса и его осложнений. Определение распространенности заболеваний пародонта оценивалось по индексу CPI, регистрации кровоточивости, индекса ПМА, пробы Шиллера—Писарева. Установление уровня гигиены полости рта (ГИ) проводилось по индексу ОНІ-S. Состояние слизистой оболочки полости рта (СОПР) оценивалось по частоте встречаемости и распространенности заболеваний. Полученные в ходе обследования данные фиксировались в карте регистрации стоматологического статуса и подвергались компьютерной обработке по общепринятым методам медицинской статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ структуры стоматологической патологии по укрупненной группировке нозологических форм показал, что наиболее часто у пациентов встречается кариес зубов (K02). Данная патология твердых тканей зубов выявлена у 96,7% обследованных. Практически во всех случаях имел место кариес дентина (K02.1).

Заболевания пародонта (K05) занимают 2-е место среди выявленных стоматологических нарушений. Они наблюдались у 87% пациентов и были представлены гингивитом и пародонтитом. Клинически у 76% пациентов гингивит (K05.1) имел катаральный характер, у 24% — гипертрофический. Зубодесневой карман диагностировали у 28 человек, что составило 43,4%. Клинически выявлено нарушение зубодесневого соединения, и при осмотре определялся пародонтальный карман, что свидетельствовало о наличии пародонтита (K05.2). У всех обследованных глубина пародонтального кармана составила более 3,5 мм, что свидетельствует о преимущественно среднетяжелой форме патологии тканей пародонта с генерализованным характером.

Среди обследованных пациентов лишь 12% имели ранее установленные протезы. Нозологическая форма (K08.1) потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита у пациентов с глоссалгией регистрировалась в 86,0% случаев, занимая третье ранговое место среди выявленных стоматологических нарушений. Более половины обследованных нуждались в съемном протезировании, имея концевые дефекты зубных рядов. У пациентов с глоссалгией при оценке стоматологического статуса не было выявлено современных конструкций зубных протезов на имплантатах.

Другие болезни твердых тканей зубов выявлены у 78,8% обследованных. Повышенное (патологическое) стирание зубов (K03.0) наблюдалось у 14,8% пациентов. В большинстве случаев патологическая стираемость зубов определялась на фоне нарушения прикуса, дефектов зубных рядов. Сошлифовывание зубов (K03.1) проявлялось клиновидным дефектом, обнаруженным у 51,9% пациентов. Дефект сочетался с рецессией десны. Наиболее часто регистрировалась гиперестезия, зафиксированная у 59,3% обследованных.

Имелись отложения на зубах (K03.6). Индекс гигиены полости рта составил в среднем $1,78 \pm 0,04$ балла, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены. У 67,6% пациентов имелись минерализованные отложения (над- и поддесневой зубной камень).

Челюстно-лицевые аномалии, включая аномалии прикуса (K07), обнаружены у 4 человек (6,3% пациентов).

Скученность зубов в зубном ряду наблюдалась наиболее часто и сопровождалась большим количеством зубных отложений, а в тканях пародонта явно присутствовали признаки воспаления.

Изменения десны и альвеолярного края (K06) проявлялись в основном рецессией десны (K06.0), которая встречалась у 27 пациентов (42,2%). Все обнаруженные рецессии (98%) можно охарактеризовать как выраженные.

Патология височно-нижнечелюстного сустава (K07.6) зарегистрирована в единичных случаях и проявлялась щелканьем в суставе и слабым болевым синдромом.

Оценка стоматологического статуса пациентов с глоссалгией выявила коморбидность патологии челюстно-лицевой области в 99% случаев. Сочетание трех заболеваний регистрировалось в 96% случаев, сочетание четырех и более стоматологических заболеваний регистрировалось в 59% случаев.

ВЫВОДЫ

Приведенные данные наглядно свидетельствуют о том, что заболеваемость зубов и полости рта у пациентов с глоссалгией является весьма выраженной, характеризуется разнообразием нозологических форм и коморбидностью.

По данным нашего исследования, все пациенты с глоссалгией нуждаются в комплексном лечебно-профилактическом наблюдении у врача-стоматолога, что необходимо учитывать другим специалистам при ведении пациентов с глоссалгией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е. В., Машкиллейсон А. Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта. — М.: Медицина, 1984. — 400 с.
2. Быковская Т. Ю., Леонтьева Е. Ю., Молчанова А. В. Коморбидность стоматологической патологии // Главный врач Юга России. — 2017. — №55. — С. 22—24.
3. Иорданишвили А. К., Либих Д. А., Рыжак Г. А. Стоматогии у людей пожилого и старческого возраста: диагностика, классификация и оценка эффективности лечения // Институт стоматологии. — 2013. — №2 (59). — С. 50—53.
4. Караков К. Г., Власова Т. Н., Оганян А. В., Полякова О. В. Современные концепции лечения синдрома «жгучей боли» // Маэстро стоматологии. — 2013. — №50. — С. 39—40.
5. Кожевников С. В., Вальков В. А. Синдром жжения полости рта: причины, дифференциальная диагностика // Институт стоматологии. — 2012. — №1 (54). — С. 96—97.
6. Максимовский Ю. М., Максимовская Л. Н., Орехова Л. Ю. Терапевтическая стоматология: Учебник. — М.: Медицина, 2002. — 640 с.
7. Рединова Т. Л., Рединов И. С., Вальков В. А., Злобина О. А. Глоссалгия или синдром жжения полости рта: равнозначность или различие // Стоматология. — 2014. — №4. — С. 15—19.
8. Пузин М. Н., Марулиди Р. Г., Шубина О. С. Клинико-психологический анализ развития синдрома жжения полости рта // Российский стоматологический журнал. — 2001. — №5. — С. 30—35.
9. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Е. В. Боровского. — М.: Мединформ агент, 2003. — 840 с.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» (РостГМУ), кафедра стоматологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ФПК и ППС), г. Ростов-на-Дону
Иванов Александр Сергеевич — кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии ФПК и ППС РостГМУ;
Борисова Татьяна Владимировна — ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ;
Краевская Наталья Стефановна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ;
Киреев Владимир Владимирович — ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ;
Рябичко Артем Геннадьевич — ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ АКАДЕМИЧЕСКИЙ АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЛАЗЕРНОЙ АКАДЕМИИ НАУК (МАНЦ ЛАН) Россия, г. Калуга

INTERNATIONAL ACADEMIC EVALUATION CENTER OF LASER SCIENCE ACADEMY (Kaluga)

КУРСЫ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ (ДПО)
ПО СПЕЦИАЛИЗАЦИИ
(72 ЧАСА)

**«ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ,
ХИРУРГИЯ, ФДТ И ЛАЗЕРНАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА»**

на 2018г.

28 мая – 01 июня
25 – 29 июня

23 – 27 июля
20 – 24 августа

24 – 28 сентября
22 – 26 октября

19 – 23 ноября
17 – 21 декабря

Дополнительное
профессиональное
образование
Бессрочная Лицензия
Минобразования
и науки № 42 (ДПО)

НАШ АДРЕС ДЛЯ ЗАЯВОК:

Россия, 248000, г. Калуга,
ул. Декабристов, д. 15

Тел./факс.: 8 (4842) 57-02-77, 56-34-88

E-mail: LANRF@inbox.ru

Наша информация в интернете:

www.laserkaluga.ru, www.kursi-medlaser.ru

АДГЕЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ РЕСТАВРАЦИИ В КЛИНИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ

А. Г. Рябичко, Е. В. Лактионов

Аннотация. В статье рассматриваются достоинства и недостатки адгезивных методик реставрации твердых тканей зуба в клинически неблагоприятных условиях.

Ключевые слова: феррул-эффект, поднятие края дефекта, удлинение коронковой части, биологическая ширина, адгезивная реставрация.

ADHESIVE RESTORATION IN CLINICALLY UNFAVORABLE SITUATIONS

A. Ryabichko, E. Laktionov

Annotation. The article discusses advantages and disadvantages of adhesive techniques for restoring hard tooth tissues in clinically unfavorable situations.

Keywords: ferrule effect, deep margin elevation, proximal box elevation, biologic width, adhesive restoration.

В практической деятельности нередко приходится решать проблему реставрации зубов с обширно утраченными структурами твердых тканей. Единого мнения относительно способа лечения не существует, а обилие информационных источников лишь усугубляет неопределенность в действиях врачей.

В представленной статье мы хотим поделиться опытом восстановления зубов в клинически неблагоприятных условиях. Протокол лечения, который применяется позволяет сочетать возможности современных реставрационных материалов, адгезионных процессов и достоинства минимально инвазивного лечения.

В реставративной стоматологии имеются такие определения, как «биологическая ширина» (далее — БШ) и «феррул-эффект» (далее — ФЭ), которые являются критериями, определяющими тактику лечения и долгосрочную состоятельность реставрации. Однако зачастую мы сталкиваемся с клиническими ситуациями, вынуждающими выйти за рамки концепций биологической ширины и феррул-эффекта и прибегнуть к компромиссным методам лечения. Прежде всего, это касается МОД-дефектов с субгингивальными апроксимальными границами поражения и большим количеством интактных твердых тканей в области оральной и вестибулярной стенок зуба. В подобных ситуациях есть несколько способов решения проблемы. Один из наиболее распространенных — изготовление литой культевой вкладки и коронки. Популярность среди клиницистов данный метод лечения завоевал благодаря относительной мануальной простоте исполнения. При этом важно осознавать его недостатки:

- высокий риск фрактуры корня;
- необходимость препарировать прицervикальный дентин с целью создания пути введения и ликвидации поднатурений;
- расположение апроксимальных краев коронки в пределах БШ и невозможность контролируемой эвакуации излишков фиксирующего цемента;
- сложность получения точного оттиска из субгингивальных областей и, следовательно, ухудшение краевого прилегания коронки;
- многократная травма пародонта в результате ретракции на этапе оттиска и фиксации;
- только механическая ретенция культевой вкладки и коронки;

- высокий риск разгерметизации временной пломбы, что влечет за собой инфицирование корневого канала;
- сложность темпоризации.

Альтернативой культевой вкладке является композитный build-up с предварительным удлинением клинической коронки в области субгингивальных дефектов. Однако в рассматриваемом случае разрушения апроксимальных поверхностей подобная методика труднореализуема и рискованна с точки зрения неконтролируемых пародонтальных осложнений в области соседних зубов.

Оба из предложенных выше методов являются компромиссными, при этом успешность их реализации зависит от мануальной и теоретической подготовки клинициста. Методика, которая применяется в практике, имеет ряд критериев «идеального» метода лечения рассматриваемой клинической ситуации, исходя из современных представлений о реставративной стоматологии:

- максимально возможное сохранение оставшихся интактных твердых тканей зуба;
- минимизация ятрогенного воздействия на ткани пародонта;
- реальность соблюдения всех этапов протокола (как на этапе прямой, так и непрямой реставрации);
- простота темпоризации;
- минимизация количества посещений.

Наиболее полно соответствует представленным выше критериям метод, известный в англоязычных публикациях под названием «proximal box elevation». Его эффективность подтверждена рядом независимых исследований [1, 2, 3, 4, 5].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент К., 42 года, обратился с жалобами на болезненность при приеме пищи в области нижней челюсти слева. Зуб 36 лечен более 10 лет назад по поводу осложненного кариеса. Пломба более 1/2 поверхности зуба, нарушение краевого прилегания по всему периметру, признаки вторичного кариеса, субгингивальное разрушение мезиальной проксимальной поверхности 3 мм. Десна отечна, гипертрофирована, кровоточива. Глубина зубодесневой борозды в месте дефекта 3,5 мм. На КТ признаки резорбции костной ткани в области верхушки дистального корня размером 10х5 мм. Диагноз: «хронический апикальный периодонтит (K04.5 МКБ)». Исходя

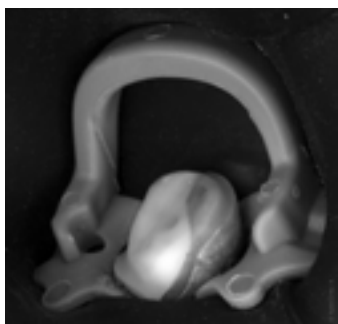


Фото 1.

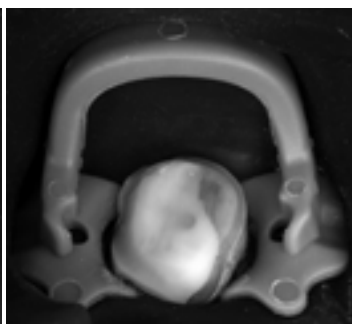


Фото 2.

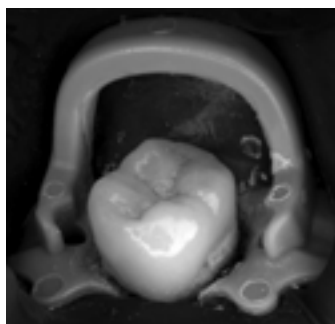


Фото 3.

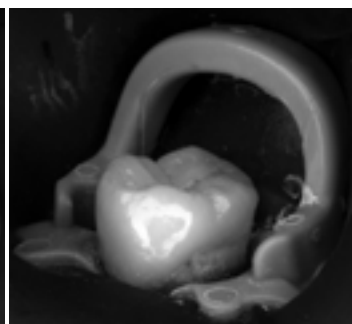


Фото 4.

из характерного окраса, можно предположить, что зуб был лечен резорцин-формалиновой пастой, что предопределяет значительную хрупкость тканей и неустойчивость к латеральным нагрузкам, делая использование внутриканальной штифтовой вкладки крайне нежелательным. Руководствуясь этими соображениями, выбор был сделан в пользу адгезивных методик реставрации зуба.

В первое посещение были созданы условия для последующего эндодонтического лечения и адгезивной реабилитации тканей. Проведена гингивэктомия и коррекция десневого контура диодным лазером в области зуба 36, установлен раббердам, и под контролем стоматологического микроскопа восстановлена медиальная апроксимальная стенка материалом GC Gradia Direct Posterior с использованием модифицированного адгезивного протокола системой Surpass Apex Dental. Использование спиртового адгезивного протокола, обязательная изоляция на всех стадиях и хороший визуальный контроль являются теми пунктами, которые позволяют надеяться на максимальный срок службы адгезивных реставраций и в полной мере позволяют использовать их сильные стороны. На первом этапе важно создать условия для качественной изоляции, избежав подтекания крови и десневой жидкости, а также обеспечить адекватное препарирование и хорошую адаптацию матричной системы, исключив ступень или нависающий край реставрации. Все это делает использование магнификации и иллюминации не просто желательным, но и технически необходимым, и роль стоматологического микроскопа в подобных ситуациях не менее значима, чем мануальные навыки или глубокие познания адгезионных процессов.

После того, как контур зуба был успешно восстановлен, во второе и третье посещение проведено повторное эндодонтическое лечение. Корневые каналы обработаны системой FKG RaCe до №40/04, obturированы термoplastической гуттаперчей и эпоксидным силером AH Plus. В дистальном канале установлен стекловолоконный штифт VDW DT Light Post №0, фиксация и создание культи жидкотекучим гибридным композитом двойного отверждения RTD Coreseem.

В качестве последующей ортопедической реабилитации данного зуба было запланировано изготовление цельнокерамической реставрации по технологии e.max Press. Дизайн препарирования, представленный на фото 1, 2, был выбран с целью сохранения оставшихся твердых тканей зуба и придания всей конструкции структурной и функциональной целостности. При этом граница препарирования располагается супрагингивально, что исключает повторную ятрогенную травму пародонта, ускоряя его заживление после проведенной гингивэктомии, а также позволяет легко получить точные оттиски, отличное краевое прилегание реставрации и атравматичную изоляцию во время адгезивной фиксации.

Рабочий оттиск был получен одноэтапным двухфазным методом с помощью винилполисилоксановой оттискной массы Variotime (heavytray + extralightflow) фирмы Heraeus Kulzer. Лабораторией была изготовлена цельноанатомическая реставрация из дисиликата лития и индивидуализирована методом внешнего окрашивания, что позволило добиться высокой прочности (порядка 400—500 МПа) и естественного внешнего вида. Реставрация была зафиксирована на жидкотекучий композит Estelite Flow Quick с предварительной пескоструйной обработкой и адгезивной подготовкой культи зуба системой Apex Dental Surpass. Силинизация керамической поверхности проведена материалом Apex Dental Interface. Результат сразу после фиксации представлен на фото 3, 4.

В благоприятных клинических ситуациях (сохраненный феррул и прецервикальный дентин, сохранность БШ) преимущества адгезивных методов очевидны, но в случаях отсутствия одного или сразу нескольких условий прогноз такого лечения сомнителен. Таким образом, обеспечение необходимых условий, строгий контроль всех этапов и ясное понимание основных принципов адгезии стоит во главе при выборе данной методики. На примере клинического случая мы подтверждаем перспективность адгезивной реставрации в клинически неблагоприятных условиях, а также возможность создания факторов, в которых эта методика проявляет свои лучшие качества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Zaruba M., Gohring T. N., Wegehaupt F. J., Attin T. Influence of a proximal margin elevation technique on marginal adaptation of ceramic inlays // Acta Odontol Scand. — 2013. — №3.
2. Muller V., Friedl K. H., Friedl K., Hahnel S., Handel G., Lang R. Influence of proximal box elevation technique on marginal integrity of adhesively luted Cerec inlays // Clin Oral Investig. — 2017. — №3.
3. Roggendorf M. J., Kramer N., Dippold C., Vosen V. E., Naumann M., Jablonski-Momeni A., Frankenberger R. Effect of proximal box elevation with resin composite on marginal quality of resin composite inlays in vitro // J Dent. — 2012. — №12.
4. Ilgenstein I., Zitzmann N. U., Bahler J., Wegehaupt F. J., Attin T., Weiger R., Krastl G. Influence of proximal box elevation on the marginal quality and fracture behavior of root-filled molars restored with CAD/CAM ceramic or composite onlays // Clin Oral Investig. — 2015. — №6.
5. Frese C., Wolff D., Staehle H. J. Proximal box elevation with resin composite and the dogma of biological width: clinical R2-technique and critical review // Oper Dent. — 2014. — №1—2.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

МБУЗ «Городская стоматологическая поликлиника г. Ростова-на-Дону», ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону
Рябичко Артем Геннадьевич — зав. ортопедическим отделением, ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС, e-mail: dr.ryabichko@gmail.com;
Лактионов Егор Витальевич — зав. стоматологическим отделением, ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС, e-mail: laktionov.egor@ya.ru.

ООО «Медицина Дент»

эксклюзивный дистрибьютор зуботехнического оборудования «Аверон»,
дилер компаний «Анхел Трейдинг», «Крафтвэй Медикал», «Фармгеоком»,
«Протеко», «Целит» и др.



Мы предоставляем максимально полный комплекс услуг для наших покупателей:



- ✦ полное оснащение стоматологических клиник, кабинетов и зуботехнических лабораторий; оптовые и розничные поставки стоматологической продукции и оборудования отечественного и зарубежного производства, сервисное и гарантийное обслуживание;
- ✦ широкий выбор расходных материалов, инструментов, оборудования и дезинфекционных средств ведущих производителей: GC, Septodont, Yeti, NSK, Mani, VDW GmbH, Zhermack, Voco, 3M ESPE, Kerr Hawe, Dentsply Sirona, BEGO, VITA, Renfert;
- ✦ розничная торговля фармацевтическими препаратами, используемыми в ежедневной работе стоматологами. Представлены профессиональные средства по уходу за полостью рта для детей и взрослых.

Приглашаем к сотрудничеству!



355042, г. Ставрополь, ул. 50 лет ВЛКСМ, 24 Б



тел. (8652) 22-50-83

@ e-mail: meddent@mail.ru



Instagram: medicinadent26

РЕКЛАМА



ООО «Алкор Дент»
ПРОДАЖИ И ОБУЧЕНИЕ

Тел.:

+7 905 701 66 62

+7 903 225 49 70

+7 499 714 70 30

+7 495 968 42 89

www.alkordent.ru

korchagin-dental@mail.ru

РЕКЛАМА



Лаборатория «DELO»

Хорошая зуботехническая лаборатория – это высокотехнологичные техники и современное оборудование. Мы выполняем все виды зуботехнических работ на основе новейших технологий. Наша лаборатория работает на оборудовании фирмы Sirona и imes-icore, которое предоставляет нам практически безграничные возможности в изготовлении безметалловых конструкций - каркасов, Балок, замковых креплений, вкладок «инлей/онлей», виниров и металлокерамики. Также мы изготавливаем бюгельные протезы, нейлоновые и акриловые протезы. Тесное сотрудничество врачей-стоматологов и зубных техников гарантирует высокое качество всех видов работ.

Лаборатория «DELO» – это многолетний опыт, передовые технологии, качество исполнения и индивидуальный подход к каждой работе. Когда-то в штате лаборатории было всего два техника, сегодня в штате 26 высокотехнологичных профессионалов своего дела. Ежегодно мы принимаем участие в стоматологических выставках, где мы обмениваемся опытом, делимся своими достижениями.

Мы с большой радостью окажем вам услуги по выполнению всех зуботехнических работ. Выбирая лабораторию «DELO», вы получаете качество и надежность в кратчайшие сроки. Развитие нашей лаборатории способствует расширению возможностей, а также повышению качества работы.



МЫ ЖДЕМ ВАС В НАШЕЙ ЛАБОРАТОРИИ «DELO»

Доставка по городу, а также в любой регион России. По вопросам заказа курьера вы можете обратиться к нашему администратору по тел. (988) 114-31-11.

Тел. (988) 114-31-11  [eduard_ilchenko](#)

РЕКЛАМА



ООО «ТехПромМед»

ООО «ТехПромМед» осуществляет изготовление и поставку продукции медицинского назначения:



ШЛИФМАШИНА СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ШМ-1 МОДЕЛИ 677 С КОМПЛЕКТАЦИЕЙ

изготавливается по лицензии ПАО «Красногвардеец» и в соответствии с ТУ 9452-036-07618878-2009. Изделие имеет действующее регистрационное удостоверение (ФСР 2009/05864) и декларацию о соответствии (РОСС RU.AG81.D21057)

Мы производим гарантийный ремонт и сервисное обслуживание данных изделий. Гарантия на новые изделия составляет 18 месяцев с момента поставки.

ВЫСОКАЯ НАДЕЖНОСТЬ И КАЧЕСТВО ШЛИФМОТОРОВ ШМ-1 ПОДТВЕРЖДЕНО ВЕДУЩИМИ ОРТОПЕДАМИ РОССИИ!

Юридический адрес: 175201, г. Старая Русса, Новгородская обл., ул. Красных Командиров, 69
Почтовый адрес завода: 175202, г. Старая Русса, Новгородская обл., ул. Степана Разина, 4
ИНН 5322014769 Тел./факс: (81652) 5-73-11 E-mail: techprommed@yandex.ru

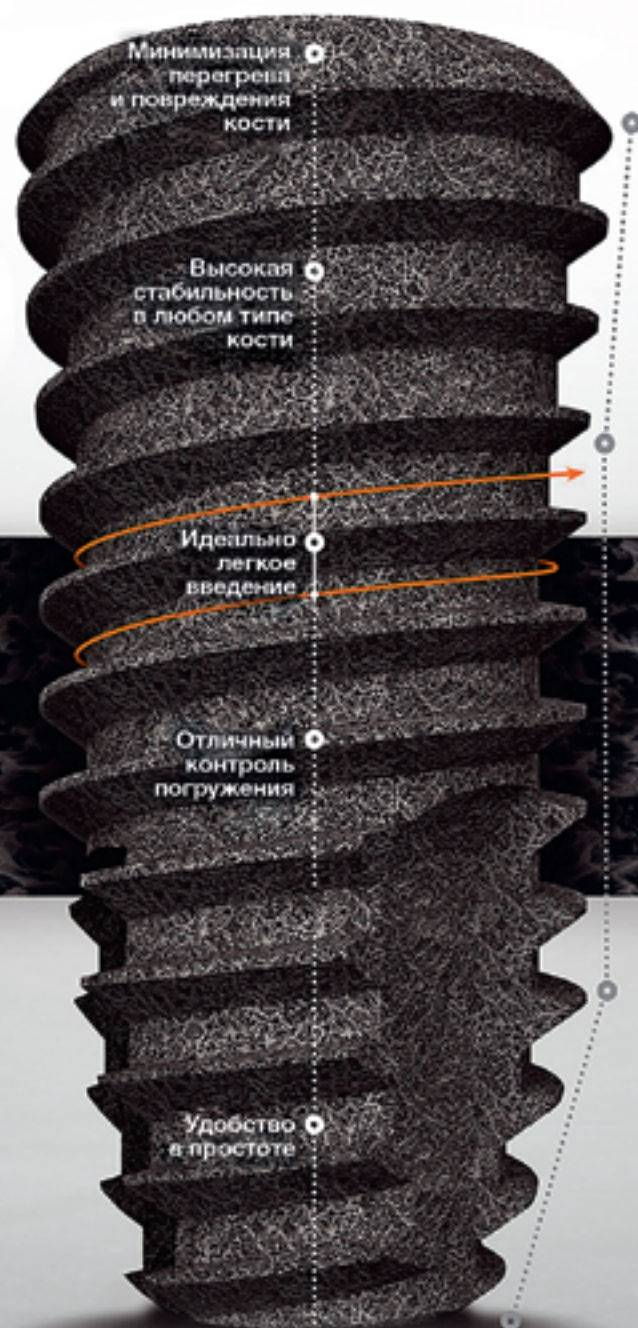
РЕКЛАМА

OneQ-SL

Для всех клинических случаев

Поверхность S.L.A.

Оптимальная шероховатость поверхности ($Ra - 2,5-3,0 \mu m$)
Увеличенная площадь контакта
S.L.A. покрытие от шейки до апекса



DENTIS

No. 1 Partner in Implant Dentistry

Южная Корея

Официальный дистрибьютор продукции DENTIS
компания «Дентис Имплант»
www.dentisrussia.ru
8 (495) 663-86-88

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТОКОЛОВ ТРАНССКУЛОВОЙ, АНГУЛЯРНОЙ И ПОЛИКОРТИКАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ АТРОФИЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В. А. Путь, В. Г. Солодкий, Д. С. Святославов

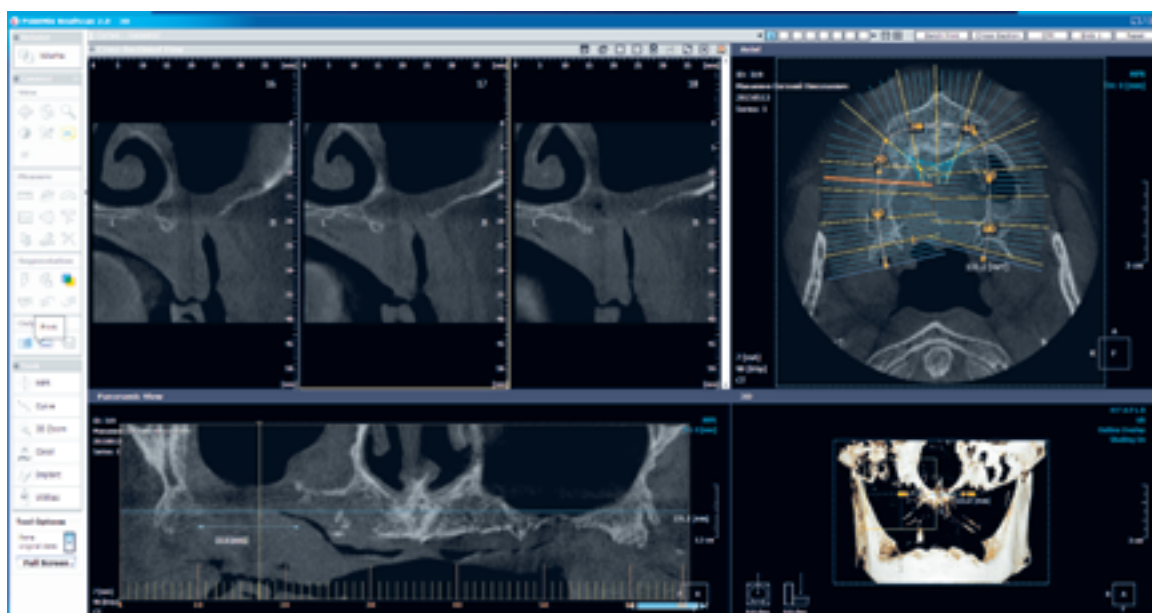


Рис. 1.
КТ верхней
челюсти: отсутствие
костной ткани
в области нижней,
части медиальной
и боковой границ
верхнечелюстного
синуса справа.
Выраженная общая
атрофия костной
ткани верхней
челюсти.

Рис. 2—7.
Фотографии
хирургического
этапа проведенного
интраоперационного
немедленного
протезирования,
включая получение
оттисков.

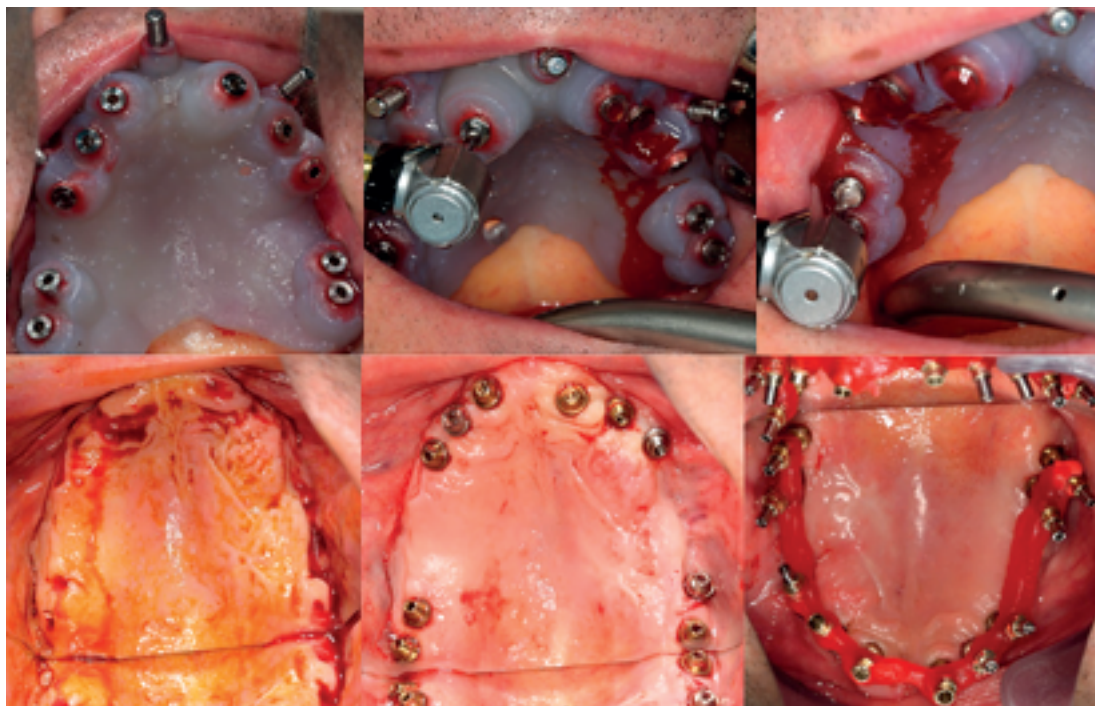


Рис. 8—10.
Ортопедический
этап временного
протезирования,
проведенного
на следующий день.

Аннотация. Приоритетным направлением в стоматологической и челюстно-лицевой имплантат-протезной реабилитации пациентов с экстремальной атрофией верхней челюсти и при наличии дефектов после удаленных опухолей в настоящее время признаны протоколы ангулярной трансскуловой и поликортикальной имплантации. Современное ортопедическое планирование такого протокола операций позволяет отказаться, в том числе, и от использования цементной фиксации, и в ряде случаев от угловых абатментов. Это не только упрощает и удешевляет конструкции, но и приводит к увеличению их надежности. Протоколы интраоперационного

непосредственного протезирования при имплантат-протезной реабилитации пациентов с экстремальной атрофией и при постонкологических реконструкциях верхней челюсти требуют цифрового прототипирования и проектирования результатов лечения с использованием CAD-CAM технологий.

Ключевые слова: имплантат-протезная реабилитация, интраоперационное непосредственное протезирование, ангулярная, трансскуловая и поликортикальная имплантация, плазмолифтинг, атрофия верхней челюсти, постонкологическая реконструкция верхней челюсти.

THE PRACTICE OF USING PROTOCOLS OF ANGULARLY TRANS-ZYGOMATIC AND MULTICORTICAL IMPLANTATION IN PATIENTS WITH EXTREME ATROPHY OF THE MAXILLA

V. Put', V. Solodkiy, D. Svyatoslavov

Annotation. In dental and a maxillofacial implant-prosthetic rehabilitation of patients with extreme atrophy of the upper jaw and defects after remote tumors protocols of angularly trans-zygomatic and multi-cortical implantation are recognized now. Modern surgery planning tools allow desisting cement-retained restoration and angled abutments. This leads not only to a simplified and less

expensive, but also to a more secure denture. The protocols of immediate dental implants for patients with extreme atrophy and post-oncologic reconstruction of the maxilla require the use of the CAD-CAM digital planning technology.

Keywords: implant-prosthetic rehabilitation, an intraoperated immediate prosthetic repair, angular, trans-zygomatic and polycortical implantation, plasmolifting, atrophy of the upper jaw, post-oncologic reconstruction of the upper jaw.

ВВЕДЕНИЕ

Ортопедическая реабилитация с применением дентальных имплантатов существует в практике врачей-стоматологов с момента открытия проф. Бранемарком остеointegrации. За это время произошли качественные изменения в оснащении стоматологических клиник и лабораторий, повседневно используются цифровые технологии, в том числе CAD-CAM и др. У пациентов с поражением челюстно-лицевой области после перенесенных травм лица или удаления опухолей, а также у пациентов старшей возрастной группы существуют проблемы с фиксацией любых, как съемных, так и несъемных, протезов на верхней челюсти. В большинстве случаев это связано либо с отсутствием анатомических образований в результате резекций, либо в результате экстремальных форм атрофии костной ткани, при отсутствии необходимых для протеза-обтуратора опорных элементов — зубов и других анатомических образований. Полноценная фиксация протеза у таких пациентов является необходимым условием соблюдения качества жизни. Фиксация ортопедических конструкций к устанавливаемым имплантатам непосредственно в день операции — уже реальность нашего времени [1, 2, 9]. Для решения поставленной задачи при реабилитации экстремальной атрофии костной ткани на верхней

челюсти и при различных состояниях после резекции челюсти по поводу удаленных опухолевых процессов успешно применяются протоколы трансскуловой, ангулярной, поликортикальной имплантации и непосредственного интраоперационного протезирования [3, 4]. Метод протезирования на имплантатах во время проведения хирургической процедуры зарекомендовал себя как достаточно надежный, а планирование получаемого результата с помощью CAD-CAM технологий делает такой вид протезирования прогнозируемым. Неоспоримым преимуществом применения данных имплантатов по технологии интраоперационного немедленного протезирования является то, что пациент начинает пользоваться протезами сразу после операции имплантации. Характеристикой протеза при таком подходе является винтовая фиксация ортопедических супраструктур к установленным имплантатам [5, 6, 7]. Современное ортопедическое планирование протокола операций позволяет отказаться, в том числе, и от использования угловых абатментов, что ведет не только к упрощению и удешевлению конструкции, но и к увеличению ее надежности. Также для достижения поставленных задач применяются имплантаты с возможностью межкортикальной и поликортикальной фиксации. В связи с тем, что протоколы трансскуловой имплантации выполняются, как правило,

в практике челюстно-лицевых хирургов, данная технология, к сожалению, ограниченно применяется в амбулаторной стоматологической практике [10, 11]. Использование поликортикальных имплантатов, особенно планируемых по CAD-CAM протоколу, более востребовано в амбулаторной практике врача-стоматолога.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности применения протоколов трансскуловой, ангулярной и поликортикальной имплантации, разработка и внедрение интраоперационного непосредственного протезирования для проведения имплантат-протезной реабилитации пациентов с экстремальной атрофией и постонкологическими реконструкциями верхней челюсти в практике амбулаторного приема.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После удаления зубов в отсроченный период, за счет снижения функциональной нагрузки на костную ткань челюстей, происходит рассасывание костных балок, снижается плотность трабекулярной кости, изменяется соотношение компактного и губчатого слоев в сторону уменьшения губчатой кости. Структурные изменения костной ткани при адентии приводят не только к значительной атрофии, но и к остеопении и остеопорозу челюстей [12, 13]. Атрофия челюстных костей после утраты зубов

происходит независимо от того, пользуется пациент съёмными протезами или нет. На степень атрофии челюстей влияют многие компоненты — от генетической предрасположенности к атрофии до определяющего условия и эффективности вида протезирования, независимо от того, используется при этом протезировании имплантологический этап или нет [1, 9]. После реконструктивных операций на мягких тканях ряд пациентов, при видимом наличии наружных границ анатомических образований, могут не иметь костной основы как таковой. В качестве примера можно привести состояния после закрытия (пластики) оро-антрального соустья.

В результате исследований анатомо-топографических изменений челюстей и тканей полости рта при полной адентии существует много классификаций, отражающих изменения челюстно-лицевого скелета и окружающих мягких тканей. Одна из наиболее исчерпывающих — это анатомическая классификация, предложенная J. Sawood и R. Howell в 1988 году [12].

Основным направлением в ангулярной имплантации является реабилитация верхней челюсти с использованием имплантатов RadixZygoLine, в комбинации с ангулярными имплантатами, позволяющих реабилитировать пациентов не только при выраженных степенях атрофии, но и при политравме средней трети лица, а также при резекциях челюстей по поводу удаления новообразований. Расположение трансскулового имплантата RadixZygoLine и угол его наклона определяется наличием костных тканей, обеспечивающих установку и первичную стабильность имплантата в обход верхнечелюстного синуса. При установке трансскуловых имплантатов основными критериями являются следующие 2 аспекта: определение любой патологии в гайморовых пазухах, толщина антральной слизистой оболочки не должна превышать 6 мм, также необходима оценка состояния скуловой кости [3, 4, 11]. При лечении с использованием поликортикальных имплантатов имеет значение состояние костной ткани не только

в пределах всей верхней челюсти, но и сросшихся с ней костей. Лечение осуществляется под сбалансированной седацией и местной анестезией, а также под общим наркозом — при онкологических операциях и травме лицевого скелета.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В период с ноября 2016 г. по январь 2018 г. у 56 пациентов на верхней челюсти было установлено 29 трансскуловых имплантатов, более 83 ангулярных и 42 поликортикальных имплантата винтовой фиксации. Возраст пациентов — от 19 до 78 лет. При проведении имплантат-протезной реабилитации пациентов с атрофией и при постонкологических реконструкциях верхней челюсти имплантаты устанавливались, как правило, по одноэтапному протоколу с немедленной нагрузкой.

Было прооперировано 3 пациента с частичной и полной резекцией верхней челюсти по поводу опухолевых процессов. Протоколы лечения данной категории пациентов строго индивидуальны и требуют многоэтапной подготовки и междисциплинарного взаимодействия специалистов. У пациентов всегда выполняется протокол интраоперационного непосредственного протезирования. Трансскуловые и поликортикальные имплантаты в 100% случаев подвергаются немедленной нагрузке временными условно-съёмными мостовидными протезами с винтовой системой фиксации, имеющими литой металлический каркас. Некоторые ортопедические конструкции для ускорения изготовления имеют титановый каркас, получаемый методом внутривитовой сварки непосредственно в момент операции. В подавляющем большинстве случаев пациенты были довольны ортопедическими конструкциями с опорой на установленные имплантаты. Они отмечали высокое качество жизни и отсутствие болевых ощущений в области установленных имплантатов и временных условно-съёмных мостовидных протезов винтовой фиксации. Спустя 7–8 месяцев протезы, как

правило, замещаются постоянными конструкциями.

За данный период времени были утрачены на хирургическом этапе 5 ангулярных имплантатов и на ортопедическом этапе протезирования 1 трансскуловой имплантат и 4 поликортикальных. У 96% пациентов при проведении протоколов ангулярной и трансскуловой имплантации на верхней челюсти сразу фиксировались провизорные ортопедические конструкции с опорой на имплантаты. Данные методики позволяют достичь полноценной первичной стабильности имплантата не менее 45 Н/см², что позволяет одновременно проводить непосредственную функциональную нагрузку временными протезными супраструктурами в полости рта [1, 14, 15].

В течение последующих полутора лет наблюдения после оперативного вмешательства у 1 пациентки развился односторонний хронический гайморит, что потребовало удаление 1 трансскулового имплантата. Также спустя 1 год у другой больной после установки был удален 1 имплантат по причине фиброостеоинтеграции (пациентка не наблюдалась в течение 1 года и не выполняла рекомендации специалистов).

Практика применения ангулярных, трансскуловых и поликортикальных имплантатов свидетельствует о том, что основная причина потери имплантатов — это нарушение и пренебрежение точным выполнением предоперационного протокола планирования и установки имплантатов, а также протоколов ортопедической подготовки пациентов и методик немедленного и немедленно-отсроченного — до 72 часов с окончания хирургического этапа — протезирования. Нужно своевременно (на этапах планирования) выявлять риски предстоящего протезирования (от участков супраокклюзии в местах планируемого протезирования до профилактики заболеваний, действующих заболеваниями зубочелюстной системы — ВНЧС, бруксизма и др.) и проводить мероприятия, направленные на профилактику планируемого протезирования.

Клинический пример использования интраоперационного немедленного протезирования на поликортикальных имплантатах после пластики ороантрального соустья.

Пациент М., 68 лет. После пластики ороантрального соустья (отсутствие переходной складки справа) не может пользоваться полным съемным протезом. Фиксация протеза на фиксирующие кремы (Протефикс, Корега) несостоятельна.

Пациенту после планирования под контролем операционного шаблона было установлено 10 поликортикальных имплантатов винтовой фиксации в имеющуюся кость на верхней челюсти — верхнечелюстные бугры, клиновидные кости, пирамидальную кость, в контрфорсы, носовую кость. Фиксация имплантатов на уровне 45—60 Н/см². Операция была закончена снятием слепков и определением центрального соотношения челюстей.

Условно-съемный протез винтовой фиксации был изготовлен в зубо-протезной лаборатории и фиксирован к имплантатам на следующий день. Прикусные взаимоотношения между несъемными конструкциями на челюстях — в пределах первых моляров — на имплантатах, установленных через бугры в клиновидную кость, используются технические абатменты для дистальных опор.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование ангулярных, трансскуловых и поликортикальных имплантатов, как по оригинальному протоколу, так и в комбинации протоколов, позволяет сократить сроки стоматологической и челюстно-лицевой реабилитации и уменьшает травматизм проводимых операций. Реализуется возможность установки временных винтовых протезов в полости рта — непосредственное интраоперационное

протезирование в течение 0—72 часов после операции. Таким образом, протоколы ангулярной, трансскуловой и поликортикальной имплантации расширяют возможности стоматологической и челюстно-лицевой реабилитации и являются одним из наиболее активно развивающихся направлений в предпротезной восстановительной хирургии. Современное ортопедическое планирование такого протокола операций позволяет отказаться от использования цементной фиксации и угловых абатментов, что ведет не только к упрощению и удешевлению конструкции, но и к увеличению ее надежности. Для освоения протоколов трансскуловой, ангулярной и поликортикальной имплантации требуется обучение специалистов в рамках новой платформы междисциплинарного сотрудничества, то есть формирования практических навыков у бригады специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Путь В. А., Солодкий В. Г. Непосредственное интраоперационное протезирование с опорой на имплантаты: хирургические и ортопедические аспекты // Dental Market. — 2014. — №2. — С. 77—83.
2. Путь В. А., Солодкий В. Г. Непосредственное интраоперационное протезирование с опорой на имплантаты — организационно-методические аспекты // Dental Market. — 2014. — №3. — С. 49—54.
3. Хышов В. Б., Путь В. А., Ильичев Е. А., Кумачков Д. А., Солодкий В. Г. Протокол трансскуловой имплантации — хирургические аспекты, седация в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Сборник тезисов II Междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи. Медицина XXI века. «Междисциплинарный подход к патологии органов головы и шеи». — М., 2014. — С. 84.
4. Коротик И. О., Сельский Н. Е., Путь В. А., Солодкий В. Г., Варданян Б. Г. Протокол трансскуловой имплантации — ортопедические аспекты, интраоперационное непосредственное протезирование. Zygomatic oncology implants protocol // Сборник тезисов II Междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи. Медицина XXI века. «Междисциплинарный подход к патологии органов головы и шеи». — М., 2014. — С. 85.
5. Путь В. А., Солодкий В. Г., Кумачков Д. А., Калашникова О. Ю., Селиверстов С. С. Ангулярная имплантация, предпротезная восстановительная хирургия, регенеративные технологии в челюстно-лицевой области // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2014. — №3. — С. 66—68.
6. Ильичев Е. А., Путь В. А., Хышов В. Б., Сельский Н. Е., Солодкий В. Г. Протокол трансскуловой имплантации — интраоперационное непосредственное протезирование // Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии», посвященной 85-летию основания кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. — СПб., 2014. — С. 97.
7. Солодкий В. Г., Путь В. А., Балин В. Н., Шанова А. А. Интраоперационное непосредственное протезирование при имплант-протезной реабилитации пациентов // Материалы III междисциплинарного конгресса с международным участием «Голова и Шея». — М., 2015. — С. 61.
8. Branemark P.-I., Zarb G., Albrektsson T. et al. Tissue — integrated prostheses. Osseointegration in clinical dentistry. — Quintessence Publ. Co., Chicago. — 1985. — 343 p.
9. Bedrossian E. Systematic Pretreatment Evaluation of the Edentulous Maxilla. In: Bedrossian E., editor. Implant Treatment Planning For the Edentulous Patient: A Graftless Approach to Immediate Loading. — Missouri: Mosby Elsevier, 2011. — P. 37—40.
10. Aparicio C., Gonzolez-Martin O., Manresa C., Ouazzani. Complications. In: Aparicio C., editor. Zygomatic Implants: The Anatomy-Guided Approach. — United Kingdom: Quintessence, 2012. — P. 244—250.
11. Branemark P.-I., Grondahl K., Ohnrlund L. O., Nilsson P., Petruson B., Svensson B. et al. Zygoma fixture in the management of advanced atrophy of the maxilla: technique and long-term results // Scand J of Plast Recon Surg. — 2004. — 38(2). — P. 70—85.
12. Cawood J., Howell R. A classification of the edentulous jaws classes I to VI // Inter. J. Oral maxillofac. Surg. — 1988. — V.17. — P. 232—279.
13. Watsek G. (ed) Implants in qualitatively compromised bone. — Chicago, Quintessence Publ. Co., 2004. — P. 29—41.
14. Zarb G., Lekholm U., Albrektsson T., Tenenbaum H. Aging, osteoporosis and dental implants. — Chicago: Quintessence Publ. Co, 2002. — 254 p.
15. Dave R., Pons O. Prostheses supported by four immediately loaded zygomatic implants: a 3-year prospective study // Eur J. Oral Implantol. — 2013. — 6(3). — P. 263—269.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Путь Владимир Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры пластической хирургии ФГАОУ ВО «Первый московский медицинский университет им. И. М. Сеченова» МЗ РФ (ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова), г. Москва, e-mail: prof@putimplant.ru;
Солодкий Владимир Григорьевич — кандидат медицинских наук, главный врач частной клиники «БельтаНовая», координатор проекта по немедленной нагрузке при непосредственной имплантации Научного Центра «ИВС», г. Москва;
Святослав Дмитрий Сергеевич — кандидат медицинских наук, научный сотрудник НИО пластической хирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, г. Москва.

ПРОТОТИПИРОВАНИЕ В ОРТОДОНТИИ. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛАЙНЕРОВ КАК АЛЬТЕРНАТИВА БРЕКЕТ-СИСТЕМЕ

В. В. Бавлакова, В. Г. Табатадзе, З. Н. Шурганова, Т. А. Янкунова, Д. О. Чернова

Аннотация. В статье рассмотрена целесообразность применения съемных прозрачных капп-элайнеров как альтернатива несъемной брекет-системе.

Ключевые слова: элайнеры, брекет-система, ортодонтическое лечение.

PROTOTYPING IN ORTHODONTICS. FEASIBILITY OF USING ELIGNERS AS ALTERNATIVE TO THE BRACKET SYSTEM

V. Bavlakova, V. Tabatadze, Z. Shurganova, T. Yankunova, D. Chernova

Annotation. The article considers the expediency of using removable transparent kapp-eligers as alternative to non-removable bracket system.

Keywords: eligners, bracket system, orthodontic treatment.

Каждый год ортодонтическое лечение начинают миллионы детей и взрослых. По статистике, больше 80% людей старше 15 лет имеют ту или иную аномалию прикуса [1]. Именно улучшение внешнего вида является решающим фактором принятия решения о проведении ортодонтического лечения. Но лишь некоторые решаются на этот шаг, а так как большинство людей пугают большие финансовые затраты на лечение и довольно длительное время ношения традиционных брекетов. Однако следует отметить, что завышенные требования к улучшению эстетики идут в паре с желанием пациента максимально сохранить свои зубы. Альтернативой брекетам в отдельных случаях стала система капп-элайнеров для выравнивания зубов [2]. Применение ортодонтических брекет-систем обязывает пациента к внимательному и добросовестному соблюдению индивидуальной гигиены с использованием дополнительных средств в целях профилактики. Зачастую пациенты, в частности дети и подростки, не прислушиваются к рекомендациям врача, поэтому немаловажным фактором является наличие возможности выбора использования ортодонтических аппаратов, не оказывающих существенного влияния на уровень гигиены.

Элайнеры представляют собой прозрачные каппы, которые используются для исправления аномалий прикуса и положения зубов. Фирма Align Technology в 1998 году одна из первых выпустила такие каппы. Конструкция изделия предусматривает слабое постоянное давление на зуб, вызывая рассасывание костной ткани альвеолы в направлении движения данного зуба и образование костной ткани в противоположном направлении. В результате этого обеспечивается постепенное перемещение зуба по заданной траектории [3].

Ортодонтическое лечение с помощью элайнеров включает в себя следующие этапы [4]:

1. Клинические и дополнительные методы диагностики для постановки диагноза и составления плана лечения.

2. Снятие слепков, изготовление рабочих гипсовых моделей или виртуальных оттисков для печати модели в 3D принтере.

3. Получение виртуальной сет-модели и составление плана лечения с визуализацией окончательного результата. Ознакомление и согласование плана лечения с пациентом.

4. Изготовление индивидуального набора капп для пациента.

5. Клинические этапы ведения пациента.

Цели и задачи. Целесообразность применения элайнеров.

Методы изучения. В ходе работы над научной статьей был проведен обзор и анализ отечественной и зарубежной литературы.

Исходя из этого, можно выделить определенные превосходства элайнеров над другими ортодонтическими системами [4, 5, 6, 7]:

1. Элайнеры выглядят более эстетично, чем обычные вестибулярные брекет-системы, что намного комфортнее для пациента.

2. Элайнеры не оказывают существенного влияния на уровень

гигиены полости рта и не затрудняют проведение индивидуальной гигиены.

3. Врач имеет возможность показать пациенту все запланированные этапы ортодонтического лечения и его итог.

4. Во время лечения элайнерами пациент не меняет свой обычный режим питания, что позволяет ему не ограничивать прием различных продуктов.

5. При ортодонтическом лечении элайнерами слизистая оболочка полости рта не подвергается травматизации.

6. Поскольку элайнеры изготавливаются из биоинертного медицинского пластика, они безопасны и являются методом выбора ортодонтического лечения у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом, в частности с аллергией на никель, которая встречается все чаще и чаще. Безопасность этой методики коррекции ортодонтических аномалий у пациентов с аллергией на никель описана в различных публикациях зарубежных авторов, что делает ее порой единственно возможной.

Вывод. Все вышеперечисленное говорит о том, что элайнеры являются достойной заменой брекет-систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Манжуловская В. В. Самое современное в ортодонтии — «Невидимые брекет-системы». — 2013. — С. 143–145.
2. Лихота К. Н. Применение элайнеров в ортодонтии: Лекция. — Октябрь, 2009. — 4 с.
3. Персин Л. С. Ортодонтия, диагностика и лечение зубочелюстных аномалий. Руководство для врачей. — 2004. — 280 с.
4. Bouchez R. Invisalign Orthodontic Treatment // Private Practice Clinical Professor Universities of Paris, France. — P. 7–12.
5. Аболмасов Н. Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта // Стоматология. — 2003. — №4. — С. 34.
6. Proffit W.R. Contemporary Orthodontics. — Mosby Inc. (US), 2008. — P. 54.
7. Proffit W.R. Modern orthodontics. — 2015. — 320 p.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», кафедра ортодонтии стоматологического факультета, г. Волгоград,
Бавлакова Виктория Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент;
Табатадзе Виолетта Георгиевна — кандидат медицинских наук, врач стоматолог-ортодонт;
Шурганова Занда Николаевна — ординатор;
Янкунова Тамара Александровна — ординатор, e-mail: tamarayankunova@gmail.com;
Чернова Дарья Олеговна — ординатор.

GoldiDent



Ваш поставщик стоматологического оборудования

ПРОДАЖА. ДОСТАВКА. МОНТАЖ. ОБУЧЕНИЕ

Наша организация поможет Вам максимально быстро
и качественно запустить свою стоматологическую
клинику в работу.

**Все этапы по запуску от поставки оборудования,
ремонта вплоть до маркетинга:**

- создание бизнес-плана
- проверка помещения на соответствие основным нормам
- разработка проектной документации
- строительные и ремонтные работы
- поставка стоматологического оборудования, боров и материалов
- получение лицензии
- обучение персонала и внедрение системы управления (CRM)
- маркетинговое исследование Ваших конкурентов
- сопровождение после запуска клиники.

МЫ ОПРАВДАЕМ ВАШЕ ДОВЕРИЕ!

На правах рекламы



г. Москва,
2-ой Котляковский переулок,
дом 1 стр. 6/бн
Метро: Варшавская

пишите:
info@goldident.ru
выбирайте:
www.goldident.ru

звоните:
8 (495) 989-51-98
8 (800) 775-41-98
8 (929) 642-53-05 (WhatsApp)

НАШ ОПЫТ

ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ

ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ

Л. П. Вербицкая, С. А. Нерсисянц, Л. А. Нанавян

Аннотация. Рассмотрены клинические и рентгенологические проявления заболеваний ВНЧС, приведены схемы обследования и лечения пациентов, результаты за период 2014–2017 гг.

Ключевые слова: синдром мышечно-болевой дисфункции, височно-нижнечелюстной сустав, жевательные мышцы, миорелаксанты, физиотерапевтическое лечение.

OUR PRACTICE IN CURING PATIENTS WITH PATHOLOGICAL CONDITION OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT

L. Verbitskaya, S. Nersesians, L. Nanavyan

Annotation. Clinical and radiological signs of temporomandibular joint health

problems were analyzed. Patients' examination and curing methods, patients' outcome within the period 2014–2017 were provided.

Keywords: syndrome of muscles' pain disfunction, temporomandibular joint, mastication muscle, muscle relaxant, physiotherapy.

Более 20% населения страдают различными заболеваниями крупных и мелких суставов. Особое место среди них занимает патология височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС): артриты, артрозы, анкилозы, синдром мышечно-болевой дисфункции. Причем больные сначала обращаются не к стоматологу или челюстно-лицевому хирургу, а чаще всего к оториноларингологам, неврологам, офтальмологам. Это обусловлено тем, что заболевания ВНЧС имитируют невралгии ветвей тройничного нерва, языкоглоточного нерва, ушно-височных нервов, ганглионит ушного узла, отит, мастоидит, паротит и другие процессы челюстно-лицевой области.

За период с 2014 г. по 2017 г. на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУ РО «РОКБ» находились 5434 пациента, из них 309 пациентов с патологией ВНЧС, что составило 5,6%. Двустороннее поражение было у 24 больных, при одностороннем процессе превалировала левая сторона (соотношение 3:2).

Подробные данные приведены в таблице 1. Согласно данным таблицы, количество пациентов с заболеваниями ВНЧС ежегодно увеличивается. Среди них превалируют пациенты с синдромом мышечно-болевой дисфункции суставов (286 пациентов).

Пациенты обращались с жалобами на боли в области ВНЧС, иррадиирующие в ухо, висок, заушную область, язык, горло, шею, небо. Боли носили колющий, давящий, стреляющий характер. Как правило, они усиливались при движениях нижней челюсти, жевании, разговоре. Прием пищи был затруднен у всех пациентов, некоторые питались жидкой пищей, принимая ее через трубку. Так-

же пациенты предъявляли жалобы на ограничение открывания рта, боковых движений нижней челюсти или их полное отсутствие, девиацию нижней челюсти при открывании рта, шумовые эффекты («хруст», «треск», «шорохи»), ощущение заложенности уха, шум в ушах.

Возраст пациентов — от 15 до 70 лет. Давность заболевания — от 1 месяца до 10 лет. В анамнезе у пациентов подросткового возраста (58 чел.) быстрый рост лицевого скелета, ортодонтическое лечение, разгрызание орехов, откусывание больших кусков, травма.

Пациенты возрастной группы от 25 до 45 лет (127 чел.) преимущественно сообщали о появлении боли после длительного пребывания с открытым ртом во время лечения или удаления зубов, после пломбирования жевательных зубов, изготовления мостовидных протезов. Они ощущали пломбы, искусственные коронки и зубы как что-то инородное, неудобное. Также боли у них возникали после открывания рта при зевании, когда челюсть как бы «заклинило».

Пациенты старше 45 лет (47 чел.) длительно были без зубов после их удаления, не имели возможности протезирования из-за материальных трудностей. У других (54 чел.) боли появились вследствие нерационального протезирования, изготовления

некачественных съемных протезов, которыми они не могли пользоваться даже после неоднократных коррекций. Нескольким пациентам до обращения в отделение челюстно-лицевой хирургии были изготовлены разгрузочные пластинки (капы), но все они отмечали, что особого облегчения не почувствовали.

При осмотре пациентов обращали внимание на конфигурацию лица, симметричность обеих половин лица, выраженность носогубных складок, напряженность щек. При пальпации суставных головок выявляли их подвижность и степень болезненности от умеренной до резко выраженной, локализацию иррадиации боли. Чаще всего боль иррадиировала в уши, висок, заднюю поверхность шеи, заушную область, редко — в небо, горло, язык. Затем определяли тонус жевательных мышц, их болезненность. Преимущественно (в 90% случаев) выражена болезненность наружных крыловидных мышц, которые пальпируются высоко за бугром верхней челюсти. На втором месте собственно жевательные мышцы, которые при сжатии челюстей могут быть редко болезненными по всей поверхности, но чаще в точках прикрепления к углу нижней челюсти и скуловой дуге или по переднему краю мышцы. Реже всего развивается дисфункция

Таблица 1

Количество пациентов с заболеваниями ВНЧС в 2014–2017 гг.

Заболевания ВНЧС	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Артриты	10	4	-	-
Артрозы	5	2	1	-
Анкилозы	1	-	-	-
Синдром мышечно-болевой дисфункции ВНЧС	41	57	90	98
Всего	57 (4,4%)	63 (4,7%)	91 (6,4%)	98 (6,9%)



Volga Dental Summit

3-5
ОКТАБРЯ
2018

6 Научно-практический всероссийский форум по стоматологии



- конференции
- симпозиумы
- мастер-классы
- аллея брендов

Официальная поддержка:



ВЦ «ВолгоградЭКСПО»
Тел./факс: (8442) 93-43-03
E-mail: stom@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru

DENTALEXPO®

ВК «ДЕНТАЛЭКСПО»
Тел./факс: (499) 707-23-07
E-mail: region@dental-expo.com
www.dental-expo.com



Комитет
здравоохранения
Волгоградской области



Волгоградский
Государственный
Медицинский
Университет



Стоматологическая
ассоциация России



Волгоградская Региональная
Ассоциация Стоматологов



РОСИ - Ассоциация
«Стоматологическая
индустрия»

XVIII ВСЕРОССИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

СТОМАТОЛОГИЯ
СОВРЕМЕННАЯ
ДЕНТАЛ-ЭКСПО
РОСТОВ  **2018**

14-16
НОЯБРЯ

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

РОСТОВ-НА-ДОНУ

Дворец спорта, пер. Халтуринский, 103

ОРГАНИЗАТОРЫ:

DENTALEXPO®

www.dental-expo.com



www.rostovexpo.com

+7 (863) 201-74-65/66/67

+7 (499) 707-23-07



DENTAL
MAGAZINE



Костнозамещающие материалы для стоматологии

Гранулы, гели, мембраны, пластины, губки



ООО "НПК ПОЛИСТОМ"



105094, Москва, Семеновская набережная, дом 2/1, стр. 1
Тел.: 8(495) 737-68-92; (499) 922-35-36. E-mail office@polystom.ru

внутренних крыловидных мышц. При этом болезненна пальпация внутренней поверхности угла нижней челюсти. Крайне редко развивается дисфункция всех жевательных мышц, поднимающих нижнюю челюсть.

Следующий этап клинического обследования — это определение объема вертикальных, боковых и передних движений нижней челюсти. Минимальное открывание рта было до 1,0 см. Боковые движения полностью отсутствовали в одну или обе стороны у 27 пациентов, у большинства ограничены до 0,3 см. У 18 человек выявлена гипермобильность ВНЧС на фоне болевого синдрома. Затем определяли прикус, контакт между верхними и нижними зубами. Как правило, при наличии пломб и коронок не были выражены бугры и фиссуры, поверхности гладкие, фиссурно-бугорковые контакты отсутствовали, соприкосновение верхних и нижних зубов по всей площади. Также выявлялись завышенные и заниженные коронки и искусственные зубы. В плане дополнительного обследования всем пациентам назначали рентгенографию обоих ВНЧС по Шуллеру с открытым и закрытым ртом. На рентгенограмме выявлялась форма суставных головок и впадин, ширина суставных щелей, объем смещения головок по отношению к суставному бугорку. При ограничении подвижности нижней челюсти выявилось недостаточное перемещение суставных головок. Они или совсем не смещались, или не доходили до бугорка. При гипермобильности суставов головки выходили далеко за пределы бугорков, иногда более чем на 1,0 см, то есть устанавливались в положении подвывиха.

Для эффективности лечение всегда необходимо начинать с устранения причин заболевания, но при лечении больных с синдромом мышечно-болевой дисфункции в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУ РО «РОКБ» не представляется возможным провести замену некачественных пломб или протезов, выполнить первичное протезирование, поскольку в отделении нет врачей-терапевтов и ортопедов-стоматологов. Рекомендации даются для выполнения их в амбулаторных условиях.

Мы начинаем лечение с назначения миорелаксантов для поперечно-полосатых мышц, каковыми являются все жевательные мышцы. Это следующие препараты: миодакalm по 50, 100, 150 мг 3 раза в день в зависимости от массы тела пациента, баклофен по схеме, начиная с 5 мг до 25 мг. При выраженном болевом синдроме назначали катадолон по 100 мг 3 раза в день внутрь. Больным выполнялись блокады по Егорову. Вводился 2% раствор лидокаина в дозе 4,0 мл в область заинтересованной мышцы. При вовлечении всех жевательных мышц, поднимающих нижнюю челюсть, — блокада по Берше—Дубову. Больные также получали ФТЛ: магнитотерапию на оба ВНЧС как базовое лечение, фонофорез с гидрокортизоновой мазью + ДДТ на больной сустав, биотрон, магнитолазер, СМТ. Кроме того,

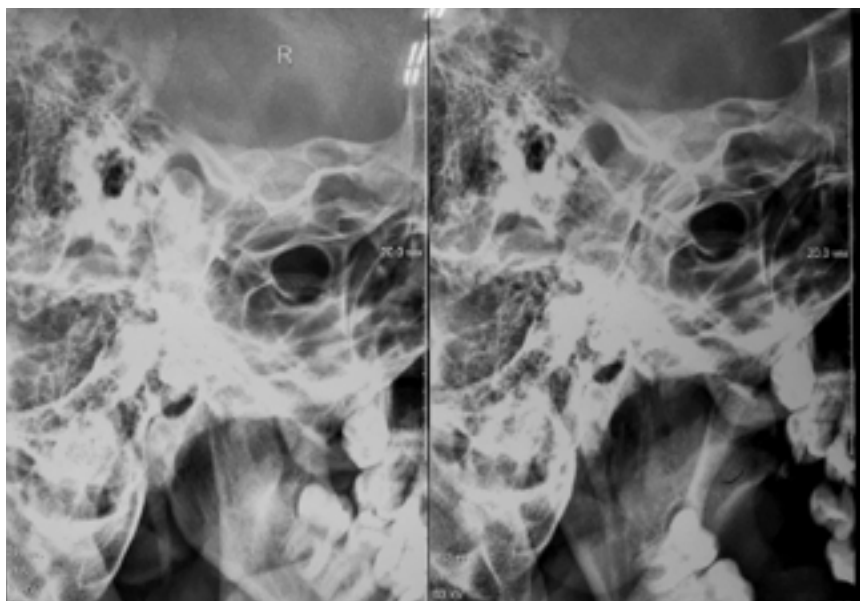


Рис. 1. Рентгенограмма ВНЧС по Шуллеру: при открытом рте суставная головка выходит за пределы бугорка.

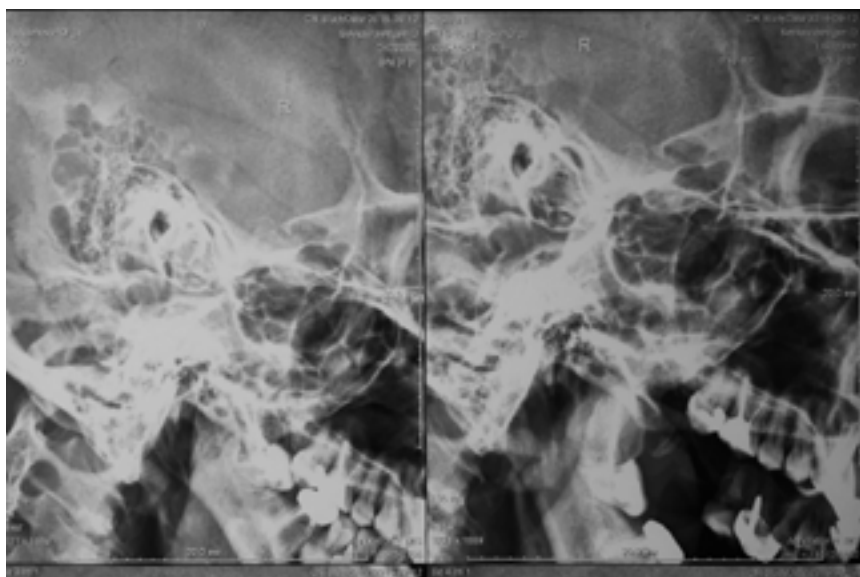


Рис. 2. На рентгенограмме ВНЧС по Шуллеру при закрытом рте — контуры суставной ямки и головки четкие, без очагов деструкции. Ширина суставной щели равномерная.

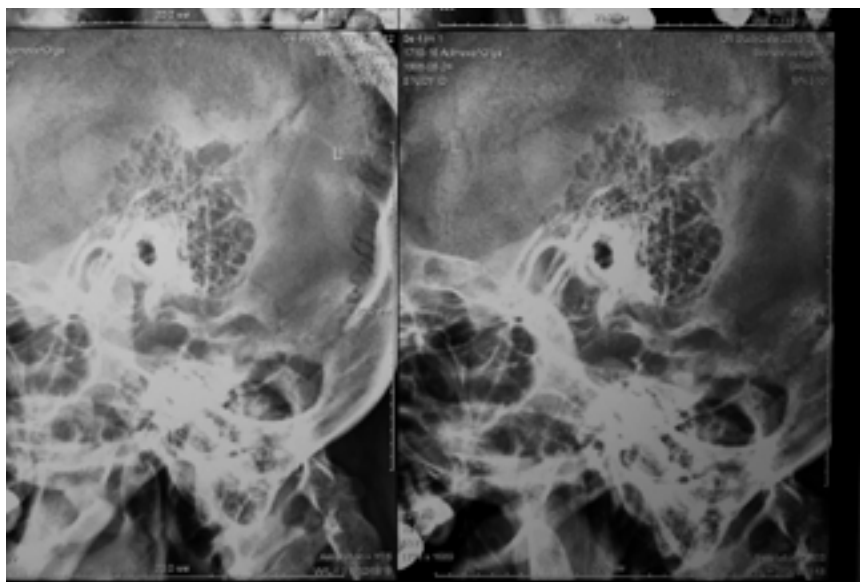


Рис. 3. На рентгенограмме ВНЧС по Шуллеру при открытом рте — суставная головка устанавливается на уровне бугорка.

выполнялись инъекции диклофенака по 3,0 мл внутримышечно под прикрытием омепразола 20 мг 2 раза в сутки внутрь, проводилась механотерапия, миогимнастика для жевательных мышц, ЛФК. На область суставов накладывались компрессы с димексидом в разведении 1:3, на 2 часа 3 раза в день с последующей аппликацией нестероидными гелями, чаще всего это быструм-гель, диклофенак-гель, долгит-крем. Курсовые лечения длились 10 дней. За этот период прекращались боли, исчезали шумовые эффекты, увеличивались вертикальные и боковые движения нижней челюсти.

Таким образом, применяемая нами схема лечения дисфункции ВНЧС работает, дает ощутимый эффект. По литературным данным, повторное курсовое лечение требуется через полгода. Наши пациенты возвращаются редко (23 пациента за 4 года) и не ранее чем через 1 год. В случае выполнения рекомендаций по устранению причины дисфункции, исключению грубой и твердой пищи повторное лечение не требуется.

ВЫВОДЫ

1. Количество пациентов с синдромом мышечно-болевой дисфункции прогрессивно увеличивается.

2. Основные причины развития синдрома — длительная частичная или полная адентия, погрешности в лечении и протезировании (не восстанавливаются анатомические формы зубов при их пломбировании или изготовлении искусственных коронок).

3. Необходимо ужесточить требования к лечению и протезированию зубов в частных стоматологических кабинетах и фирмах.

4. Целесообразно направлять пациентов с дисфункцией ВНЧС в отделение челюстно-лицевой хирургии для проведения курсового лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивасенко П. И., Мискевич М. И., Савченко Р. К., Симахов Р. В. Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения. — СПб.: ООО «МЕДИ издательство», 2007. — 80 с.
2. Иде И., Наказава К. Анатомический атлас височно-нижнечелюстного сустава. — М.: Азбука, 2004. — 116 с., 72 ил.
3. Кибкало А. П. Основные и дополнительные методы исследования височно-нижнечелюстного сустава // Учебно-методическое пособие для студентов стоматологического факультета. — Волгоград: Волгоградская медицинская академия, кафедра ортопедической стоматологии, 2001. — 20 с.
4. Корсак А. К. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков // Учебно-методическое пособие. — Минск: БГМУ, 2004. — 34 с.
5. Петросов Ю. А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. — Краснодар: Совет. Кубань, 2007. — 304 с.
6. Пузин М. Н., Вязьмин А. Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава // М.: Медицина, 2002. — 160 с.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Вербицкая Лидия Петровна — врач хирург-стоматолог отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУ РО «РОКБ», ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС, e-mail: lverb@mail.ru;
Нерсисянц Сергей Аванесович — заслуженный врач РФ, челюстно-лицевой хирург, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии ГБУ РО «РОКБ»;
Нанавян Левон Агаронович — врач челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУ РО «РОКБ», e-mail: lev010@rambler.ru.

Зуботехническая дизайнерская мастерская



ООО «ГошА»



Директор ООО «ГошА»
Вишняк Игорь Евгеньевич

Предлагаем широкий спектр услуг по изготовлению всех видов зуботехнических работ по съёмному и несъёмному протезированию, от простых до самых сложных.

Работы выполняются из высококачественных сертифицированных материалов импортного производства.

Сроки выполнения работ от 3 до 7 дней. Сроки выполнения работ от 5 единиц оговариваются индивидуально.

На работы, изготовленные нашей мастерской, предоставляется гарантия от 1 года до 5 лет.

Тел. 8-988-246-6426, e-mail: goshayeti@mail.ru

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИИ СИНУС-ЛИФТИНГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИБРИН-ТРОМБИНОВОГО ГЕРМЕТИКА «КРИОФИТ»

Р. В. Ушаков, Д. А. Локтев

Аннотация. В статье представлены алгоритмы проведения профилактики и лечения осложнений, в частности перфорации мембраны Шнайдера, операции открытого синус-лифтинга с использованием фибрин-тромбинового герметика марки «Криофит». Приводятся клинические примеры прове-

дения операции синус-лифтинга для подготовки к дентальной имплантации.

Ключевые слова: синус-лифтинг, перфорация мембраны Шнайдера, фибрин-тромбиновый герметик.

INCREASE OF EFFICIENCY OF SINUS LIFTING OPERATION WITH USING FIBRIN-THROMBIN SEALANT «CRYOPHYT»

R. Ushakov, D. Loktev

Annotation. The article presents algorithms for prevention and treatment of complications, for example, particularly perforation of the Schneider membrane, of open sinus lifting operation with using

fibrin-thrombin sealant «CRYOPHYT». Clinical examples of the sinus lifting operation for preparation to dental implantation are given.

Keywords: sinus lifting, perforation of the Schneider membrane, fibrin-thrombin sealant.

Анализ литературы за последние годы показывает, что повышение уровня дна верхнечелюстной пазухи является эффективной и прогнозируемой хирургической манипуляцией при подготовке условий для проведения дентальной имплантации (Ушаков Р. В. с соавт., 2015; Ушаков А. Р., Ушаков Р. В., 2011; Munoz-Guerra M. F. et al., 2009). Показатель долговечности имплантатов, установленных в трансплантат в верхнечелюстной пазухе, составляет при этом 92%.

По данным С. Ю. Иванова с соавт. (2000), до 20% пациентов, нуждающихся в проведении операции имплантации, имеют недостаточный объем костной ткани в дистальных отделах верхней челюсти, препятствующий проведению стандартных операций.

Наиболее частым осложнением синус-лифтинга является перфорация мембраны Шнайдера. При небольших перфорациях большинство хирургов продолжают выполнение операции, при больших перфорациях операцию рекомендуется отложить. Часто причиной перфорации является воспаление слизистой верхнечелюстного синуса (Ушаков А. А., 2010). При развитии воспалительного процесса, в результате выраженного отека слизистой оболочки как носа, так и пазух, просвет естественного отверстия сужается, что может привести к нарушению вентиляции

и дренажной функции околоносовых пазух. Однослойный многорядный эпителий слизистой оболочки околоносовых пазух при хроническом воспалении замещается многослойным плоским эпителием или соединительной тканью.

Другой причиной разрыва слизистой оболочки синуса часто являются перегородки в области отслаивания мембраны Шнайдера. Наличие перегородок варьируется от 16 до 58% со средним показателем 30%. Velasques-Plata et al. (2002) обнаружили, что перегородка может обнаруживаться во всех отделах пазухи, в основном, в передне-боковом. Они тонкие и частично развиты в вертикальном направлении.

Mazor Z. et al. (2009) для защиты мембраны Шнайдера во время синус-лифтинга рекомендуют использовать лейкоцитарно-тромбоцитарный фибрин (L-PRF, Choukroun's technique).

При перфорации мембраны Kim Y. K. et al. (2008) предлагают использовать буккальный жир. Becker S. T. et al. (2008) рекомендуют ушивать слизистую или использовать коллагеновую мембрану.

Применение коллагеновых мембран получило наибольшее распространение для устранения перфораций мембраны Шнайдера. При этом Ушаков А. А. (2010) предлагает при изменениях выстилающей слизистой оболочки и ее перфорации проводить

двухэтапную операцию: на первом этапе — пластика перфорации верхнечелюстной пазухи, на втором — синус-лифтинг с восстановлением утраченного объема костной ткани и немедленной или отсроченной имплантацией.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повышение эффективности профилактики и лечения перфораций мембраны Шнайдера во время проведения операции открытого синус-лифтинга при подготовке к дентальной имплантации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели при операции открытого синус-лифтинга нами был использован фибрин-тромбиновый герметик марки «Криофит» (рис. 1), разрешенный к применению (свидетельство о регистрации ФСР 20 12/13093 от 10 февраля 2012 г., полученное на основании Приказа Минздрава РФ от 6 июня 2012 г. №4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий» Группа б) на территории Российской Федерации.

Наполнитель медицинского изделия изготавливается из карантинизированной плазмы одного здорового донора с применением низкотемпературной переработки.

В результате действия специализированных технологических режимов, применяемых компанией-производителем ООО «ПЛАЗМА-ФТК», из плазмы выделяется два разных агломерата с доминантными концентрациями ферментов, ответственных за процесс свертывания крови. Каждый из агломератов разливается в независимые шприцы в объединенное стерильное двухшприцевое медицинское изделие (рис. 2). Агломерат в первом шприце обогащен — фибриногеном, фактором VIII (антигемофильный глобулин), фактором XIII, агломерат второго шприца в основном представлен ферментом тромбином.

Благодаря отдельной системе шприцов компоненты герметика до момента применения находятся в неактивированном состоянии (не образуют сгустков, осадка и прочее).

В результате использования изделия компоненты герметика смешиваются, и в месте оперативного вмешательства искусственно запускается финальная стадия процесса коагуляции крови, а именно образование фибринового сгустка. Тромбин из одного шприца при смешении воздействует на фибриноген из другого, в результате чего формируется фибрин-мономер, имеющий способность объединяться в сеть.

Одним из достоинств Кριοфита, по нашему мнению, является его способность формировать полноценный фибриновый сгусток как на поверхности тканей, так и *in vitro*.

Нами предложен алгоритм применения Кριοфита при операции синус-лифтинга. Установлено, что данный препарат при проведении операции синус-лифтинга по Tatum может быть использован в нескольких направлениях:

1. Защита мембраны Шнайдера от перфорации инструментом при проведении ее отслаивания фибриновым сгустком, возникающим в результате применения Кριοфита.

2. Закрытие перфораций мембраны Шнайдера, возникших во время ее отслаивания.

3. Для фиксации коллагеновой мембраны в субантральном пространстве в случае перфорации мембраны Шнайдера, используя клеящие свойства Кριοфита, возникающие в процессе формирования фибриновой структуры.

4. Для формирования остеопластического конгломерата, состоящего из остеопластического материала, фибрина и инкапсулированных внутрь факторов свертывания крови из состава герметика. Данный конгломерат обладает следующими преимуществами: перестает быть сыпучим, приобретает вязкость и пластичность, что позволяет равномерно распределить остеопластический материал в субантральном пространстве, без попадания части материала (как это бывает при синус-лифтинге) под слизисто-надкостничный лоскут; оптимизирует процесс регенерации, так как инкапсулированные ферменты экзогенного тромбина и фактора VIII герметика «Кριοфит» принимают активное участие в активации и формировании теназного комплекса (IXa/VIIIa) на поверхности тромбоцитов, которые неизбежно сопровождают оперативное вмешательство. Теназный комплекс, в свою очередь, ускоряет эндогенный гемостаз, что позволяет уже после оперативного вмешательства активировать тромбоциты, которые локально выделяют факторы роста, способствующие ускорению заживления.

5. Для закрытия «окна» в стенке верхнечелюстного синуса посредством введения Кριοфита под коллагеновую мембрану.

6. Для нанесения на поверхность кости под слизисто-надкостничный лоскут, для обеспечения его плотного прилегания и устранения «полостей» для гематом под лоскутом.

7. Для увеличения естественных концентраций факторов свертывания крови в месте оперативного вмешательства для обеспечения ускорения как коагуляции крови, так и восстановления тканей.

В качестве примера приведем наблюдение.

Пациентка З., 49 лет, обратилась в клинику для проведения операции дентальной имплантации в области отсутствующих 14—16 зубов. В анамнезе при удалении 15 зуба была перфорация дна верхнечелюстного синуса. Перфорация (со слов пациентки) закрывалась с использованием костно-пластического материала и наложением швов на лунку удаленного зуба. При проведении контрольной компьютерной томограммы определяется недостаток высоты альвеолярного отростка

в области предполагаемой дентальной имплантации.

При проведении операции открытого синус-лифтинга в проекции удаленного 15 зуба произошла перфорация мембраны Шнайдера размером 4х7 мм (рис. 3).

На отслоенную мембрану нанесен препарат «Кριοфит» (рис. 4), в результате чего перфорация была закрыта фибриновой мембраной (рис. 5). На поверхности мембраны Шнайдера сформировалась фибриновая пленка, к которой приклеена коллагеновая мембрана Биоматрикс™ (мембрана тонкая) производства компании «Конектбиофарм» (Россия) (рис. 6). Использование в качестве клея фибрин-тромбинового герметика «Кριοфит» обеспечивает плотное прилегание мембраны, предупреждая ее смещение при внесении костно-пластического материала.

После формирования субантрального пространства *ex tempore* готовился аугментат. Для этого на смесь гранул материала на основе β-трикальций фосфата Трикафор — TriCaFor (Россия) размером от 500 до 2000 нм и в объеме 2,5 см³ наносился фибрин-тромбиновый герметик «Кριοфит» (рис. 7). Материал быстро перемешивался, и в течение 10—15 секунд формировалась композиция фибрин—Трикафор (рис. 8). Аугментат вводился в субантральное пространство фактически одной порцией и формировался костным плагером для уплотнения костного материала (рис. 9).

На следующем этапе проведена дентальная имплантация. Установлены три имплантата системы Hi-Tec Vision (Израиль) диаметром 4,3 мм, длиной 10 мм, диаметром 3,5 мм, длиной 11,5 и 10 мм. Сформированное при проведении синус-лифтинга костное «окно» закрыто коллагеновой мембраной с предварительно нанесенным фибрин-тромбиновым герметиком «Кριοфит» (рис. 10).

После нанесения на альвеолярный отросток Кριοфита рана ушита (рис. 11).

Послеоперационное течение гладкое. Отмечался незначительный отек мягких тканей щеки в течение 3 суток. Болей, гематом не отмечено.

На рис. 12 представлена ортопантомограмма после проведения операции синус-лифтинг и установки трех имплантатов.



Рис. 1. Свидетельство о регистрации устройства с наполнителем для склеивания тканей.



Рис. 3. Перфорация мембраны Шнайдера в проекции 15.



Рис. 4. Нанесение материала «Криофит» в область перфорации мембраны Шнайдера.

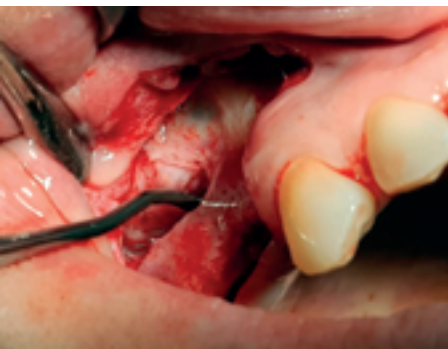


Рис. 5. Перфорация закрыта фибриновой мембраной.

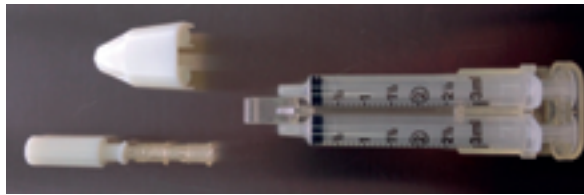


Рис. 2. Устройство для формирования фибрин-тромбинового герметика. Благодаря раздельной системе шприцов компоненты герметика до момента применения находятся в неактивированном состоянии (не образуют сгустков, осадка и прочее).



Рис. 6. Фиксация коллагеновой мембраны с помощью Криофита на поверхность мембраны Шнайдера.



Рис. 7. Подготовка аугментата.



Рис. 8. Аугментат сформирован в виде плотного комплекса.



Рис. 9. Субантральное пространство заполнено композицией Трикафор—фибрин-тромбиновый герметик «Криофит».



Рис. 10. Установлены дентальные имплантаты, и «окно» закрыто коллагеновой мембраной с Криофитом.

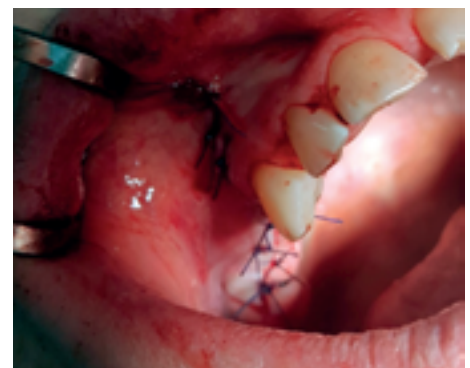


Рис. 11. Вид раны после наложения швов.



Рис. 12. Ортопантограмма пациентки 3. после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение фибрин-тромбинового герметика «Криофит», по сравнению с использованием технологий PRP, PRF, PRGF, не требует забора крови у пациента. Формирование фибринового сгустка (фибриновой мембраны) не требует дополнительного оборудования

(пробирок, центрифуги, термостата, систем для забора крови и пр.). Формирование сгустка происходит одинаково быстро (10–15 секунд) как на поверхности кости, слизистой оболочки, мембраны Шнайдера и пр., так и *in vitro*, что важно для формирования аугментата. Немаловажным фактором является формирование

фибриновой пленки под слизисто-надкостничным лоскутом, что позволяет избежать кровотечений, формирования гематом и обеспечить плотное прилегание лоскута к поверхности кости. Учитывая применение карантинизированной плазмы одного здорового донора, препарат является безопасным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов С. Ю., Ломакин М. В., Панин А. М. и др. Синус-лифтинг и варианты субантральной имплантации // Российский стоматологический журнал. — 2000. — №4. — С. 16–21.
2. Ушаков А. А. Разработка и внедрение метода реконструкции верхнечелюстной пазухи для синус-лифтинга и дентальной имплантации: Автореф... канд. мед. наук. — 2010. — 24 с.
3. Ушаков А. Р., Ушаков Р. В. Сравнительная эффективность «открытого» синус-лифтинга по Tatum и «баллонного» по Benner при подготовке к дентальной имплантации // Стоматология для всех. — 2011. — №4. — С. 8–11.
4. Ушаков Р. В., Айвазов Т. Г., Ушаков А. Р. Применение биоматериала на основе β -трикальций фосфата — «Трикафор» в сочетании с плазмой, обогащенной факторами роста при подготовке к дентальной имплантации // Стоматология. — 2015. — Т. 84. — №6. — С. 19–20.
5. Becker S. T., Terheyden H., Steinriede A., Behrens E., Springer I., Wiltfang J. Prospective observation of 41 perforations of the Schneiderian membrane during sinus floor elevation // Clin Oral Implants Res. — 2008. — Dec. 19 (12). — P. 1285–1289.
6. Kim Y. K., Hwang J. W., Yun P. Y. Closure of large perforation of sinus membrane using pedicled buccal fat pad graft: a case report // Int J. Oral Maxillofac Implants. — 2008. — Nov-Dec. — Vol. 23 (6). — P. 1139–1142.
7. Mazor Z., Horowitz R. A., Del Corso M., Prasad H. S., Rohrer M. D., Dohan Ehrenfest D. M. Sinus floor augmentation with simultaneous implant placement using Choukroun's platelet-rich fibrin as the sole grafting material: a radiologic and histologic study at 6 months // J Periodontol. — 2009. — Dec. Vol. 80 (12). — P. 2056–2064.
8. Munoz-Guerra M. F., Naval-Gias L., Capote-Moreno A. Le Fort I osteotomy, bilateral sinus lift, and inlay bone-grafting for reconstruction in the severely atrophic maxilla: a new vision of the sandwich technique, using bone scrapers and piezosurgery // J Oral Maxillofac Surg. — 2009. — Mar. Vol. 67 (3). — P. 613–618.
9. Velasquez-Plata D., Hovey L. R., Peach C. C., Alder M. M. Maxillary Sinus septa: a 3-dimensional computerized tomographic scan analysis // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. — 2002. — Vol. 17. — P. 854–860.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

Ушаков Рафаэль Васильевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, г. Москва;
Локтев Дмитрий Александрович — исполнительный директор компании ООО «ПЛАЗМА-ФТК», г. Москва.

ООО «Фаворит-Дент»

**ПРОДАЖА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ОБОРУДОВАНИЯ,
МАТЕРИАЛОВ
И ИНСТРУМЕНТОВ
РОССИЙСКОГО
И ИНОСТРАННОГО
ПРОИЗВОДСТВА**



**ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО:
КМИЗ, ВЛАДМИВА,
ОМЕГА-ДЕНТ,
ФОРМА, АВЕРОН,
СПАРК-ДОН, РАДУГА-Р,
СИБМЕДИНСТРУМЕНТ,
ММИЗ, ВХ-ТАЙФУН.
ПРОДУКЦИЯ ЗМ, GC,
МЕТА, VDW, МАНИ**

Время работы: понедельник – пятница с 8:00 до 18:00, суббота с 9:00 до 14:00, воскресенье – выходной

г. Вологодонск, пр. Курчатова, 23, тел. (8639) 24-11-29



ВОССТАНАВЛИВАЕТ КОСТНУЮ ТКАНЬ



www.collapan.ru

25
ЛЕТ НА РЫНКЕ

ИНТЕРМЕДАПАТИТ

e-mail: info@collapan.ru

Тел.: +7 (495) 319-79-27

+7 (495) 781-79-77

РЕКЛАМА

Аппарат лазерный стоматологический терапевтический АЛСТ-01 ОПТОДАН

Разработан специально для стоматологов. Внесен в государственный реестр новых медицинских технологий

ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

- Кариеса в стадии деминерализации и мелового пятна
- Пульпитов и периодонтитов
- Заболеваний пародонта
- Заболеваний слизистой оболочки полости рта
- Воспалительных явлений краевого пародонта после ретракции десны
- Наминов после наложения протезов, осложнений в ортодонтии
- Стимуляция регенерации костных тканей в дентальной имплантологии
- Альвеолитов
- Периоститов и др.



Технические характеристики:

Источник излучения	диод лазерный полупроводниковый
Длина волны, мкм	0,85-0,98
Импульсная мощность, Вт	5
Частота следования импульсов, Гц	
режим I	80-100
режим II	2000-3000
Длительность импульса, мс	40-100
Потребляемая мощность, Вт, max	10
Масса, г	600
Габаритные размеры, мм	60x120x180
Питание, В/Гц	220/50

Научно-производственное предприятие «ВЕНД»
410033, г. Саратов, проспект 50 лет Октября, 101
Тел./факс: (8452) 63-37-59, тел.: (8452) 79-71-69
Медицинский соисполнитель: ФГБУ
«ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»
119982, г. Москва, ул. Т. Фрунзе, 16
E-mail: npp_vend@mail.ru www.npp-vend.ru
www.optodan.rusmed.ru

РЕКЛАМА

4-я Стоматологическая выставка



Научная программа :

- 4-я Специализированная конференция «Наука и практика в стоматологии»
- 3-я Конференция зубных техников

Разделы выставки:

- Стоматологическая практика
- Зуботехническая лаборатория
- Инфекционный контроль и обслуживание
- Услуги

Организатор

РОСТЭКСПО
ТЕРРИТОРИЯ ВАШЕГО РОСТА

Партнер

МСЕАА
МЕДИЦИНСКО-СЕРВИСНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Интернет партнер

STOMATBURG
ЛОУНД СТОМАТОЛОГОВ

Партнер

Стоматология сегодня

Официальный партнер деловой программы

MEDICAL
consulting group

Информационные спонсоры

ВРАЧ
ВЕЩАТЕЛЬСКО-ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР

Спонсор

Теле-М-Вид

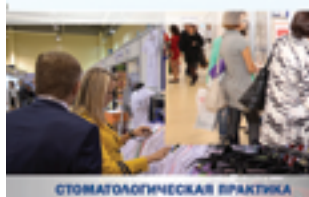
www.ctakk.ru

+7 (978) 742-11-92, +7 (918) 474-16-22

ЭДОН
ЭКСПО
ЦЕНТР



10-12 ОКТЯБРЯ
2018 года



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА



ЗУБОТЕХНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ



ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ



выставка
СТОМАТЭКС
СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

- Стоматологическое оборудование и инструменты
- Стоматологические материалы
- Материалы и инструменты для костной пластики и челюстно-лицевой хирургии
- Системы и инструменты дентальной имплантологии
- Диагностическое оборудование
- Зуботехническое оборудование
- Ортодонтическая продукция
- Оборудование и материалы для дезинфекции
- Мебель для стоматологических кабинетов
- Медицинская одежда



ЕЖЕГОДНО ВЫСТАВКУ
ПОСЕЩАЮТ БОЛЕЕ
3 000 ЧЕЛОВЕК, среди них:

- руководители стоматологических учреждений;
- практикующие врачи-стоматологи, зубные техники, ортопеды, ортодонты, пародонтологи, детские стоматологи;
- представители фирм-трейдеров

НАЙДИТЕ СВОИХ КЛИЕНТОВ!

XVII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ – 2018»

Ростов-на-Дону, пр. Нагибина, 30. Тел. (863) 268-77-68, www.stomateks.ru

Присоединяйтесь
к нам в соцсетях



ВЛИЯНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

К. Г. Караков, П. А. Савельев, Н. А. Мордасов, И. В. Иванюта, В. И. Лавриненко

Аннотация. Проблема заместительной медикаментозной терапии у женщин в постменопаузе остается актуальной, несмотря на большой выбор одобренных средств. В 78,7% случаев обратившимися за стоматологической помощью по поводу заболеваний пародонта являются женщины; наиболее высокая распространенность патологии пародонта наблюдается при гормональных сдвигах в организме, в том числе в период постменопаузы. Понимание молекулярных механизмов

костного ремоделирования — важный шаг в развитии новых технологий лечения заболеваний, связанных с нарушениями костного обмена, в том числе хронического генерализованного пародонтита. В статье представлены сведения о влиянии гормональной терапии у женщин в постменопаузе на состояние тканей пародонта.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, лечение, анализ.

THE INFLUENCE OF APPOINTMENT OF DEPENDENT HORMONAL THERAPY IN WOMEN IN POSTMENOPAUSE ON THE STATE OF TISSUE OF THE PARODONTAL COMPLEX

K. Karakov, P. Saveliev, N. Mordasov, I. Ivanyuta, V. Lavrinenko

Annotation. The problem of substitutive drug therapy in postmenopausal women remains relevant, despite the large selection of approved drugs. In 78.7% of cases women who have applied for dental care for periodontal diseases are women, the highest prevalence of periodontal pathology is observed with hormonal changes in the body, including during the postmenopause.

Understanding the molecular mechanisms of bone remodeling is an important step in the development of new technologies for the treatment of diseases associated with disorders of bone metabolism, including chronic generalized periodontitis. The article presents information on the effect of hormone therapy in postmenopausal women on the condition of periodontal tissues.

Keywords: generalized periodontitis, treatment, analysis.

Патология пародонтального комплекса является одним из наиболее глубоких вопросов пародонтологии. Несмотря на высокий уровень организации современной квалифицированной помощи, число больных, страдающих данной патологией, остается на высоком уровне. Среди пациентов, ставших на учет к врачу-пародонтологу, основную массу составляют женщины, у которых наиболее часто заболевания тканей пародонта возникают и прогрессируют в период постменопаузы.

Менопауза — это естественный физиологический процесс, результат необратимых изменений выработки гормонов яичников. В репродуктивном периоде женского организма эстрогены изо дня в день проявляют регулирующее влияние на различные органы и системы, и в конечном итоге их недостаток может привести к патологическим изменениям, в том числе в пародонте [1—5].

Реформирование состояния пародонтального комплекса у женщин в менопаузе происходит под влиянием эстрогенов, которые влияют на слизистую оболочку полости рта непосредственно или нейроэндокринным путем, уменьшая и изменяя структуру ротовой жидкости, что способствует развитию, в частности, хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

Взаимосвязь между развитием и прогрессированием хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести в постменопаузе и состоянием органов полости рта связана с нарушениями метаболизма, гемодинамики, иммунологическими и нейрорегуляторными нарушениями и сдвигами микробиоценоза. Нередко возрастные изменения женского организма, без контроля

узкоспециализированного медицинского специалиста, сопровождаются остеопенией и остеопорозом, которые могут дать о себе знать не только в различных отделах костного скелета, но и коснуться зубочелюстной системы, способствуя развитию и прогрессированию заболеваний тканей пародонта. Различные клинические исследования соотносят становление пародонтита со снижением минеральной плотности костной ткани на фоне постменопаузального остеопороза, так как у большинства больных некорректно подобрана или вообще, зачастую, отсутствует заместительная гормональная терапия.

На данный момент известно, что оптимальным методом устранения и терапии нарушений тканевого гомеостаза в постменопаузе является системная заместительная гормонотерапия с помощью различных препаратов, содержащих как естественные эстрогены, так и прогестины (прогестерон), что, по значительным материалам, оправдало себя для профилактики типичных нарушений со стороны различных органов и систем, в том числе и тканей пародонта [6—10].

В связи с вышеперечисленным, актуальным является поиск новых объективных, достаточно простых и доступных методов лечения заболеваний пародонта у женщин в постменопаузе с непосредственным воздействием на звенья патогенеза.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить степень назначаемости и эффективность терапевтического воздействия заместительной гормональной терапии у женщин в постменопаузе с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести по данным поликлинических историй болезней.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было проанализировано 100 поликлинических историй болезней стоматологических больных стоматологической поликлиники СтГМУ. Для того, чтобы определить группы исследования, был проведен анализ распространенности хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести у женщин в постменопаузе по данным историй болезней и листков здоровья. Одновременно с этим были определены показатели назначаемости заместительной гормональной терапии у лиц с данной патологией. Анализировали анамнез жизни и болезни пациенток, предшествующую медицинскую документацию, клинко-рентгенологические данные. В соответствии с поставленными задачами исследования сформировано 2 группы:

I (основная) группа — 23 истории болезней пациенток в постменопаузе с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести на фоне заместительной гормональной терапии;

II (контрольная) группа — истории болезней 77 пациенток в постменопаузе с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, которым заместительная гормональная терапия назначена не была.

По данным историй болезней больных обеих групп проводили традиционную одностороннюю базовую терапию, согласно современным национальным рекомендациям ведения больных с патологией пародонтального комплекса.

При осмотре полости рта, по данным историй болезней у больных обеих групп выявлялись признаки хронического воспаления десен: отек, гиперемия, кровоточивость, болезненность при зондировании. На ортопантомограммах по данным историй болезней у больных обеих групп до начала лечения выявлен ярко выраженный остеопороз межзубных перегородок с распространением на альвеолярные отростки, отмечались повышенная прозрачность костных тканей на верхней и нижней челюстях и истончение трабекул. Резорбция костной ткани альвеолярного отростка — на 1/3–1/2 высоты межзубной перегородки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ поликлинических историй болезней показал, что назначаемость заместительной гормональной терапии у женщин с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести в постменопаузе составила всего лишь 23%, что говорит о недиффе-

ренцированном подходе специалистов к лечению данной патологии на фоне соматических заболеваний.

При изучении клинических признаков течения заболевания в процессе лечения, по данным историй болезней, уже после пяти процедур пародонтального лечения, главным образом, у пациентов основной группы (87%) не выявлены свидетельства местного воспаления десневого края, в то время как у женщин контрольной группы в 43% случаев сохранялось катаральное воспаление десны.

Динамика клинической симптоматики больных основной группы сохранялась в течение 1 года наблюдения. В контрольной группе уже через 6 месяцев появились жалобы, соответствующие ранее выявленной патологии, в связи с чем больным проводилось симптоматическое лечение.

По данным ортопантомограмм в основной группе через 6 месяцев рентгенологически определялись активные репаративные процессы костных структур, отсутствие зоны резорбции межальвеолярной перегородки, формирование непрерывной кортикальной пластинки, уплотнение компактной пластинки кости и межзубных перегородок, в то время как в контрольной группе определялись лишь незначительные изменения костной архитектоники.

ВЫВОДЫ

Включение в схему комплексного лечения женщин в постменопаузе, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом, этапа заместительной гормональной терапии повышает эффективность проводимых терапевтических мероприятий, по данным динамики результатов специальных методов исследования. По имеющимся признакам клинических изменений в тканях пародонта, патогенетическая терапия с целевым воздействием на ключевой процесс костного ремодулирования гормональными препаратами у женщин в постменопаузе — многообещающая стратегия преодоления многих недостатков существующих схем лечения заболеваний пародонта. Использование специфических гормонов у данного контингента больных патогенетически обосновывает их включение в терапию данной патологии и позволяет добиться высокоэффективной профилактики данного заболевания по данным отдаленных результатов исследования, что может в конечном итоге являться методом первичной профилактики хронического пародонтита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Караков К. Г., Мордасов Н. А., Лысова М. М. и др. Ингибитор RANKL Деносумаб — новый терапевтический подход к лечению хронического генерализованного пародонтита на фоне системного остеопороза // Научный медицинский вестник. — 2016. — №1(3). — С. 8–13.
2. Мордасов Н. А., Иванюта И. В. Сравнительное исследование двух антирезорбтивных препаратов с различным механизмом действия при лечении хронического генерализованного пародонтита на фоне вторичного остеопороза // Научный альманах. — 2016. — №5–3(19). — С. 319–323.
3. Мордасов Н. А., Иванюта И. В., Соловьева О. А. Способ лечения хронического катарального гингивита с возможностью воздействия на патогенез микроциркуляторных расстройств // Актуальные вопросы клинической стоматологии: материалы 52 Всерос. науч.-практ. конф. 05–07 апреля 2017 г., Ставрополь / Ставропольский государственный медицинский университет. — Ставрополь, 2017. — С. 125–128.
4. Караков К. Г., Мордасов Н. А., Оганян А. В. и др. Принцип ангиопротекторной терапии хронического катарального гингивита на фоне эндокринной патологии // Стоматология славянских государств: материалы IX Международ. науч.-практ. конф. 27–30 октября 2017 г., Белгород / ИД «Белгород». — Белгород, 2016. — С. 190–193.
5. Мордасов Н. А. Роль соматической патологии в развитии заболеваний пародонтального комплекса // Научный альманах. — 2016. — №12–2(26). — С. 306–309.
6. Мордасов Н. А., Иванюта И. В. Современный подход к лечению катарального гингивита на фоне эндокринной патологии // Научный альманах. — 2016. — №7–1(21). — С. 517–520.
7. Еременко А. В., Шумилина В. А., Хачатурян Э. Э. и др. Диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний пародонта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении // Актуальные вопросы клинической стоматологии: материалы 51 Всерос. науч.-практ. конф. 30 марта — 01 апреля 2016 г., Ставрополь / Ставропольский государственный медицинский университет. — Ставрополь, 2016. — С. 93–96.

8. Караков К. Г., Еременко А. В., Мордасов Н. А. и др. Преимущества системы «ФЛОРИДА ПРОУБ» в формировании мотивации к профилактике и лечению заболеваний пародонта // Современные технологии развития науки и техники. — 2015. — №7—1. — С. 85—88.
9. Караков К. Г., Власова Т. Н., Оганян А. В. и др. Приоритетный подход в пародонтальной терапии // Научный альманах. — 2015. — №10—3(12). — С. 329—333.
10. Караков К. Г., Еременко А. В., Новиков С. В. и др. Клиническая оценка применения системы «Флорида Проуб» при обследовании пациентов с заболеваниями пародонта // Актуальные вопросы клинической стоматологии: материалы XLVI науч.-практ. конф. 17—19 октября 2012 г., Ставрополь / Ставропольский государственный медицинский университет. — Ставрополь, 2012. — С. 207—210.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ (СтГМУ), стоматологический факультет, г. Ставрополь, e-mail: nikoss05@yandex.ru

Караков Карен Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии СтГМУ; Савельев Павел Анатольевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии СтГМУ;

Мордасов Николай Александрович — ассистент кафедры терапевтической стоматологии СтГМУ;

Иванюта Ирина Владимировна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СтГМУ;

Лавриненко Вячеслав Иванович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии СтГМУ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ФТОРИДА ОЛОВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

А. В. Зеленская, С. Н. Гаража, С. Г. Шилова, Е. Н. Гришилова, М. Н. Орлов

Аннотация. Основной задачей методов терапии воспалительных заболеваний пародонта считают купирование воспалительного процесса, который развивается в результате накопления и роста специфических патогенных бактерий и продуктов их жизнедеятельности в зубных отложениях. Стойкий лечебный эффект, минимальное количество процедур, длительное сохранение полости рта в хорошем

гигиеническом состоянии позволяют рекомендовать препараты фторида олова как универсальное средство при лечении воспалительных заболеваний пародонта и в качестве профилактического средства после снятия зубных отложений.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, фторид олова, лечение пародонтита, лечение гингивита.

THE CLINICAL EFFICACY OF DRUGS BASED ON TIN FLUORIDE IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

A. Zelenskaya, S. Garazha, S. Shilova, E. Grishilova, M. Orlov

Annotation. The main task of the methods of therapy of inflammatory periodontal diseases is considered to be the cupping of the inflammatory process, which develops as a result of accumulation and growth of specific pathogenic bacteria and products of their vital activity in dental deposits. Stable therapeutic effect, minimum

of number of procedures, and a long-term preservation of the oral cavity in a good hygienic state make it possible to recommend preparations of tin fluoride as a universal tool in the treatment of inflammatory periodontal diseases and as a preventive agent after the removal of dental deposits.

Keywords: periodontal inflammatory diseases, tin fluoride, treatment of periodontitis, treatment of gingivitis.

Лечение воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) занимает одно из ведущих мест среди актуальных проблем современной стоматологии. Одними из самых распространенных инфекционных заболеваний у людей являются гингивит и пародонтит. Поэтому основной задачей методов терапии ВЗП считают купирование воспалительного процесса, который развивается в результате накопления и роста специфических патогенных бактерий и продуктов их жизнедеятельности в зубных отложениях.

Резкое увеличение распространенности заболеваний пародонта, потеря большого количества зубов (более, чем при любом другом заболевании зубочелюстной системы), нарушение акта жевания и речи, влияние на общее состояние организма и снижение качества жизни человека заставляют рассматривать заболевания пародонта как специальный раздел стоматологии, а проблему делают не только общемедицинской, но и социальной.

В пародонтологии широкое распространение получило местное использование препаратов антибактериальной терапии для предотвращения роста патогенных микроорганизмов в зубной бляшке. Одним из эффективных химических препаратов при лечении ВЗП является фторид олова, который способен уменьшать количество зубных бляшек и потенциально предотвращать гингивит, снижать уровень кровоточивости десен и уничтожать потенциальных возбудителей ВЗП [1, 2, 3, 4, 5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности лечения гингивита путем включения в комплекс терапевтических мероприятий фторида олова как универсального средства в долговременной защите десен от патогенных бактерий, содержащихся в зубной бляшке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под клиническим наблюдением находилось 50 пациентов обоего пола в возрасте от 20 до 50 лет. Из них у 20 человек диагностирован хронический генерализованный катаральный гингивит (ХГКГ), у 20 — хронический генерализованный пародонтит (ХГП), у 10 пациентов — наличие зубных бляшек.

Клиническое обследование пациентов проводилось до лечения и через один месяц после него. Эффективность терапии оценивали по показателям индекса Федорова—Володкиной (ГИ) и папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу (ПМА). Всем пациентам удаляли зубные отложения ультразвуковым способом. При лечении ХГКГ 0,12% раствор фторида олова накладывали в виде аппликаций на десну на 20 минут. При лечении ХГП 0,63% раствор фторида олова вводили на турундах в пародонтальные карманы с одновременным наложением аппликаций 0,12% раствора фторида олова на десну на 20 минут. Для профилактики гингивита после снятия зубных отложений ультразвуковым способом пациенты ополаскивали ротовую полость 10 мл 0,12% раствора фторида олова.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Фторид олова — соединение, лечебно-профилактические свойства которого изучены относительно недавно. Антибактериальный эффект фтористых соединений реализуется за счет:

- снижения количества образования органических кислот бактериями;
- затруднения регуляции внутриклеточного обмена;
- нарушения мембранного транспорта и адгезии микроорганизмов на поверхности зубов.

Фторид олова снижает бляшкообразование. Обнаружено, что даже разовое применение раствора фторида олова уменьшает удельный вес бляшки и визуальные показатели бляшкообразования.

Фторид олова является исключением благодаря способности проникать внутрь поверхностей ротовой полости, создавая резервуары антибактериального действия.

Фторид олова также обладает способностью оставаться в ротовой полости в течение длительного времени. Таким образом, при лечении пародонтальных заболеваний соединение фторида олова воздействует одновременно и на возбудителей, и на зубы.

Это соединение способно:

- уменьшать растворимость эмали (минерализация эмали);

- уменьшать количество бляшек, в особенности поддесневых, и предотвращать развитие гингивита;
- уменьшать количество микроорганизмов — возбудителей кариеса, а также количество потенциальных возбудителей пародонтальных заболеваний;
- уменьшать кровоточивость десен за счет противовоспалительного и антибактериального действия;
- уменьшать гиперчувствительность зубов.

Крупные ионы олова закупоривают дентинные каналы и образуют долговременную защиту, не растворимую и не вымываемую слюной.

Индексная оценка гигиенического состояния полости рта и состояние тканей пародонта соответствовали тяжести заболевания. При ХГКГ: ГИ — $1,68 \pm 0,24$, ПМА — $22,25 \pm 0,49\%$; при ХГП легком: ГИ — $1,99 \pm 0,37$, ПМА — $23,76 \pm 0,18\%$; при ХГП средней тяжести: ГИ — $2,46 \pm 0,26$, ПМА — $45,82 \pm 0,12\%$; при ХГП тяжелом: ГИ — $20,50 \pm 0,40$, ПМА — $64,25 \pm 0,72\%$.

Улучшение клинической картины заболевания ХГП и клиническое выздоровление в результате лечения ХГКГ наблюдалось у всех пациентов после местного применения 0,12%-ного и 0,63%-ного растворов фторида олова в количестве 6—7 процедур, учитывая, что все симптомы воспаления тканей пародонта исчезали на 2—3 процедуре.

Полученные результаты значений ГИ и ПМА через один месяц после лечения соответствовали нормальным значениям у всех пациентов. Обострений воспалительного процесса и наличия зубных отложений не наблюдалось. У всех пациентов при применении полосканий 0,12% раствором фторида олова с профилактической целью после удаления зубных отложений изменений воспалительного характера в тканях пародонта не отмечалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные проведенных исследований демонстрируют высокую эффективность препаратов фторида олова при лечении ВЗП, поскольку они обладают способностью уменьшать количество зубной бляшки, ликвидировать клинические признаки заболевания, а также обладают бактерицидным и бактериостатическим действиями.

Стойкий лечебный эффект, минимальное количество процедур, длительное сохранение полости рта в хорошем гигиеническом состоянии позволяют рекомендовать препараты фторида олова как универсальное средство при лечении ВЗП и в качестве профилактического средства после снятия зубных отложений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаража И. С., Моргоева З. З., Зеленская А. В., Казарьянц Э. А., Чочиева З. Б. Клиническая оценка эффективности использования препаратов на основе фторида олова в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта // В сборнике: Актуальные вопросы клинической стоматологии. — Сборник научных работ. — Ставрополь, 2010. — С. 289—292.
2. Гаража С. Н., Моргоева З. З., Чочиева З. Б., Гришилова Е. Н., Зеленская А. В. Лечение заболеваний пародонта гелем-концентратом фторида олова // В сборнике: Актуальные вопросы клинической стоматологии. — Сборник научных работ XLVI конференции стоматологов Ставропольского края, 2012. — С. 96—98.
3. Гаража С. Н., Зеленская А. В., Гришилова Е. Н. и др. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием иммобилизованных препаратов // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — №3. — С. 140—143.
4. Гаража С. Н., Гришилова Е. Н., Хацаева Т. М. и др. Влияние лечения пародонтита иммобилизованными противовоспалительными препаратами на гемодинамику в тканях пародонта // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — №5. — С. 281—283.
5. Гришилова Е. Н., Гришилов В. Н. Эффективность использования очищающих таблеток для снижения уровня микробного загрязнения // Сборник научных трудов Ставропольского научно-исследовательского института животноводства и кормопроизводства. — 2012. — Т. 3. — №1—1. — С. 24—25.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний, г. Ставрополь

Зеленская Анжелика Викторовна — кандидат медицинских наук, доцент;

Гаража Сергей Николаевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний;

Шилова Светлана Геннадьевна — ассистент;

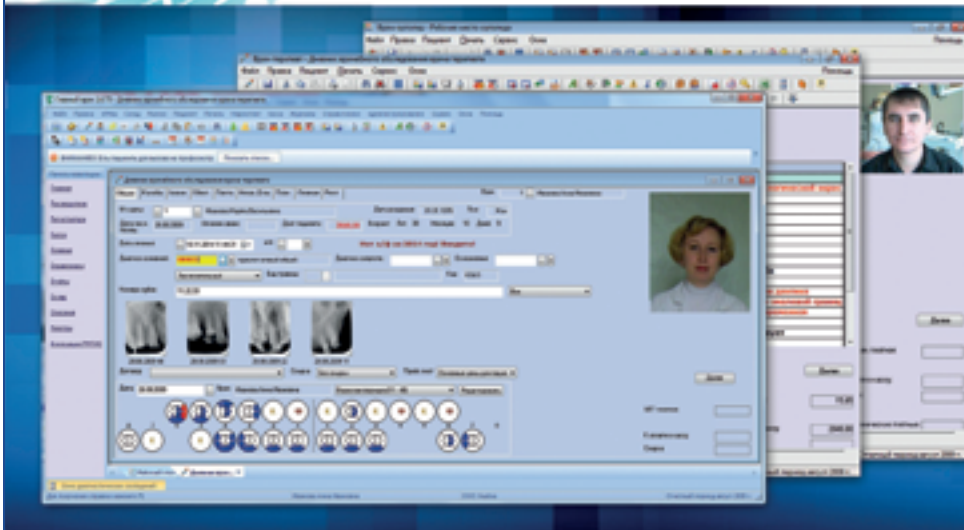
Гришилова Елена Николаевна — кандидат медицинских наук, доцент, e-mail: Elenkastom@yandex.ru;

Орлов Михаил Николаевич — кандидат медицинских наук, доцент.



Дентал-Софт

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА
ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ



- Электронная медицинская карта
- История зуба пациента
- Маркетинг, профосмотры
- Контроль качества работы врачей
- SMS-рассылка
- Журналы записи на приём
- Онлайн касса Ф3-54
- Электронные листки нетрудоспособности

Эл. почта 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



МЕТА

Micross и Safescraper – инструменты для сбора костной ткани

Использование костных скребков – легкий и нетравматичный метод получения идеального кортикального графта для лечения дефектов любого рода.

Костный скребок Micross

Предназначен для одномоментного, минимально травматичного сбора кортикальной костной ткани: она собирается прямо в камеру и располагается вокруг стержня. Micross – единственный инструмент, позволяющий применить «туннельную» технику сбора костной ткани, что позволяет свести к минимуму послеоперационный дискомфорт.



Костный скребок Safescraper

Простой в применении Safescraper делает возможным получение аутогенного графта в любых условиях. Собранная костная ткань, уже смешанная с кровью, может быть помещена в любой дефект или временно сохранена в асептических условиях в прозрачном контейнере коллектора.



Производитель
C.G.M. S.p.A. DIVISIONE MEDICALE META
Via E. Villa, 7 - 42100 Reggio Emilia - ITALY
Tel. +39 0522.50.23.11, Fax +39 0522.50.23.33
www.metahosp.com

Авторизованный дистрибьютор
ООО «Медиканова»
г. Москва, ул. Орджоникидзе 3,
тел.: +7 (495) 952 0649, +7 (903) 729 7980,
www.medicanova.org

Подробная информация об использовании,
видео- и фотоматериалы на сайте medicanova.org

Ручная техника сбора и режущие свойства лезвия гарантируют максимальное сохранение жизнеспособности клеток кортикальной ткани – фундаментальная характеристика, которая обеспечивает лучшую интеграцию костного графта.

ПРЕИМУЩЕСТВА КОСТНОЙ ТКАНИ, ПОЛУЧЕННОЙ С ПОМОЩЬЮ СКРЕБКОВ MICROSS И SAFESCRAPER

ВЫСОКАЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ КЛЕТОК

Внутриротовой забор костной ткани при помощи скребков Safescraper и Micross – простая, клинически эффективная регенеративная процедура, позволяющая сохранить жизнеспособность клеток графта, содержащих живые остециты, а также остеобласты и остеокласты.

ЭФФЕКТ ОБЪЕМА

За счет закрученной формы стружки уменьшается количество необходимой костной ткани для заполнения дефекта: 0,33 см³ кортикальной ткани, собранной скребками Micross и Safescraper, достаточно, чтобы заполнить полость объемом 1 см³.

ИДЕАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ

В результате мы получаем костную продолговатую стружку закрученной формы (0,9–1,7 мм в длину и приблизительно 150–250 микрон толщиной).

БИОПЛАСТИЧНОСТЬ

Благодаря наличию коагулированной крови графт через несколько минут приобретает высокую биопластичность. Пересаженная стружка по большей части резорбируется, индуцируя образование соответствующего количества новой костной ткани, но часть стружки, содержащая живые остециты, включается в скелетную ткань в новом месте пересадки.

NICE GLASS

СПЕЦИАЛЬНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ
ОТ КОМПАНИИ MIGLIONICO
НА МОДЕЛЬ **NICE GLASS**



КОНФИГУРАЦИЯ

- СТЕКЛЯННАЯ КЛАВИАТУРА БЛОКА ВРАЧА
- ПИСТОЛЕТ LUZANNI
- МОДУЛЬ МИКРОМОТОРА BIEN AIR MCX LED
- МОДУЛЬ СКАЛЕРА TKD +3 НАСАДКИ
- СТУЛ ROLLER
- НА ВЫБОР В ПОДАРОК:
ШИРОКАЯ ИЛИ СТАНДАРТНАЯ СПИНКА КРЕСЛА

LIMITED



ФОТО НОСИТ ИНФОРМАТИВНЫЙ ХАРАКТЕР И НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПУБЛИЧНОЙ ОФЕРТОЙ

promostudio



г. Москва - ул. Нижние Мневники
дом 37/А - офис 4
тел. +7 499 713 75 77 - www.bravium.org



Miglionico S.R.L. - via Molise - Z.I. Lotti 67/68
70021 Acquaviva delle Fonti (BA) Italy
tel. /fax +39 080 759552 - www.miglionico.net



РЕКЛАМА

ВЫБОР СТОМАТОЛОГОВ МИРА



TheraCal™ LC КАЛЬЦЕВАЯ ВЫСТИЛКА ДЛЯ ЗАЩИТЫ ПУЛЬПЫ



- Прямое и не прямое покрытие пульпы
- В качестве защитной, модифицированной смолой, выстилки перед использованием композита/цемента и пр.
- Выделяет кальций. Способствует заживлению, стимулирует формирование вторичных дентинных мостиков в течение 28 дней
- Светоотверждаемый, влагостойкий, нерастворимый, рентгеноконтрастный

- Три в одном: протравка, праймер и бонд
- Совместим с материалами светового, двойного и химического отверждения
- Обеспечивает высокую адгезию прямых реставраций. Соединяется с дентином, препарированной и не препарированной эмалью
- Обеспечивает высокую адгезию непрямых реставраций, включая металл, керамику, стеклокерамику, цирконий, алюминий, дисиликат лития
- Не требует дополнительных активаторов. Гидрофобная формула обеспечивает стабильную связь
- Минимальная толщина пленки, менее 10 микрон

ALL-BOND UNIVERSAL™ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫЙ АДГЕЗИВ



23 – 25 мая 2018 г.

Приглашаем Вас посетить наш стенд на выставке «Дентима» в г. Краснодар

Denco СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ
Официальный дистрибьютор BISCO (США)

8 (800) 333 72 80
(бесплатный звонок по России)
denco@denco.pro www.denco.pro



ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ И БОРЫ

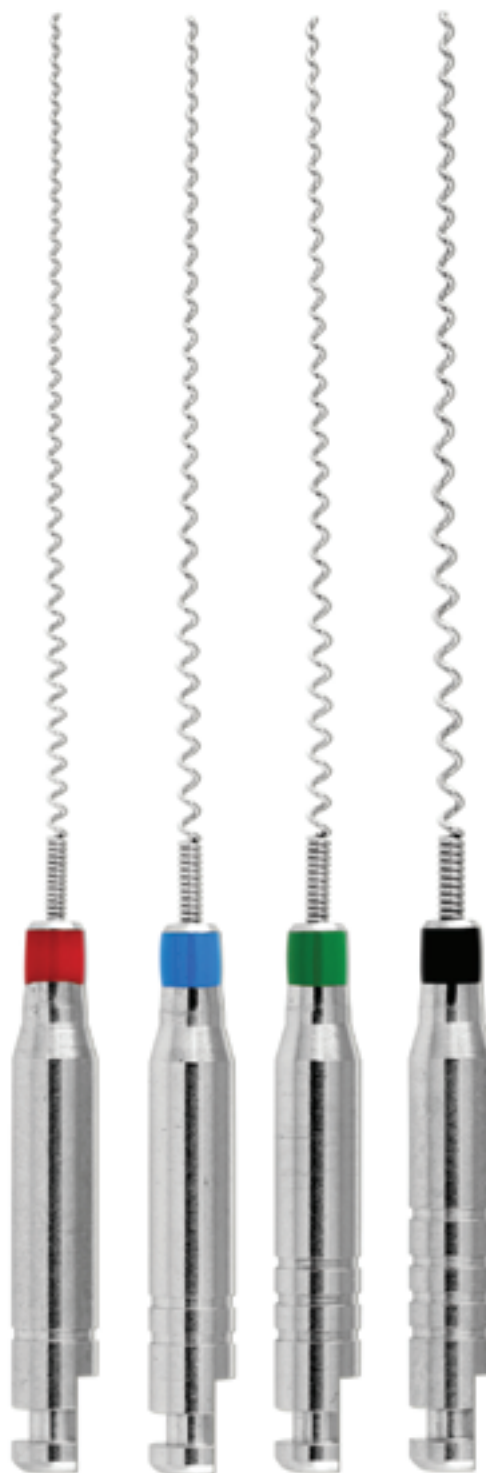
Информация от производителя:

На каждой упаковке оригинальных боров и файлов Mani есть стикер с проверочным кодом.



Боры и файлы Mani
без стикера на упаковке - подделка!

Проверьте подлинность товара на
www.kraftwaydental.ru



Москва, 3-я Мытищинская 16, Тел.: 8-800-100-100-9 (бесплатные звонки из любых регионов)