

СТОМАТОЛОГИЯ для ВСЕХ

International Dental Review

ISSN 1999-172X (Print)
ISSN 2408-9753 (Online)

№ 1 – 2015

Применение имплантатов малого диаметра



как опоры для немедленной
функциональной нагрузки одиночными
коронками

Противовоспалительная и
противомикробная терапия
в комплексном лечении
заболеваний СОПР

Обоснование применения
метода подслизистого
шинирования во время
лоскутных операций

Изучение клинических и
гистологических
особенностей гингивита
в детском возрасте

Применение имплантатов
малого диаметра

Анализ эффективности
лечения больных
с дисколоритами зубов

Клиника и лечение
больных с мезиальной
окклюзией зубных рядов
III степени

sdvint.com



2 ПОДВИЖНЫЕ СТОРОНЫ, 1 - СУПЕРЧИСТКА!*

УДАЛЯЕТ БОЛЬШЕ
НАЛЕТА ВДОЛЬ
ЛИНИИ ДЁСЕН*



Зубная щётка Oral-B PRO-EXPERT Clinic Line Pro-Flex обладает непревзойденной эффективностью* в отношении удаления зубного налёта, благодаря щетинкам CrissCross®, расположенным под углом 25°, и технологии Pro-Flex, позволяющей щётке адаптироваться к индивидуальным особенностям строения полости рта.

*по сравнению с обычной мануальной зубной щёткой при регулярном использовании. По исследованиям компании P&G.

истинная забота о пациенте
не заканчивается в кресле стоматолога



СТОМАТОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ

ISSN 1999-172X (Print)
ISSN 2408-9753 (Online)

№ 1 (70) – 2015

POSSIBILITY OF DENTISTRY TODAY

Conservative dentistry

Anti-inflammatory and antimicrobial therapies in complex treatment of diseases of a mucous membrane of an oral cavity. E.N. Silantyeva, N.V. Berezina, S.M. Krivonos 4

Complex therapy of the glossalgia of women in menopause. E.A. Amatuni 9

Surgical dentistry

The feasibility of submucosal wiring method's application in periodontal flap surgery. A.V. Kazakova, V.P. Jhuravlev 14

Tooth reconstruction and intraosseous fixation for replantation teeth. A.V. Ivashchenko, D.V. Monakov, V.A. Monakov, I.M. Bayrikov 18

Pediadontia

Multivariate statistical method of identification of risk factors for abnormalities of teeth and jaws in children. E.A. Oleynik, B.V. Trifonov, E.G. Denisova, M.P. Pogrebnaja, G.P. Gunkina 22

Study of clinical and histological features of gingivitis in children. A.A. Pavlov, V.M. Vodolatskiy 24

Epidemiology

The condition of periodontium with patients having superinvasive opisthorchiasis in the hyperendemic circumstances (The Middle Ob region). L.A. Ivanova, E.D. Khadieva, I.V. Ivanov, V.G. Bychkov 30

Dental disease of young workers factory towns with hazardous working conditions. E.E. Olesov, E.Y. Khavkina, V.D. Reva, A.E. Olesov, R.M. Khamzatov, D.A. Bronshtein, S.A. Zaslavskiy 34

Prosthetic dentistry

The use of the minor diameter implants as support for immediate functional load by individual crowns in narrow mezo-distal distances between teeth and of vestibulo-oral deficit of bone tissue. A.I. Korolev, O.A. Petrikas 36

Aesthetic stomatology

Analysis of the efficiency of treatment of patients with discoloured teeth using photowhening system teeth "ZOOM-3" and indications for selection of orthopedic treatments. C.Ju. Maksjukov, O.I. Shahbazov, L.A. Krajnjukova, A.S. Ivanov, A.A. Demidova, E.S. Maksjukova 40

Orthodontics

Clinic and treatment of patients with mesial occlusion of the dentition III degree. V.M. Vodolatsky, S.M. Tumanian 46

Justification the use of personal hygiene "Parodontax" in therapy and prevention of gingivitis in orthodontic treatment. R.V. Ushakov, N.B. Eliseeva, V.N. Tsarev, Y.V. Pavlovskaya, E.E. Shamikova 50

EVENTS

XII All-Russian theoretical and practical conference "Education, science and practice in stomatology" and exhibition "Dental Review—2015" 58

Ball of the stomatologist—2015 60

World Oral Health Day—2015 61

Rewarding at the business community party 62



СОДЕРЖАНИЕ

International Dental Review



Стоматологическая
Ассоциация
России

Редакционный совет:

Алимский А.В., Боровский Е.В.,

Вагнер В.Д., Дунаев М.В.,

Иванов С.Ю., М. Кипп,

Кисельникова Л.П., Козлов В.А.,

Козлов В.И., Колесник А.Г.,

Кузьмина Э.М., Кулаков А.А.,

Лебеденко И.Ю., Макеева И.М.,

Максимовская Л.Н.,

Митронин А.В.,

Пахомов Г.Н., Рабинович И.М.,

Рабинович С.А.,

Салеев Р.А., Сахарова Э.Б.,

Сорокоумов Г.Л., Сохов С.Т.,

И. Хен, Янушевич О.О.

Редакционная коллегия:

Конарев А.В.

Леонтьев В.К.

Садовский В.В.

Главный редактор:

Конарев А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Терапевтическая стоматология

Противовоспалительная и противомикробная терапия в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта. Е.Н. Силантьева, Н.В. Березина, С.М. Кривонос

4

Комплексная терапия глоссалгии у женщин в период менопаузы. Э.А. Аматауни

9

Хирургическая стоматология

Обоснование применения метода подслизистого шинирования во время лоскутных операций. А.В. Казакова, В.П. Журавлев

14

Назубное шинирование и внутрикостная фиксация при реплантации зубов (ближайшие клинические результаты). А.В. Иващенко, Д.В. Монаков, В.А. Монаков, И.М. Байриков

18

Детская стоматология

Выявление значимых факторов риска развития зубочелюстных аномалий у детей с использованием метода многомерной статистики.

22

Е.А. Олейник, Б.В. Трифонов, Е.Г. Денисова, М.П. Погребная, Г.П. Гункина
Изучение клинических и гистологических особенностей гингивита в детском возрасте. А.А. Павлов, В.М. Водолацкий

24

Эпидемиология

Состояние пародонта у пациентов с суперинвазионным описторхозом в условиях гиперэндемического очага (Среднее Приобье). Л.А. Иванова, Е.Д. Хадиева, И.В. Иванов, В.Г. Бычков

30

Стоматологическая заболеваемость молодых работников градообразующих предприятий с опасными условиями труда. Е.Е. Олесов, Е.Ю. Хавкина, В.Д. Рева, А.Е. Олесов, Р.М. Хамзатов, Д.А. Бронштейн, С.А. Заславский

34

Ортопедическая стоматология

Применение имплантатов малого диаметра как опоры для немедленной функциональной нагрузки одиночными коронками в узких мезио-дистальных расстояниях между зубами и при вестибуло-оральном дефиците костной ткани. А.И. Королев, О.А. Петрикас

36

Эстетическая стоматология

Анализ эффективности лечения больных с дисколоритами зубов с использованием отбеливающей системы "ZOOM-3" и показания для выбора ортопедических методов лечения. С.Ю. Максюков, О.И. Шахбазов, Л.А. Крайнюкова, А.С. Иванов, А.А. Демидова, Е.С. Максюкова

40

Ортодонтия

Клиника и лечение больных с мезиальной окклюзией зубных рядов III степени. В.М. Водолацкий, С.М. Туманян

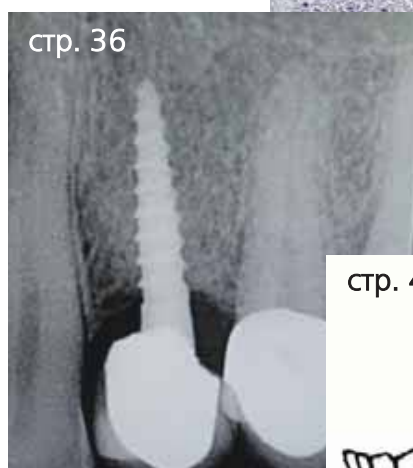
46

Обоснование применения средств индивидуальной гигиены "Parodontax" в терапии и профилактике гингивита при ортодонтическом лечении. Р.В. Ушаков, Н.Б. Елисеева, В.Н. Царев, Я.В. Павловская, Э.Э. Шамикова

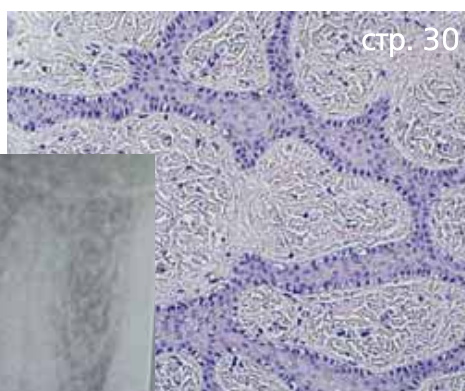
50

СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ

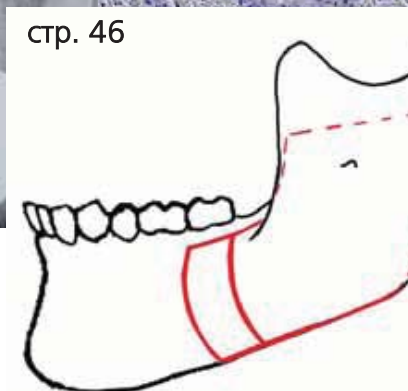
- 58 XII Всероссийская научно-практическая конференция
- 60 "Образование, наука и практика в стоматологии"
- 61 и выставка "Дентал Ревю—2015".
- 62 Бал стоматологов—2015
- Всемирный день здоровья полости рта—2015
- Награждение на
- Торжественном приеме в
- отеле "Ritz Carlton"



стр. 36



стр. 30



стр. 46



стр. 40



стр. 18



стр. 62

Журнал "Стоматология для всех" включен ВАК Минобрнауки РФ в "Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук".

С полной версией статей журнала "Стоматология для всех" можно ознакомиться в Научной электронной библиотеке на сайте www.elibrary.ru, а также на сайте журнала www.sdvint.com.

Публикации в журнале "Стоматология для всех" включены в национальную информационно-аналитическую систему РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

Журнал "Стоматология для всех" имеет статус печатного органа, аккредитованного при Стоматологической ассоциации России (СтАР)

Редакция журнала «Стоматология для всех/International Dental Review»

Адрес: 121099, Россия, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 34

Для переписки: 127473, Россия, Москва, а/я 109,

редакция журнала "Стоматология для всех"

Телефон/факс: (495) 609-24-40

E-mail: sdvint@mail.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных объявлений.

Мнение авторов публикаций может не совпадать с мнением редакции, редакционной коллегии и редакционного совета.

Перепечатка — только с согласия редакции.

Внимание! Официальный сайт журнала "Стоматология для всех" в Интернете: www.sdvint.com



Терапевтическая стоматология

Противовоспалительная и противомикробная терапия в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта

Е.Н. Силантьева, к.м.н., доцент
Н.В. Березина, к.м.н., доцент
С.М. Кривонос, к.м.н., доцент
Кафедра терапевтической, детской стоматологии
и ортодонтии Казанской государственной
медицинской академии

Для переписки:
E-mail: elenasilantjeva@mail.ru

Резюме

Приведены результаты клинического наблюдения за 32 больными с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, получавшими в составе комплексного лечения препарат Мирамистин®. Показана эффективность препарата Мирамистин® как средства противовоспалительной, противомикробной, противоотечной и симптоматической терапии острых и хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта, а также возможность его применения самостоятельно и в составе комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: Мирамистин®, лечение, заболевания слизистой оболочки полости рта.

Anti-inflammatory and antimicrobial therapies in complex treatment of diseases of a mucous membrane of an oral cavity

E.N. Silantjeva, N.V. Berezina, S.M. Krivonos

Summary

The results of clinical supervision over 32 patients with diseases of a mucous membrane of an oral cavity receiving as a part of complex treatment a preparation Miramistin® are given. Efficiency of a preparation Miramistin® as means of anti-inflammatory, antimicrobial, antiedematous and symptomatic therapy of sharp and chronic diseases of a mucous membrane of an oral cavity is shown, and also possibility of their application is independent and as a part of complex therapy of diseases of a mucous membrane of an oral cavity.

Objective of this research is the clinical assessment of efficiency of a preparation Miramistin® for local treatment in structure complex therapies of patients with diseases of a mucous membrane of an oral cavity.

Keywords: Miramistin®, treatment, diseases of a mucous membrane of a cavity.

Одной из актуальных и трудных задач практической стоматологии является лечение заболеваний слизистой

оболочки полости рта (СОПР). Это связано с многофакторностью патогенеза заболеваний СОПР, при этом выбор методов и средств лечения остается проблематичным и неоднозначным. Отдается предпочтение комплексной терапии, одновременно воздействующей на несколько симптомов и патогенетических механизмов заболеваний.

В состав комплексного местного лечения также включается тщательная санация полости рта, устранение очагов одонтогенной инфекции, назначение высококалорийной диеты, исключающей раздражающую пищу и алкоголь, даются рекомендации по гигиене полости рта.

В зависимости от клинической формы заболевания определяется объем местного медикаментозного лечения очагов поражения. Местно применяют различные лекарственные препараты: обезболивающие, антимикробные, противовирусные, протеолитические ферменты, кератопластические [1, 2, 3, 4] и т.п.; в тяжелых случаях — обкалывают очаги поражения суспензией кортикостероидов, делагилом [5, 8, 9] и др. Среди медикаментозных средств общего действия наиболее часто используют витамины и их производные, седативные и антималярийные, нейротропные, гипосенсибилизирующие, противовирусные препараты, антибиотики, кортикостероиды, цитостатики, иммуномодуляторы и др. [3, 4, 5, 6, 8, 9, 10].

В комплексном лечении больных с заболеваниями СОПР находят применение также физические методы: электро- и фонофорез лекарственных средств, гальванизация шейных симпатических узлов, гелио-неоновый лазер, лазерная акупунктура [3, 5, 9]; используют и гирудотерапию [9, 10].

В настоящее время существует много лекарственных средств, которыми можно купировать острые и обострившиеся случаи патологического процесса, ингибировать отдельные стадии воспаления. Однако, ни один из них не служит абсолютно надежным средством для полного устранения заболеваний, развивающихся по типу рецидивирующих процессов. Многочисленные исследования показывают, что ни один из существующих методов лечения не является абсолютно эффективным и не дает 100% положительный результат [10, 11, 12, 13, 14].



Тем не менее, современная фармакологическая наука создает все новые и новые препараты, направленные на устранение воспалительных и/или дистрофических заболеваний слизистой оболочки рта. Одними из таковых являются оригинальный препарат Мирамистин®, выпускаемый ООО "Инфамед" (регистрационный РН 001926/01 от 13.12.2007 г.) [7].

Цель исследования — клиническая оценка эффективности препарата Мирамистин® для местного лечения в составе комплексной терапии больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы исследования. Клиническое изучение препарата Мирамистин® проводилось на кафедре терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России с октября 2013 по январь 2015 г. Под наблюдением находилось 32 человека (из них 22 женщины и 10 мужчин) в возрасте от 22 до 64 лет с различными нозологическими формами заболеваний СОПР.

Распределение больных по нозологическим формам заболеваний СОПР представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных, получавших препарат Мирамистин® по нозологическим формам заболеваний СОПР

Нозологическая форма (диагноз)	Количество больных
Красный плоский лишай (экссудативно-гиперемическая форма)	9
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	5
Хронический рецидивирующий герпес	5
Неспецифические поражения (травма СОПР)	5
Язвенно-некротический стоматит	3
Десквамативный глоссит	5

Результаты обследования пациентов до и после лечения заносили в медицинские карты, в которых фиксировали жалобы, анамнез, сопутствующие заболевания, результаты ранее проводимого лечения, элементы поражения, их локализацию, размер. Определяли также гигиеническое состояние полости рта до и после окончания 7-дневного курса лечения по индексу Грин-Вермильона (ИГ ОНІ-S), который нередко в литературе называется упрощенным индексом гигиены ОНІ-S. О степени адекватности гигиенического ухода за полостью рта и выполнения пациентом рекомендаций судили по индексу качества ухода за

полостью рта Podshadley, Halley (ИГ PdH) (1964).

Всем больным проводили дифференцированное местное комплексное лечение: устранение местных раздражающих факторов, профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта в период ремиссии. Пациентам также назначали поливитамины, десенсибилизирующие средства. Давали рекомендации по соблюдению диеты, нормализации режима питания, сна и отдыха.

Препарат Мирамистин® (регистрационный номер: Р N001926/01 от 13.12.2007 г.) относится к однокомпонентным лекарственным средствам, к группе катионных поверхностно активных веществ, по химическому составу — бензилдиметил [3- (миристоиламино)пропил] аммония хлорид моногидрат. Обладает широким спектром антибактериального, противогрибкового и противовирусного действий. Избирательно воздействует на патогенные микроорганизмы, не оказывая отрицательного эффекта на ткани организма человека, повышает чувствительность бактерий, грибов и простейших к действию антибиотиков, усиливает местный иммунитет, ускоряет процессы регенерации. Препарат малотоксичен, не имеет ограничений по возрасту; готов к применению, не требует разведения.

Все пациенты были обучены методике использования 0,01% раствора Мирамистина в домашних условиях. Больные применяли Мирамистин после гигиенического ухода в виде ротовых ванночек (в количестве 10–15 мл препарата) в течение 3 минут 3 раза в день 7 дней. При необходимости препарат рекомендовался еще в течение 3-х дней.

Клиническое улучшение, регистрируемое при распросе и осмотре обследуемых пациентов в динамике лечения, оценивали по следующим признакам: противовоспалительный эффект — устранение воспаления (гиперемия, отек, боль); исчезновение морфологических элементов поражения (узелок, афта, эрозия, язва и другие); тенденция к заживлению раневой поверхности и сроки эпителизации элементов поражения.

При оценке эффективности лечения учитывались также обезболивающий эффект, переносимость препарата, отсутствие аллергических реакций.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенные нами клинические исследования позволили отметить определенный терапевтический эффект применения препарата Мирамистин® при различных нозологических формах поражения СОПР, сопровождающихся выраженным болевым симптомом и воспалительной реакцией тканей.

Гигиеническое состояние полости рта у всех пациентов за время исследования улучшилось. При первичном обследовании ГИ ОНІ-S в среднем составил $2,31 \pm 0,14$; ИГ PdH — $1,7 \pm 0,11$. Через 7 дней наблюдения среднее значение индексов составило, соответ-

МИРАМИСТИН®

для лечения и профилактики



БАКТЕРИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ
В ОТНОШЕНИИ Г+ И Г-
БАКТЕРИЙ, ВКЛЮЧАЯ
УСТОЙЧИВЫЕ ГОСПИТАЛЬНЫЕ
ШТАММЫ

**ПРОТИВОВИРУСНОЕ
ДЕЙСТВИЕ** (ВИРУСЫ ГЕРПЕСА,
АДЕНОВИРУСЫ)

**ДЕЙСТВУЕТ ПРОТИВ
ПРОСТЕЙШИХ**
(ТРИХОМОНАДЫ,
ХЛАМИДИИ И ДР.)

ПОВЫШАЕТ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ
БАКТЕРИЙ, ГРИБОВ
И ПРОСТЕЙШИХ
К ДЕЙСТВИЮ
АНТИБИОТИКОВ

**ПРОТИВОГРИБКОВОЕ ДЕЙСТВИЕ НА ДРОЖЖЕВЫЕ
И ДРОЖЖЕПОДОБНЫЕ ГРИБЫ** (CANDIDA ALBICANS, CANDIDA
TROPICALIS, CANDIDA KRUSEI И Т.Д.), ДЕРМАТОФИТЫ (TRICHOPHYTON
VERRUCOSUM, EPIDERMOPHYTON FLOCCOSUM, MICROSPORUM
CANIS И Т.Д.), ВКЛЮЧАЯ ФЛОРУ С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ
К ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ

**НЕ ВСАСЫВАЕТСЯ
И НЕ ОБЛАДАЕТ
МЕСТНО РАЗДРАЖАЮЩИМ
И АЛЛЕРГИЗИРУЮЩИМ
ДЕЙСТВИЕМ НА СЛИЗИСТЫЕ
ОБОЛОЧКИ И КОЖНЫЕ
ПОКРОВЫ**

**СТИМУЛИРУЕТ
ЭПИТЕЛИЗАЦИЮ
И РЕПАРАТИВНЫЕ
ПРОЦЕССЫ В РАНЕ,
УСКОРЯЕТ
ЗАЖИВЛЕНИЕ**

ПОКАЗАНИЯ

Стоматология

- ✓ Воспалительные заболевания полости рта: стоматит, гингивит, пародонтит, периодонтит
- ✓ Обработка корневых каналов и кариозных полостей
- ✓ Санация полости рта перед лечебными процедурами

Хирургия, травматология, комбустиология, челюстно-лицевая хирургия

- ✓ Первичная хирургическая обработка ран
- ✓ Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей и опорно-двигательного аппарата
- ✓ Трофические язвы, пролежни
- ✓ Лечение ожогов I-IV степени

Оториноларингология

- ✓ Гнойно-воспалительные заболевания среднего уха, придаточных пазух носа, гортаноглотки, трахеи в монотерапии и комплексном лечении
- ✓ Острые и хронические тонзиллиты, фарингиты, ларингиты, синуситы, отиты, в том числе осложненные перфорацией барабанной перепонки

Терапия, педиатрия, пульмонология, фтизиатрия

- ✓ Лечение и профилактика воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей
- ✓ Профилактика и лечение заболеваний вирусной этиологии (грипп, ОРВИ, герпес и др.)

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Производитель – компания «Инфамед», 123056, Москва, а/я 46. Тел./факс: (495) 775-83-21
E-mail: infamed@infamed.ru, www.miramistin.ru



РН 001926/01 от 13.12.2007.

ственно, $1,17 \pm 0,24$ (эффективность составила 49,3%) и $0,2 \pm 0,02$ (эффективность составила 88,2%).

При оценке субъективного мнения пациентов все отметили противовоспалительный и обезболивающий эффект. Ни в одном случае не было зарегистрировано аллергических реакций и побочных действий. После 7-дневного лечения у всех 32 больных был получен определенный положительный результат: 7 (21,9%) человек отметили улучшение, 15 (46,9%) больных —

значительное улучшение (высокая оценка эффективности) и 10 (31,2%) лиц — полное исчезновение элементов поражения в течение 5–7 дней от начала лечения (очень высокая оценка эффективности).

Результаты лечения больных, получавших препарат Мирамистин® по нозологическим формам заболеваний СОПР представлены в таблице 2.

Распределение пациентов по нозологическим формам следующее: полное исчезновение элементов при

Таблица 2. Результаты 7-дневного лечения больных, получавших препарат Мирамистин® по нозологическим формам заболеваний СОПР

Нозологическая форма (диагноз)	Количество больных	Эффективность лечения		
		улучшение	значительное улучшение	полное исчезновение элементов поражения
Красный плоский лишай (экссудативно-гиперемическая форма)	9	4	5	
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	5	2	3	
Хронический рецидивирующий герпес	5	1	4	
Неспецифические поражения (травма СОПР)	5			5
Язвенно-некротический стоматит	3			3
Десквамативный глосит	5		3	2
Итого	32	7	15	10

Таблица 3. Результаты 10-дневного лечения больных, получавших препарат Мирамистин® по нозологическим формам заболеваний СОПР

Нозологическая форма (диагноз)	Количество больных	Эффективность лечения		
		улучшение	значительное улучшение	полное исчезновение элементов поражения
Красный плоский лишай (экссудативно-гиперемическая форма)	9		9	
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	5		5	
Хронический рецидивирующий герпес	5		1	4
Неспецифические поражения (травма СОПР)	5			5
Язвенно-некротический стоматит	3			3
Десквамативный глосит	5			5
Итого	32		15	17

использовании препарата у всех больных было отмечено при неспецифических поражениях (травма СОПР), язвенно-некротическом стоматите и у 2 (40%) лиц при десквамативном глоссите. Анализ результатов травматических повреждений СОПР показал, что у молодых лиц полная регенерация тканей наблюдается в течение 2 дней, у лиц пожилого возраста — через 7 дней; при десквамативном глоссите — через 5 дней.

Значительное улучшение выявлено у 3 (60%) больных с десквамативным глосситом. Им было рекомендовано продолжить лечение еще на 3 дня (до 10 дней). Полное исчезновение элементов поражения было констатировано к 10-му дню лечения.

У 4 (80%) пациентов с хроническим рецидивирующим герпесом локальное применение привело к исчезновению элементов поражения (эрозий) в течение 7–9 дней.

У 3 (60%) лиц с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом исчезли элементы поражения (афты) и наступила полная регенерация тканей в течение 10 дней.

У 5 (55,5%) человек с диагнозом красный плоский лишай наблюдался переход экссудативно-гиперемической формы заболевания в типичную форму после 10 дней от начала лечения.

Результаты лечения больных, получавших препарат Мирамистин® в течение 10 дней по нозологическим формам заболеваний СОПР, представлены в таблице 3.

Улучшение определено у лиц с отягощенным соматическим анамнезом. После окончания 10-дневного курса лечения у 4 (57,1%) пациентов с экссудативно-гиперемической формой красного плоского лишая, у 2 (40%) лиц с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и у 1 (20%) пациента с хроническим рецидивирующим герпесом отмечен выраженный обезболивающий и противовоспалительный эффект, исчезли боль, гиперемия, отек пораженных тканей, имелась тенденция к заживлению. Им было рекомендовано продолжить применение Мирамистина® еще на 4 дня (до 14 дней) и использовать масляный раствор витамина А для аппликаций 3 раза в день в течение 7 дней. К 21 дню от начала лечения у этих пациентов произошли эпителизация элементов поражения при хроническом рецидивирующем герпесе и хроническом рецидивирующем афтозном стоматите, а также переход экссудативно-гиперемической формы красного плоского лишая в типичную форму заболевания.

Таким образом, результаты клинических наблюдений свидетельствуют о том, что препарат Мирамистин® при местном применении является достаточно эффективным противовоспалительным, противомикробным, обезболивающим, противоотечным средством симптоматической терапии острых и хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта и

может быть рекомендован как средство самостоятельного выбора, так и в комплексном лечении. Доступность, простота, эффективность препарата позволяют рекомендовать его в клиническую практику.

Литература

1. Березина Н.В., Силантьева Е.Н., Кривонос С.М. Применение препаратов линейки "Асепта" в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта // *Стоматолог-практик*. — 2013. — № 1. — С. 32–35.
2. Березина Н.В., Силантьева Е.Н., Кривонос С.М. Комплексное лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с использованием препаратов линейки "Асепта" // *Институт стоматологии*. — 2013. — № 1. — С. 4–6.
3. Боровский Е.В. *Терапевтическая стоматология*. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 840 с.
4. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. *Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ*. — М.: МЕДпресс, 2001. — 320 с.
5. *Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ* / под ред. Л.М. Лукиных. — Н. Новгород: изд-во НГМИ, 2003. — 312 с.
6. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.И., Орехова Л.Ю. *Терапевтическая стоматология*. — М.: Медицина, 2002. — 638 с.
7. Мирамистин. Результаты клинических исследований в стоматологии. — Москва, ООО "Лига-Принт", 2013. — 71 с.
8. *Терапевтическая стоматология: учебник в 3 ч. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки рта* / под ред. Г.М. Барер. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 256 с.
9. *Терапевтическая стоматология: национальное руководство* / под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 912 с.
10. Цветкова-Аксамит Л.А. *Заболевания слизистой оболочки рта и губ*. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 208 с.
11. Aweeka F., Trapnell C., Chernoff M. et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of thalidomide in HIV patients treated for oral aphthous ulcers. *J Clin Pharmacol* 2001; 41: 10: 1091–1097.
12. Branchet M.C. et al. Topical tretinoin in the treatment of lichen planus and leukoplakia of the oral mucosa. A biochemical evaluation of the keratinization. *Ann Dermatol Venereol* 1994; 121: 6: 464–469.
13. Buajeeb W. et al. Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinolone acetonide in the treatment of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod* 1997; 83: 1: 21–25.
14. Carbone M. et al. Topical treatment of atrophic — erosive oral lichen planus with clobetasol in bioadhesive gel as well as chlorhexidine and miconazole in oral gel. *Minerva Stomatol* 1997; 46–78: 423–428.
9. Dmitrieva L.A., Maksimovskii Yu.M. (Eds.) *Терапевтическая стоматология: национальное руководство*. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009. 912 p.
10. Tsvetkova-Aksamit L.A. *Заболевания слизистой оболочки рта и губ*. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2009. 208 p.
11. Aweeka F., Trapnell C., Chernoff M. et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of thalidomide in HIV patients treated for oral aphthous ulcers. *J Clin Pharmacol*, 2001, vol. 41, no. 10, pp. 1091–1097.
12. Branchet M.C. et al. Topical tretinoin in the treatment of lichen planus and leukoplakia of the oral mucosa. A biochemical evaluation of the keratinization. *Ann Dermatol Venereol*, 1994, vol. 121, no. 6–7, pp. 464–469.
13. Buajeeb W. et al. Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinolone acetonide in the treatment of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1997, vol. 83, no. 1, pp. 21–25.
14. Carbone M. et al. Topical treatment of atrophic — erosive oral lichen planus with clobetasol in bioadhesive gel as well as chlorhexidine and miconazole in oral gel. *Minerva Stomatol*, 1997, no. 46, vol. 78, pp. 423–428.

References

1. Berezina N.V., Silant'eva E.N., Krivonos S.M. *Primenenie preparatov lineiki "Asepta" v kompleksnom lechenii zabolevani slizistoi obolochki polosti rta. Stomatolog-praktik*, 2013, no. 1, pp. 32–35.
2. Berezina N.V., Silant'eva E.N., Krivonos S.M. *Kompleksnoe lechenie krasnogo ploskogo lishaya slizistoi obolochki polosti rta s ispol'zovaniem preparatov lineiki "Asepta". Institut stomatologii*, 2013, no. 1, pp. 4–6.
3. Boroovskii E.V. *Terapevticheskaya stomatologiya*. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ., 2011. 840 p.
4. Boroovskii E.V., Mashkilleison A.L. *Zabolevaniya slizistoi obolochki polosti rta i губ*. Moscow, MEDpress Publ., 2001. 320 p.
5. Lukinykh L.M. (Ed.). *Zabolevaniya slizistoi obolochki polosti rta i губ*. Nizhny Novgorod, NGMI Publ., 2003. 312 p.
6. Maksimovskii Yu.M., Maksimovskaya L.I., Orekhova L.Yu. *Terapevticheskaya stomatologiya*. Moscow, Meditsina Publ., 2002. 638 p.
7. *Miramistin. Rezul'taty klinicheskikh issledovaniy v stomatologii*. Moscow, Liga-Print Publ., 2013. 71 p.
8. Barer G.M. (Ed.). *Terapevticheskaya stomatologiya: uchebnik v 3 ch. Ch. 3. Zabolevaniya slizistoi obolochki rta*. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010. 256 p.

Комплексная терапия глоссалгии у женщин в период менопаузы

Резюме

В настоящей работе представлено исследование по оптимизации терапии глоссалгии у женщин в период менопаузы, предложена комплексная терапия, приводящая к быстрому устранению симптомов заболевания у большинства пациенток.

Ключевые слова: глоссалгия, синдром жжения языка, психологические тесты, депрессивное состояние, анксиолитики, витаминно-минеральный комплекс, эффективность.

Complex therapy of the glossalgia of women in menopause

E.A. Amatuni

Summary

The paper presents the research to optimization of the therapy glossalgia of women in menopause; contains a complex therapy, leading to fast elimination of symptoms of most patients.

Keywords: glossalgia, burning mouth syndrome, psychologic tests, depression, anxiolytics, vitamin-mineral complex, efficacy.

Глоссалгия — хронический орофациальный синдром, основным симптомом которого является чувство жжения языка без клинических или лабораторных проявлений [1].

В различных источниках указываются взаимозаменяемые названия данной патологии: парестезии языка, глоссодиния, болезненный рот, болезненный язык или оральная дизестезия [2]. Это патологическое состояние очень распространено и в структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта составляет более 20%, причем тенденции к снижению регистрации глоссалгии не наблюдается. Несмотря на распространенность заболевания, достаточно большой объем знаний по данной проблеме, этиология данного состояния до сих пор вызывает вопросы и споры. В силу отсутствия высыпаний и патологических изменений со стороны слизистой оболочки полости рта и языка пациентам не оказывается своевременная медицинская помощь, что побуждает их миграцию от одного специалиста к другому. Все это приводит к усугублению состояния больных и к развитию психосоциальной дезадаптации [1, 3].

Считается, что одной из главенствующих причин возникновения глоссалгии являются различные забо-

левания слизистой оболочки полости рта и языка (стоматит, пародонтит, кандидозная инфекция, красный плоский лишай и сухость во рту). Также, триггерами глоссалгии могут быть системные (железодефицитная и В12 анемия, сахарный диабет) и психологические факторы (депрессия, психозы). В связи с этим определить точную причину данного патологического состояния у конкретного пациента и назначить адекватную терапию затруднительно, что приводит к усилению субъективных ощущений и, тем самым, ведет к ухудшению качества жизни больных и, нередко, канцерофобии [2].

Среди общего количества пациентов с парестезиями языка заболеваемость у женщин преобладает над таковой у мужчин в 6 раз. Это связано, в первую очередь, с недостатком витаминов (в частности В12), минералов и фолиевой кислоты, что регистрируется на фоне вегетонейрогенных нарушений у женщин в период менопаузы [3]. Однако назначение заместительной гормональной терапии обычно не приносит облегчения [9].

Глоссалгия характеризуется наличием у больных постоянного чувства жжения, спонтанно возникающей боли на различных участках языка. Болезненность, менее выраженная утром и усиливающаяся к вечеру, нередко может являться причиной нарушения сна. Некоторые пациенты сравнивают это чувство с мучительной зубной болью [4]. Возможно, вследствие постоянной боли у больных часто наблюдаются изменения настроения: раздражительность, плаксивость, депрессия, беспокойство и тревожность.

У некоторых пациенток к основным жалобам добавляется чувство онемения языка, сухость во рту и наличия неприятного горького или металлического привкуса [5]. Но общим для всех пациентов является отсутствие симптоматики во время приема пищи и акта жевания.

Врачи различных специальностей сталкиваются с глоссалгией, так как это мультифакториальное заболе-



Э.А. Амадуни,
аспирант кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова

вание. В настоящее время в связи с изменением психо-социального состояния пациентов (тревога и депрессия), которое наблюдается у всех больных с глоссалгией, нейропатическая природа возникновения заболевания изучается наиболее активно [6].

Цель настоящего исследования — оптимизация терапии глоссалгии у женщин в период менопаузы.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 84 женщины в возрасте от 50 до 79 лет (средний возраст $64,5 \pm 3,1$ лет), которым было констатировано состояние менопаузы. Средняя продолжительность заболевания составила $2,25 \pm 0,24$ года. Ранее всем пациенткам проводилось лечение в условиях стоматологических клиник, однако проводимые мероприятия не привели ни у одной больной к клиническому эффекту. Также была сформирована группа сравнения, в которую входило 32 женщины без явлений глоссалгии соответствующего возраста.

Перед началом лечения всем больным был проведен комплекс мероприятий, который включал в себя: физикальное и клиническое обследование, а также инструментальное обследование — ЭКГ, измерение артериального давления.

Для изучения вегетативного статуса и оценки интенсивности симптомов глоссалгии всем женщинам перед назначением комплексной терапии проводилось психологическое тестирование при помощи комплексной программы: госпитальной и оценочной шкалы тревоги и депрессии (HADS), модифицированного менопаузального индекса Купермана-Уваровой, коэффициента Хильдебранта, корректурной пробы Бурдона. Оценить интенсивности симптомов глоссалгии пациенткам предлагалось с помощью использования визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Выраженность депрессии определялась по следующей градации суммы баллов: 0–7 баллов — норма, от 8 до 13 баллов — легкое депрессивное расстройство, от 14–18 баллов — депрессивное расстройство средней степени тяжести, от 23 баллов и больше — депрессия крайне тяжелой степени. Выраженность тревоги определялась по следующей классификации суммы баллов: 0–7 баллов — состояние нормы или ремиссия депрессивного состояния, от 8–10 баллов — состояние субклинически выраженной депрессии и тревоги, от 11 баллов и выше — клинически выраженная депрессия и тревога.

Для определения степени тяжести климактерических нарушений использовалось анкетирование с помощью специального менопаузального индекса Купермана в модификации Е.В. Уваровой. Сначала определялось, к какой группе относятся нарушения у пациенток (нейровегетативным, обменно-эндокринным или психоэмоциональным). После этого каждый симптом оценивался по степени выраженности от 0 до 3 баллов, затем определялась степень тяжести климак-

терического синдрома. Так, если количество баллов в первой группе нейровегетативных нарушений меньше 10, то климактерический синдром отсутствует; от 11–20 баллов — легкое течение, от 20–31 — течение средней тяжести, от 31 и более баллов — течение тяжелой степени. При обменно-эндокринных и психоэмоциональных нарушениях индекс, равный 0, означал, что нарушений нет, от 1–7 баллов соответствовал легкой степени климактерического синдрома, от 8–14 — средней, 15 баллов и более — тяжелому проявлению синдрома.

При помощи коэффициента Хильдебранта (отношение ЧСС к ЧДД в минуту) определялось наличие или отсутствие отклонений в деятельности висцеральных систем. Величина коэффициента, находящаяся в пределах от 2,8 до 4,9, свидетельствовала о нормальных межсистемных взаимосвязях, при наличии отклонения от указанных значений — о рассогласовании деятельности отдельных висцеральных систем [8].

Для оценки способности удерживать внимание, на устойчивость и на утомляемость была проведена корректурная проба Бурдона.

Также перед началом лечения пациентам проводилось исследование биохимического анализа крови (с целью определения уровня витамина B12, концентрации цинка и фолиевой кислоты) в независимых лабораториях. При осмотре слизистой оболочки рта оценивался цвет и блеск слизистой, а при пальпации определялась консистенция языка и наличие или отсутствие на нем патологических высыпаний.

Результаты исследования. При оценке анамнеза заболевания было установлено, что признаки глоссалгии у пациенток развились на фоне сопутствующей патологии полости рта. Так, наличие пародонтита отмечалась у 11 женщин (13,1%), гингивит — у 24 человек (28,58%), стоматит — у 27 (32,14%), десквамативный глоссит — у 9 человек (10,71%), красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта — у 13 (15,47%) (рис 1).



Рис. 1. Сопутствующая патология полости рта у пациенток с глоссалгией

Было установлено, что 39 женщинам (46,43%) проводились различные стоматологические манипуляции в течение последнего года перед появлением признаков глоссалгии (протезирование зубов, удаление кистозных образований).

Все пациентки (n=84), помимо жжения языка, сравниваемого с "ощущением перца во рту", отмечали повышение чувства тревоги, раздражительности, а также возникновение канцерофобии.

При тестировании пациенток с глоссалгией значение госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) составляло $7,42 \pm 0,81$ баллов, что обозначает субклинически выраженную тревогу/депрессию. Значение коэффициента Хильдебранта (или кардиореспираторного индекса) варьировалось в границе $5,21 \pm 0,43$ баллов, что свидетельствовало о нарушении межсистемных взаимоотношений кровообращения и дыхательной системы в организме. При определении модифицированного менопаузального индекса Купермана-Уваровой среднее значение его составило $40,91 \pm 3,22$ баллов, что отражало умеренную степень вегетативных дисфункций. Значение корректурной пробы Бурдона составляло $45,59 \pm 2,71\%$, что свидетельствовало о нарушении концентрации и внимания (табл. 1).

Таблица 1. Сравнительные результаты психологических тестов у больных с глоссалгией

	I группа (n=84)	II группа (n=32)
HADS (баллы)	$7,42 \pm 0,81^*$	$2,45 \pm 0,13$
Менопаузальный индекс Купермана-Уваровой (баллы)	$40,91 \pm 3,22^*$	$11,52 \pm 1,61$
Коэффициент Хильдебранта (баллов)	$5,21 \pm 0,43^*$	$2,93 \pm 0,15$
Проба Бурдона (%)	$45,59 \pm 2,71^*$	$76,21 \pm 2,32$

* — значения достоверно различные по сравнению с контрольной группой сравнения при $p < 0,05$

В контрольной группе также были выявлены психологические расстройства, которые негативно влияли на качество жизни, но они были выявлены только у 29% женщин.

При биохимическом исследовании крови, проведенном до лечения, были получены следующие результаты: концентрация витамина В12 находилась в пределах от 103 пмоль/л до 140 пмоль/л ($121,29 \pm 15,17$ пмоль/л), при референсных значениях 133–675 пмоль/л. Содержание фолиевой кислоты варьировалось от 3,2 нмоль/л до 5,4 нмоль/л ($4,31 \pm 0,24$ нмоль/л) при референсных значениях 4,5–21,0 нмоль/л. Уровень цинка у пациенток с глоссалгией составил 4,6–6,7 мкмоль/л ($11,32 \pm 4,26$ мкмоль/л), что соответствовало нижней границе нормы (табл. 2).

Данные показатели можно трактовать как недостаток витамина В12, фолиевой кислоты и цинка, что обуславливало появление сухости в полости рта, апа-

тию, усталость, чувство беспокойства, изменение аппетита и восприятия вкуса.

После проведения психологических тестов и биохимического анализа крови всем больным женщинам с глоссалгией была назначена терапия с использованием препарата Адаптол, который обладает плеотропным эффектом (анксиолитическое, ноотропное, вегетостабилизирующее, антиоксидантное действие, а также повышение порога болевой чувствительности и нормализация фаз сна), по 500 мг 2 раза в день в течение двух месяцев. Для восстановления витаминно-минерального состава крови применялся витаминный комплекс Менопейс по 1 капсуле в сутки во время еды в течение 2 месяцев.

Проводимая терапия способствовала возникновению клинического эффекта у 100% больных, при этом формирование ремиссии (полное устранение симптомов глоссалгии) было отмечено у 68 пациенток (80,95%), что составило абсолютное большинство женщин.

Анализ динамики интенсивности симптомов глоссалгии с использованием ВАШ показал следующие результаты лечения (рис. 2).

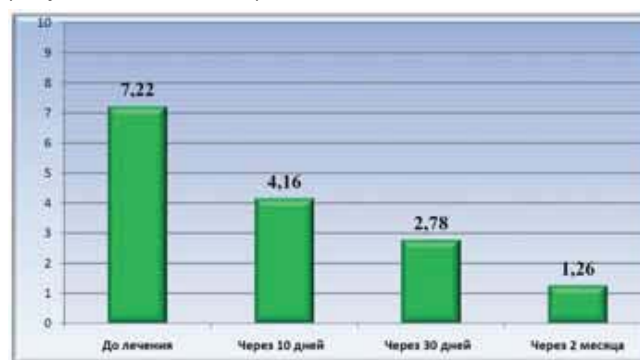


Рис. 2. Динамика интенсивности симптомов глоссалгии в результате лечения

Проводимая терапия способствовала снижению болевых симптомов уже через 10 дней, что характеризовалось достоверным снижением показателей ВАШ на 42,38%, через месяц — на 61,50%, к концу лечения (через 2 месяца) — на 82,55%.

Так, при тестировании пациенток с глоссалгией значение госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) уменьшилось в среднем на 56,71% до нор-

Таблица 2. Сравнительные показатели концентрации витаминов и минералов в крови у пациенток с глоссалгией

	I группа (n=84)	II группа (n=32)
В12 (нмоль/л)	$121,52 \pm 2,11^*$	$451,55 \pm 23,63$
Фолиевая кислота (нмоль/л)	$4,36 \pm 1,14^*$	$12,75 \pm 1,42$
Цинк (мкмоль/л)	$5,65 \pm 0,94^*$	$16,53 \pm 2,72$

* — значения достоверно различные по сравнению с контрольной группой сравнения при $p < 0,05$

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

мальных значений — $3,22 \pm 0,41$ баллов. Значение коэффициента Хильдебранта уменьшилось за счет нормализации соотношения частоты сердечных и дыхательных сокращений в минуту на 38,46% и составило $3,2 \pm 0,15$, что свидетельствует о нормальных межсистемных соотношениях. Значение модифицированного менопаузального индекса Купермана-Уваровой изменилось на 72,3% — до $11,31 \pm 2,52$ баллов, что соответствовало норме или легкой степени изменений. Значение корректурной пробы Бурдона изменилось на 35,2% — до $70,3\% \pm 6,5\%$, что являлось хорошим и очень хорошим уровнем концентрации внимания.

По окончании двухмесячного курса лечения было проведено повторное исследование уровня витаминов и микроэлементов в крови: уровень витамина B12 увеличился на 55,7%, а концентрация фолиевой кислоты увеличилась на 72,0%. Также проводимая терапия привела к значительному увеличению уровня цинка в крови на 36,7%.

Выводы

1. В ходе исследования было установлено, что хроническое течение глоссалгии у женщин в период менопаузы обусловлено выраженной вегетативной дисфункцией на фоне развития тревожно-депрессивных расстройств и дефицита концентрации витамина B12, фолиевой кислоты и цинка в сыворотке крови.

2. Комплексная терапия глоссалгии с использовани-

ем анксиолитика и специального витаминно-минерального комплекса приводит к быстрому устранению симптомов заболевания у большинства пациенток.

Литература

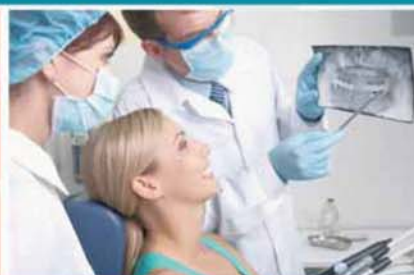
1. Giudice M. Mouths on fire: Drug induced burning mouth syndrome. *C P J / R PC*, 141: 132–134, 2008.
2. Charland D., Heinola A., Luk A., Puksa M., Tahmintzoglou A. & Von Den Steinen, T. Burning Issues in the treatment of burning mouth syndrome: an evidence-based study of the literature, 2009. Available in: http://www.utoronto.ca/dentistry/newsresources/evidence_based/burningmouth.pdf
3. Grushka M., Epstein J.B. & Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Am. Fam. Physician*, 65 (4): 615–620, 2002.
4. Svensson P., Kaaber S. General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects. *J Oral Rehabil.* 1995; 22: 887–895.
5. Ship J.A., Grushka M., Lipton J.A., Mott A.E., Sessle B.J., Dionne R.A. Burning mouth syndrome: an update. *J AmDentAssoc.* 1995; 126: 842–853.
6. Grushka M., Kawalec J., Epstein J.B. Burning mouth syndrome: evolving concepts. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2000; 12: 287–295.
7. Hamilton M. (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 23: 56–62.
8. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. — М.: Мед. информ. агентство, 1998. — 752 с.
9. Pisanty S., Rafaely B., Polishuk W.Z. The effect of steroid hormones on buccal mucosa of menopausal women. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975; 40 (3): 345–353.
5. Ship J.A., Grushka M., Lipton J.A., Mott A.E., Sessle B.J., Dionne R.A. Burning mouth syndrome: an update. *J AmDentAssoc*, 1995, no. 126, pp. 842–853.
6. Grushka M., Kawalec J., Epstein J.B. Burning mouth syndrome: evolving concepts. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 2000, no. 12, pp. 287–295.
7. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1960, no. 23, pp. 56–62.
8. Вејн А.М. (Ed.). *Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика*. Moscow, Med. inform. agentstvo Publ., 1998. 752 p.
9. Pisanty S., Rafaely B., Polishuk W.Z. The effect of steroid hormones on buccal mucosa of menopausal women. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1975, vol. 40, no. 3, pp. 345–353.

References

1. Giudice M. Mouths on fire: Drug induced burning mouth syndrome. *C P J / R PC*, 2008, vol. 141, no. 132—134.
2. Charland D., Heinola A., Luk A., Puksa M., Tahmintzoglou A. & Von Den Steinen, T. Burning Issues in the treatment of burning mouth syndrome: an evidence-based study of the literature, 2009. Available in: http://www.utoronto.ca/dentistry/newsresources/evidence_based/burningmouth.pdf
3. Grushka M., Epstein J.B. & Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Am. Fam. Physician*, 2002, vol. 65, no. 4, pp. 615—620.
4. Svensson P., Kaaber S. General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects. *J Oral Rehabil*, 1995, no. 22, pp. 887—895.



Стоматологическая выставка



Разделы
выставки

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

19 - 21 мая 2015

Новосибирск, Станционная, 104

37-й Московский
международный
стоматологический
форум и выставка

DENTAL[®]
SALON

Дентал Салон

20-23 апреля 2015

Москва, Крокус Экспо,
павильон 2, залы 7, 8
Проезд: м. "Мякинино"



www.dental-expo.com



Устроитель:

DENTALEXPO[®]

Спонсор выставки

Colgate[®]

S.T.Ident - спонсор выставки,
эксклюзивно представляет

Septanest[®]

Генеральные информационные партнеры

Стоматология
СЕГОДНЯ

DENTAL TRIBUNE
The Quality Dental Magazine

18+

На правах рекламы



Хирургическая стоматология

Обоснование применения метода подслизистого шинирования во время лоскутных операций

Резюме

В статье представлены результаты изучения клинической эффективности применения подслизистого шинирования во время лоскутной операции. Исследование показало, что метод подслизистого шинирования при проведении лоскутных операций позволяет сохранить зубы с III–IV степенью подвижности и атрофией костной ткани альвеолярного отростка более 2/3 длины корня.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, подслизистое шинирование, лоскутная операция, атрофия костной ткани, подвижность зубов.

The feasibility of submucosal wiring method's application in periodontal flap surgery

A.V. Kazakova, V.P. Jhuravlev

Summary

This article presents the clinical efficacy results of submucosal wiring application during flap operations. Estimates revealed that submucosal wiring application during flap operations offers the possibility to maintain front teeth with III–IV mobility degree and alveolar bone loss more than 2/3.

Keywords: chronic generalized periodontitis, submucosal wiring, periodontal flap surgery, bone loss, teeth mobility.

Многие годы пародонтит, являясь мультифакторным заболеванием тканей пародонта, определяется как деструкция опорно-удерживающего аппарата зубов и доставляет пациенту дискомфорт в виде кровоточивости десен, гноетечения из пародонтальных карманов и боли [4, 5].

При этом атрофия костной ткани альвеолярного отростка как результат течения хронического генерализованного пародонтита является одной из основных причин появления подвижности зубов, а впоследствии приводит и к их потере, нарушая эстетику и физиологию прикуса [8]. Однако, не всегда пациенты готовы к тотальному удалению подвижных зубов, особенно если пациентом является молодая женщина в возрасте от 25 до 40 лет.



А.В. Казакова, ассистент кафедры ортопедической и хирургической стоматологии, Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень



В.П. Журавлев, д.м.н., профессор, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Для переписки:
Тел.: +7 (932) 055-02-02
E-mail: kofeek7@mail.ru

Сохранение подвижных зубов при деструктивных формах хронического пародонтита является одной из актуальных задач современной пародонтологии [7].

Подвижность зубов в зависимости от степени тяжести заболевания пародонта обычно корректируется до проведения хирургического этапа лечения множеством терапевтических процедур, временными, полупостоянными и постоянными видами иммобилизации с прогнозированием стабильного положительного результата пародонтологического лечения [1, 9].

Несмотря на разнообразие методов шинирования зубов при пародонтите, стоматологи ежедневно сталкиваются с определенными трудностями при попытке сохранить зубы с подвижностью III–IV степени и, соответственно, улучшить качество жизни пациентов с пародонтитом [3].

Известно, что шинирование подвижных зубов может классифицироваться также и по расположению на наддесневые (традиционные) и подслизистые (накорневые) конструкции.

Предложенные авторами наддесневые методики фиксации подвижных зубов при лечении хронического генерализованного пародонтита активно используются стоматологами в повседневной практике [11]. Однако традиционные методы шинирования в комплексном лечении нередко оказываются неэффективными из-за неустойчивости зубов к жевательным нагрузкам, требуют значительного препарирования тканей зуба и зачастую приводят к ухудшению гигиены полости рта [6, 10].

Некоторыми авторами было предложено несколько видов поддесневого шинирования, позволяющих сохранить зубы с III–IV степенью подвижности, но их эффективность до сих пор остается спорной из-за травматичности и сложности этих методик. Накорневое



шинирование арамидной нитью относится к жесткой стабилизации шинируемых зубов и исключает естественную микроподвижность каждого шинируемого зуба и всей шинируемой группы зубов, при этом использование данной методики при тонком типе слизистой оболочки (по Суппле) может привести к некрозу мягких тканей [2]. К тому же наличие композитного материала в пришеечной области может грозить скоплением зубного налета, возникновением кариеса корней и воспаления тканей десны, приводя к значительной рецессии.

Для предупреждения преждевременной потери зубов, прикуса и физиологии пародонта подвижных зубов предложена методика подслизистого шинирования, применяемая в комплексе с лоскутными операциями по Видману—Нейману—Цешинскому.

Цель исследования — оценка эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени, используя метод подслизистого шинирования при проведении лоскутных операций.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе стоматологических клиник ГБОУ ВПО ТюмГМА и ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России.

Было обследовано и пролечено 32 пациента без тяжелой соматической патологии, 18 женщин и 14 мужчин в возрасте от 25 до 55 лет с диагнозом: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени при подвижности фронтальных зубов III—IV степени. Критерии включения: величина потери прикрепления (CAL) более 6 мм, кровоточивость десен, подвижность зубов III—IV степени, резорбция костной ткани альвеолярного отростка более 1/2—2/3 корня в области фронтального отдела зубов нижней челюсти, информационное согласие пациента.

Всем пациентам с хроническим генерализованным пародонтитом было проведено комплексное лечение, которое включало консервативные, хирургические и ортопедические методы лечения.

Подготовка пациентов к хирургическому лечению заключалась в проведении профессиональной гигиены полости рта, противовоспалительной терапии пародонта, обработки пародонтальных карманов с помощью лазера SIROLaser (фирма "SIRONA Dental Systems GmbH", Германия), Vector (фирма "Durr Dental", Германия) и устранении травматической окклюзии.

Больные были разделены на две группы: в первую группу входили 17 пациентов, которым проводилась лоскутная операция с костной пластикой с применением "Аллопланта" (№ 29317 от 25.07.2011, г. Уфа) и плазмы, обогащенной тромбоцитами, и с подслизистым шинированием, во вторую — 15 пациентов, которым проводилась лоскутная операция с пластикой и предварительным традиционным наддесневым шинированием ("Glass Span", "Ribbond").

Методика подслизистого шинирования подвижных зубов с III—IV степенью подвижности во фронтальном участке нижней челюсти (Патент № 2524780 от 16.06.2014) состояла из следующих этапов:

1. Для проведения местной инфильтрационной и проводниковой анестезии применяли 4% раствор артикаина, преимущественно Ultracain DS и DS Forte.

2. Проведение двух вертикальных разрезов в области клыков или премоляров с обеих сторон и по десневому краю и откидывание полных слизисто-надкостничных лоскутов с вестибулярных и оральных поверхностей.

3. Удаление поддесневых зубных отложений и грануляционной ткани, полирование поверхности корней зубов и обработка костного ложа с помощью кюрет, аппарата Pieson Scaler, пескоструйного аппарата Air Flow Handy 2 (EMS, Швейцария) и фрезы с мелкой насечкой.

4. Формирование с вестибулярной поверхности корней зубов на уровне верхней трети бороздок для подслизистой фиксации обвивной лигатуры из плетеного титанового тросика "Титанелл" (№ 33588 от 26.09.2012, ООО НПФ "Темп", г. Екатеринбург), состоящего из полифиламентной титановой нити диаметром 0,2 мм.

5. Проведение костной пластики альвеолярного отростка с применением биоматериала "Аллоплант" в сочетании с обогащенной тромбоцитами плазмой аутокрови пациента (в соотношении 1:3). Закрепление пластического материала свободными лоскутами аутонадкостницы из основания лоскутов.

6. Фиксация слизистых лоскутов на место и ушивание на уровне шеек зубов узловыми швами с использованием шовного материала Resopren 4/0.

Контрольные осмотры назначались на 2-е, 4-е и 7-е сутки после операции, снятие швов производилось на 10—14 сутки. Диспансерное наблюдение проводилось через 3, 6, 12 месяцев с использованием клинических и рентгенологических критериев эффективности лечения.

Результаты и обсуждение. Состояние после операции было удовлетворительным у пациентов обеих групп. Осложнений после вмешательства не наблюдалось. Сравнительный анализ показал, что через 3 месяца после операции у больных основной группы значительно уменьшились патологическая подвижность зубов и глубина пародонтальных карманов, сохранилась естественная микроподвижность зубов, отсутствовали жалобы на ухудшение качества жизни и затруднения гигиены полости рта, определялось незначительное отложение зубного налета. У пациентов группы сравнения отсутствовала естественная микроподвижность шинируемых зубов, наблюдалось значительное оголение корней и отложение зубного налета на шинирующей конструкции. При рентгенологическом исследовании через 6 месяцев у пациентов основной группы наблюдалось уменьшение

глубины костных карманов, нормализация костного рисунка. У пациентов группы сравнения при рентгенологическом исследовании очаги остеопороза чередовались с очагами остеосклероза. Этапы метода подслизистого шинирования подвижных зубов с III–IV степенью подвижности во фронтальном участке нижней челюсти (патент № 2524780 от 16.06.2014) изображены на рисунках 1–3.

Выводы. Оперативное вмешательство является достаточно сложным этапом комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени. При этом фиксация подвижных зубов на данной стадии заболевания считается неотъемлемой процедурой. Выбор типа шинирующей конструкции должен производиться индивидуально в каждой конкрет-

2. Меленберг Т.В. Системный подход к обоснованию новых методов лечения больных пародонтитом: дис. ... д-ра мед. наук. — Самара, 2012. — 348 с.

3. Перова Н.Ю., Бондаренко А.Н. Возможные ошибки и осложнения при временном шинировании подвижных зубов при пародонтите волоконными адгезивными шинами // Кубанский научный медицинский вестник, 2002. — № 4. — С. 27–29.

4. Янушевич О.О., Гринин В.М., Почтаренко В.А., Рунова Г.С. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинко-диагностические и лечебные аспекты. — М., 2010. — 168 с.

5. Baelum V., Lopez R. Periodontal disease epidemiology — learned and unlearned? // Periodontol 2000, 2013 Jun; 62 (1): 37–58.



ной клинической ситуации после тщательного обследования пациента и изучения состояния пародонта, что, в свою очередь, будет способствовать повышению эффективности лечения пародонтита и достижению высоких результатов в борьбе с патологической подвижностью зубов. Предлагаемый способ подслизистого шинирования позволяет сохранить фронтальные зубы нижней челюсти с III–IV степенью подвижности при лечении хронического генерализованного пародонтита, подслизисто зафиксировать зубы без травмы эмали, одновременно провести остеопластику альвеолярного отростка и обеспечить естественную микроподвижность шинируемых зубов без проведения наддесневого шинирования.

16

Литература

1. Жолудев С.Е., Делец А.В. Обоснование применения различных шинирующих конструкций при атрофических процессах в тканях пародонта (обзор литературы) // Проблемы стоматологии. — 2013. — № 4. — С. 16–22.

References

1. Zholudev S.E., Delets A.V. Obosnovanie primeneniya razlichnykh shiniruyushchikh konstruktssii pri atroficheskikh protsessakh v tkanyakh parodonta (obzor literatury). *Problemy stomatologii*, 2013, no. 4, pp. 16–22.

2. Melenberg T.V. *Sistemnyi podkhod k obosnovaniyu novykh metodov lecheniya bol'nykh parodontitom*. Dis. ... d-ra med. nauk. Samara, 2012. 348 p.

3. Perova N.Yu., Bondarenko A.N. Vozmozhnye oshibki i oslozhneniya pri vremennom shinirovaniy podvizhnykh zubov pri parodontite volokonnyimi adgezivnymi shinami. *Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik*, 2002, no. 4, pp. 27–29.

4. Yanushevich O.O., Grinin V.M., Pochtarenko V.A., Runova G.S. *Zabolevaniya parodonta. Sovremennyy vzglyad na kliniko-diagnosticheskie i lechebnye aspekty*. Moscow, 2010. 168 p.

5. Baelum V., Lopez R. Periodontal disease epidemiology — learned and unlearned? *Periodontol 2000*, 2013, vol. 62, no. 1, pp. 37–58.

6. Forabosco A., Grandi T., Cotti B. The importance of splinting of teeth in the therapy of periodontitis // *Minerva Stomatol.* 2006 Mar; 55 (3): 87–97.

7. Giannobile W.V., Braun T.M., Caplis A.K., Doucette-Stamm L., et al. Patient stratification for preventive care in dentistry // *J Dent Res.* 2013 Aug; 92 (8): 694–701.

8. Goellner M., Berthold C., Holst S., Petschelt A., Wichmann M., Schmitt J. Influence of attachment and bone loss on the mobility of incisors and canine teeth. *Acta Odontol Scand.* May-Jul; 71 (3-4): 656–663.

9. Mosedale R.F. Current indications and methods of periodontal splinting // *Dent Update.* 2007 Apr; 34 (3): 168–170.

10. Schulz A., Hilgers R.D., Niedermeier W. The effect of splinting of teeth in combination with reconstructive periodontal surgery in humans // *Clin Oral Investig.* 2000 Jun; 4 (2): 98–105.

11. Valyi P., Gorzo I. [Current splinting methods in dentistry I] // *Fogorv Sz.* 2003 Feb; 96 (1): 25–28.

6. Forabosco A., Grandi T., Cotti B. The importance of splinting of teeth in the therapy of periodontitis. *Minerva Stomatol.*, 2006 Mar, vol. 55, no. 3, pp. 87–97.

7. Giannobile W.V., Braun T.M., Caplis A.K., Doucette-Stamm L., et al. Patient stratification for preventive care in dentistry. *J Dent Res*, 2013 Aug, vol. 92, no. 8, pp. 694–701.

8. Goellner M., Berthold C., Holst S., Petschelt A., Wichmann M., Schmitt J. Influence of attachment and bone loss on the mobility of incisors and canine teeth. *Acta Odontol Scand*, 2013 May-Jul, no. 71 (3-4), pp. 656–663.

9. Mosedale R.F. Current indications and methods of periodontal splinting. *Dent Update*, 2007 Apr, vol. 34, no. 3, pp. 168–170.

10. Schulz A., Hilgers R.D., Niedermeier W. The effect of splinting of teeth in combination with reconstructive periodontal surgery in humans. *Clin Oral Investig*, 2000 Jun, vol. 4, no. 2, pp. 98–105.

11. Valyi P., Gorzo I. Current splinting methods in dentistry I. *Fogorv Sz*, 2003 Feb, vol. 96, no. 1, pp. 25–28.



Передовые технологии имплантации

ОТЛИЧНЫЕ ЦЕНЫ НА ИЗРАИЛЬСКИЕ ИМПЛАНТАТЫ AB DENTAL

AB Dental ведущая международная компания, специализирующаяся на разработке, производстве и продаже зубных имплантатов и других решений в области восстановления зубов, отвечающих самым высоким требованиям специалистов



г. Казань, ул. Петербургская, 26
(843) 570-68-86
mail@med1.rocadamed.ru

Н. Новгород, ул. Генкиной, 42/15
(831) 416-79-66, 416-79-65 (факс)
mail@med5.rocadamed.ru

г. Самара, ул. Мяги, д. 10 А, офис 315
моб. +7 987-158-75-40
тел. (846) 979-24-00,
979-24-12, 979-24-13
samara@rocadamed.ru

г. Чебоксары, ул. Тукташа, 7/8
(8352) 22-61-10
mail@med3.rocadamed.ru

г. Набережные Челны,
проспект Вахитова, 27,
офис 22 (Новый город, 18/10, офис 22)
(8552) 38-46-55, 38-47-88
mail@med6.rocadamed.ru

г. Тольятти,
ул. Юбилейная, д.40, офис 2013
тел.: (8482) 735-894, 735-895,
735-896
toljatti@rocadamed.ru

г. Ульяновск, ул. Орлова, 22
(8422) 44-03-64, 44-03-81
mail@med4.rocadamed.ru

г. Пенза,
проезд Володарского, д. 6, офис 206
Тел.: (8412) 98-90-30,
Факс: (8412) 66-06-05
penza@rocadamed.ru

Оптовый департамент
Рокда Мед
420100, г. Казань, Проспект Победы д.
204 В.
Тел.: (843) 294 -59 -75, 294-59-76
(факс).
mail@med2.rocadamed.ru

г. Москва,
ул. Дорожная, д. 54, корп. 5
(495) 225-14-84, 225-14-85
8-800-200-68-81
mail@med7.rocadamed.ru

г. Уфа,
ул. Революционная, д. 96/4, офис 403.
(347) 216-37-34
ufa@rocadamed.ru

г. Волгоград, ул. Невская, 4а; тел. +7 (8442)
33-93-25/35, факс: (8442) 33-89-94

г. Москва, Окружной проезд, д.8, стр.1;
тел. 8 (499) 963-50-92; моб. +7 (916)
830-12-11, +7 (929) 994-00-32

г. Ижевск, ул. Пушкинская, д.268; тел. +7
(3412) 313-014

г. Саратов, ул. Астраханская, д.43; тел. 8
(8452) 75-30-36, 75-30-06, 75-30-02,
744-028, 98-87-04

Республика Карелия, г. Петрозаводск, наб.
Голлинга, д.11; тел. +7 (8142) 57-58-80,
+7 (8142) 57-74-34

г. Воронеж, ул. Димитрова, д.47;
тел. +7 (4732) 24-61-46,
+7 (4732) 24-65-55, +7 (4732) 24-68-88

**RocadaTM
med**

Официальный импортер продукции
AB Dental Devices Ltd. в России

www.rocadamed.ru
www.ab-dent.com



Хирургическая стоматология

Назубное шинирование и внутрикостная фиксация при реплантации зубов (ближайшие клинические результаты)

А.В. Иващенко, к.м.н., ассистент

Д.В. Монаков, аспирант

В.А. Монаков, ассистент

И.М. Байриков, зав. кафедрой, д.м.н., профессор

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Самарского государственного медицинского университета

Для переписки:

443079, г. Самара, ул. Карла Маркса, 165 б

Тел.: +7 (846) 276-77-63;

+7 (927) 204-20-91

E-mail: IvashchenkoAVEG@rambler.ru

Резюме

В статье представлены ближайшие результаты реплантации зубов с использованием назубного шинирования и внутрикостной фиксации биодеградируемым материалом "LYOPLAST". Назубное шинирование осуществлялось проволоочной шиной в комплексе с фотокомпозитным материалом. При внутрикостной фиксации реплантированного зуба использовался штифт, изготовленный из аллотрансплантационного материала.

Ключевые слова: реплантация зубов, назубное шинирование, внутрикостная фиксация.

Tooth reconstruction and intraosseous fixation for replantation teeth

A.V. Ivashchenko, D.V. Monakov, V.A. Monakov, I.M. Bayrikov

Summary

The article presents the results of the next replantation of teeth with tooth splinting and intramedullary fixation of biodegradable materials "LYOPLAST". Tooth splinting carried wire bus in conjunction with light-curing material. When the intraosseous fixing tooth replanted unused pin made of allotransplantatsion material.

Keywords: replantation of teeth, tooth splinting, intraosseous fixation.

Одним из основных этапов реплантации зубов является закрепление их в лунке. К наиболее распространенным методам фиксации относится шинирование, которое позволяет снизить интенсивность и длительность воспалительных проявлений в области реплантируемого зуба, ведущих к его отторжению [1]. Назубное шинирование возможно с использованием различных видов нитей [9], адгезивных шин [5], волокон [7], вантового шинирования [4]. Различные виды съемных шин в большинстве случаев вызывают дискомфорт при длительном ношении, приводят к нарушению функции фонетики и жевания, а также к возникнове-

нию воспалительного процесса в местах контакта с поверхностью зуба из-за скопления зубного налета [10]. Еще одним недостатком съемных видов шинирующих конструкций, удлиняющих период реабилитации, является их неустойчивое крепление к зубам. Следствием неустойчивого крепления является нарушение первичной стабилизации реплантируемых зубов, и в результате — замедление процесса остеоинтеграции [11]. Использование несъемных шин затрудняет гигиенические процедуры и провоцирует воспалительный процесс в области послеоперационной раны. Тем не менее, авторы отмечают, что значительное повышение выносливости тканей пародонта у шинируемых зубов на вертикальную нагрузку достигается при использовании несъемной фиксации [6]. Известен способ внутрикостной фиксации реплантируемых зубов [8]. Авторы производили фиксацию реплантируемых зубов с применением эндодонто-эндоссальных имплантатов, изготовленных из различных материалов и металлических сплавов [3]. Возможна фиксация зубов с использованием остеопластических материалов [2].

Таким образом, литературный обзор методов фиксации при реплантации зубов показывает важность первичной стабильности реплантируемых зубов.

Цель исследования — провести сравнительный анализ ближайших результатов назубного шинирования и внутрикостной фиксации при реплантации зубов.

Материалы и методы. На клиническом примере показан ход оперативного вмешательства при реплантации с использованием внутрикостной фиксации. Пациентка Б., 35 лет, обратилась в клинику СамГМУ с жалобами на отсутствие коронковой части 2.2 зуба (рис. 1а). При рентгенологическом исследовании 2.2 зуба выявлена гранулема размером 3 мм (рис. 1б).

Перед операцией проведено восстановление коронковой части 2.2 зуба культевой вкладкой. В последующем зуб удалили без разрушения костных стенок лунки. На вкладку реплантируемого зуба установили назубный стабилизатор оси сверления перфорационного тоннеля в твердых тканях челюсти и зубе для фиксации реплан-



тируемого зуба биodeградируемым штифтом (патент РФ № 2421179) (рис. 2а). В области шейки 2.2 зуба установили резорбируемую мембрану (рис. 2б).

Выполнили резекцию верхушки корня с удалением гранулемы. Комплекс установили в лунку (рис. 3а). Произвели повторное сверление костной ткани через ранее созданный тоннель. В получившийся канал установили биodeградируемый штифт (патент РФ № 142352). Излишки штифта (рис. 3б) убрали в уровень с наружной кортикальной пластинкой.

Резорбируемую мембрану уложили под слизистую оболочку и ушили полиамидной нитью.

На 90-е сутки после операции произведено восстановление 2.2 зуба металлокерамической коронкой

(рис. 4а). На прицельной внутриротовой рентгенограмме, сделанной через год после операции, отмечалась полная резорбция внутрикостного штифта и восстановление структуры губчатой костной ткани в проекции верхушки корня с образованием периодонтального пространства (рис. 4).

На следующем клиническом примере показан ход оперативного вмешательства при реплантации с применением назубного шинирования. Пациент К., 26 лет, обратился в клинику СамГМУ с жалобами на боль при перкуссии 4.6 зуба. При рентгеновском обследовании на дистальном корне 4.6 зуба была обнаружена гранулема размером 4 мм (рис. 5а). По стандартной методике проводили операцию удаления 4.6 зуба (рис. 5б).



Рис. 1. Пациентка Б., 35 лет. Клиническая и рентгенологическая картина при поступлении в клинику ЧЛХ СамГМУ: а – 2.2 зуб, состояние до операции; б – внутриротовая рентгенограмма 2.2 зуба до операции



Рис. 2. Подготовка зуба к установке в альвеолярную ячейку: а – сверление канала для установки внутрикостного штифта; б – резорбируемая мембрана установлена на шейку резецированного зуба



Рис. 3. Этапы реплантации 2.2 зуба: а – установка 2.2 зуба в лунку; б – фиксация 2.2 зуба биodeградируемым штифтом



Рис. 4. Ближайшие результаты реплантации зуба, один год наблюдения: а – клиническая ситуация в полости рта; б – внутриротовой рентгеновский снимок 2.2 зуба



Рис. 5. Пациент К., 26 лет. Клиническая и рентгенологическая картина при поступлении в клинику ЧЛХ СамГМУ: а – внутриротовая рентгенограмма 4.6 зуба до операции; б – 4.6 зуб после удаления

После эндодонтического лечения и резекции верхушек корней 4.6 зуб был установлен в лунку (рис. 6а). В области шейки 4.6 зуба установили резорбируемую мембрану (рис. 6б), которую уложили под слизистую оболочку. Последнюю ушили полиамидной нитью.

Для фиксации 4.6 зуба применили назубное шинирование ортодонтической проволокой в комплексе с фотокомпозитами (рис. 7).

Результаты исследования. Наши исследования подтвердили, что два представленных метода обеспечивают надежную фиксацию реплантированных зубов. Внутрикостная фиксация не требовала вмешательства по поводу удаления фиксирующего элемента. В процессе исследования нами выявлена полная резорбция фиксирующего биодеградируемого штифта при внутрикостной фиксации. При использовании назубного шинирования требовалась коррекция назубной шины и ее снятие. Назубное шинирование было травматичным действием и не обеспечило оптимального гигие-

нического состояния оперированной зоны.

Выводы

1. Внутрикостная фиксация реплантируемых зубов упрощает ведение послеоперационной раны.
2. При внутрикостной фиксации реплантированных зубов отсутствует необходимость в удалении фиксирующего элемента, поскольку он является биодеградируемым.

Литература

1. Вещева Ю.Г. Новый взгляд на исследование проблемы шинирования зубов. Преимущества техники и материалов "Ribbond" / Ю.Г. Вещева и др. // Новое в стоматологии. — 2005. — № 7. — С. 79—82.
2. Воложин А.И., Холодов С.В., Краснов А.П. Поддесневая шина. Патент на изобретение RU 2334488 30.03.2007.
3. Гизатуллин Р.М., Арсеньев П.А., Борисенко Н.И., Гундеров Д.В., Гуфинкель Л.Н., Соков Л.П., Соков С.Л., Чеховой А.Н. Эндодонто-эндоссальная имплантация наноконпозиционными имплантатами с памятью формы в лечении больных деструктивными периодонтитами // Казанский медицинский журнал. — 2008. — Т. 89. — № 5. — С. 720—724.
4. Мамедова Л.А., Мурадов М.А. Способ шинирования зубов после реплантации // Новое в стоматологии. — 2005. — № 5. — С. 32—37.
5. Постников М.А. Способ аутоотрансплантации зубов при лечении зубочелюстных аномалий с применением препарата "литар". Патент № 2353329.
6. Салимов Т.М. Оптимизация адаптации армирующей ленты при шинировании зубов с помощью универсального устройства: дис. ... канд. мед. наук. / ГОУВПО "Казанский государственный медицинский университет". — Казань, 2010. — С. 108.
7. Салимов Т.М., Хитров В.Ю., Юрьева А.М., Шакиров Р.Р., Вафин И.Р. Универсальное устройство для шинирования зубов армирующими волоконными системами. Патент на изобретение RU 2338483 19.06.2006.
8. Секлетов Г.А. Особенности подготовки зуба к реплантации при полном вывихе зуба. — Стоматология. — 2008. — Т. 87. — № 1. — С. 83—84.
9. Сирак С.В., Федурченко А.В., Сирак А.Г., Мажаренко Т.Г. Способ удаления и реплантации зуба при лечении хронического периодонтита. Патент на изобретение RU 2326611 от 20.06.2008 г.
10. Хамадеева А.М., Филина А.И., Ганжа И.Р. Гигиена полости рта — базовый метод профилактики стоматологических заболеваний: Пособие для врачей и студентов стоматологического факультета. — Самара, СамГМУ, 2001. — С.72.
11. Хасанов Р.А. Алловитальная пересадка консервированных зубов // Мед. вестн. Башкортостана. — 2007. — № 6. — С. 60—65.



Рис. 6. Этапы реплантации 4.6 зуба: 6а — установка 4.6 зуба с резорбируемой мембраной в лунку (А — реплантированный зуб, Б — резорбируемая мембрана); 6б — состояние после наложения швов



Рис. 7. Рентгенологическая картина после реплантации 4.6 зуба, состояние через 1 год после операции



Рис. 8. Пациент К., 26 лет. История болезни № 321. Диагноз. Состояние после реплантации 4.6 зуба. 360-е сутки после операции

References

1. Veshcheva Yu.G. et al. Novyi vzglyad na issledovanie problemy shinirovaniya zubov. Preimushchestva tekhniki i materialov "Ribbond". *Novoe v stomatologii*, 2005, no. 7, pp. 79—82.
2. Volozhin A.I., Kholodov S.V., Krasnov A.P. *Poddesnevaya shina*. Patent na izobretenie RU 2334488 30.03.2007.
3. Gizatullin R.M., Arsen'ev P.A., Borisenko N.I., Gunderov D.V., Gufinkel' L.N., Sokov L.P., Sokov S.L., Chekhovoi A.N. Endodonto-endossal'naya implantatsiya nanokompozitsionnymi implantatami s pamyat'yu formy v lechenii bol'nykh destruktivnyimi periodontitami. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*, 2008, vol. 89, no. 5, pp. 720—724.
4. Mamedova L.A., Muradov M.A. *Sposob shinirovaniya zubov posle replantatsii*. *Novoe v stomatologii*, 2005, no. 5, pp. 32—37.
5. Postnikov M.A. *Sposob autotransplantatsii zubov pri lechenii zubochelestnykh anomalii s primeneniem preparata "litar"*. Patent № 2353329.
6. Salimov T.M. *Optimizatsiya adaptatsii armiruyushchei lenty pri shinirovanii zubov s*

pomoshch'yu universal'nogo ustroystva. Dis. ... kand. med. nauk. Kazan, 2010. P. 108.

7. Salimov T.M., Khitrov V.Yu., Yur'eva A.M., Shakirov R.R., Vafin I.R. *Universal'noe ustroystvo dlya shinirovaniya zubov armiruyushchimi volokonnyimi sistemami*. Patent na izobretenie RU 2338483 19.06.2006.

8. Sekletov G.A. Osobennosti podgotovki zuba k replantatsii pri polnom vyvikh zuba. *Stomatologiya*, 2008, vol. 87, no. 1, pp. 83—84.

9. Sirak S.V., Fedurchenko A.V., Sirak A.G., Mazharenko T.G. *Sposob udaleniya i replantatsii zuba pri lechenii khronicheskogo periodontita*. Patent na izobretenie RU 2326611 ot 20.06.2008.

10. Khamadeeva A.M., Filina A.I., Ganzha I.R. *Gigiena polosti rta — bazovyi metod profilaktiki stomatologicheskikh zabolevaniy: Posobie dlya vrachei i studentov stomatologicheskogo fakul'teta*. Samara, SamGMU Publ., 2001. P.72.

11. Khasanov R.A. Allovital'naya peresadka konservirovannykh zubov. *Med. vestn. Bashkortostana*, 2007, no. 6, pp. 60—65.

Стоматология

АСТЕОН

ПРОФЕССИОНАЛЬНО
ПРОФЕССИОНАЛАМ



Ультразвук
для профессионалов
от Satelec.
Широкий выбор

www.dent.ru, www.satelec.ru
E-mail: info@dent.ru, mail@dent.ru

Москва: (495) 781-00-76, 781-00-36.
Хабаровск: (4212) 460-070, 460-071



Детская стоматология

Выявление значимых факторов риска развития зубочелюстных аномалий у детей с использованием метода многомерной статистики

Резюме

Настоящая работа посвящена вопросу выявления наиболее значимых факторов риска развития зубочелюстных аномалий у детей с использованием метода многомерной статистики "Classification trees". По общепринятой методике, предложенной Т.Ф. Виноградовой, предусматривающей комплексную клиническую оценку состояния зубочелюстной системы, осмотрено 65 детей в возрасте от 2,5 до 5 лет (период временного прикуса).

Ключевые слова: факторы риска, зубочелюстные аномалии, метод многомерной статистики, временный прикус, частота встречаемости.

Multivariate statistical method of identification of risk factors for abnormalities of teeth and jaws in children

E.A. Oleynik, B.V. Trifonov, E.G. Denisova, M.P. Pogrebnaja, G.P. Gunkina

Summary

This essay is devoted to identification of risk factors for abnormalities of teeth and jaws in children by means of "Classification trees" within multivariate statistical method. The comprehensive clinical evaluation of teeth and jaws system was performed for the group of 65 children aged 2,5–5 (the deciduous dentition period) using the conventional method by T. Vinogradova.

Keywords: risk factors, abnormalities of teeth and jaws, multivariate statistical method, deciduous dentition, frequency.

Правильный зубной ряд является одним из факторов эстетического комфорта человека и формирования физиологической окклюзии зубных рядов. По мнению Г.Б. Оспановой (2000 г.), увеличение частоты аномалий прикуса у детей объясняется многими причинами, основной из которых следует считать эволюционный процесс редукции зубочелюстной системы и изменения ее функций. В процессе роста и развития черепно-лицевого скелета большое значение имеет функция жевательных мышц,

Е.А. Олейник, д.м.н., профессор кафедры стоматологии общей практики НИУ "БелГУ", главный врач МАУЗ "Детская стоматологическая поликлиника", г. Белгород

Б.В. Трифонов, д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии общей практики НИУ "БелГУ", директор МЦСИ НИУ "БелГУ", г. Белгород

Е.Г. Денисова, к.м.н., ассистент кафедры стоматологии общей практики ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

М.П. Погребная, зав. ортодонтическим отделением МАУЗ "Детская стоматологическая поликлиника", г. Белгород, врач высшей категории

Г.П. Гункина, зав. лечебно-хирургическим отделением МАУЗ "Детская стоматологическая поликлиника", г. Белгород, врач высшей категории

Для переписки:

Тел.: +7 (4722) 27-15-50

E-mail: anelee@mail.ru

зависящая от того, какую силу затрачивают жевательные мышцы на пережевывание пищи. Пища современного человека претерпела значительную трансформацию.

Употребляя переработанную, рафинированную пищу, современному человеку не требуется так напрягать свой жевательный аппарат, как это было раньше. Но это не единственный фактор эволюции, способствующий редукции жевательного аппарата [4, 5].

А.А. Зубов (1989) считает, что на поздних этапах антропогенеза к редукции жевательного аппарата приводят такие факторы эволюции, как общее ослабление отбора, ослабление аутбридинга.

Анализ наблюдений стоматологов во всем мире показал, что более 80% населения земного шара до 25 лет имеют аномалию расположения зубов, выраженную в той или иной степени. И от 35 до 60% из этого числа требуют вмешательства ортодонта. Что касается детей до 12 лет (т.е. до окончания формирования постоянного прикуса), то здесь лечения требует 70% детей [1, 2, 3, 6, 7]. Наиболее часто среди аномалий прикуса встречаются тесное положение зубов, деформация зубных рядов, нарушение смыкания зубов и соотношения челюстей.

Анализ данных литературы свидетельствует о большой вариабельности зубочелюстных аномалий на территории нашей страны, которая колеблется в пределах 11,4–71,7%. Эти данные достаточно противоречивы, так как авторы исследуют порой несопоставимые возрастные группы [1, 2, 3].

Цель исследования — изучить частоту встречаемости факторов риска, способствующих развитию зубочелюстных аномалий у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе МАУЗ "Детская стоматологическая поликлиника" г. Белгорода. По общепринятой методике, предложенной Т.Ф. Виноградовой, предусматривающей комплексную клиническую оценку состояния зубочелюстной системы, осмотрено 65 детей в возрасте от 2,5 до 5 лет



(период временного прикуса). Из специально разработанных медико-социальных паспортов, заполняемых матерями, выбирались данные, характеризующие развитие ребенка и состояние его здоровья в различные периоды жизни. Кроме того, дополнительно уточнялся ряд вопросов, касающихся особенностей течения беременности и родов у матери, характера питания и заболеваний ребенка на первом году жизни.

Результаты исследования. Согласно современным представлениям, зубочелюстные аномалии (ЗЧА) относятся к числу мультифакторных заболеваний, которые возникают в результате взаимодействия эндогенных и экзогенных факторов. В процессе анализа полученных результатов выделены следующие факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий: преждевременная утрата двух и более жевательных зубов, аномалии мягких тканей, вредные привычки, низкая масса тела ребенка при рождении, искусственное вскармливание, осложнения в родах, наследственная предрасположенность, хронические заболевания матери, нарушение функций, частые заболевания ребенка на 1-м году жизни.

Распространенность факторов риска представлена на рисунке 1.

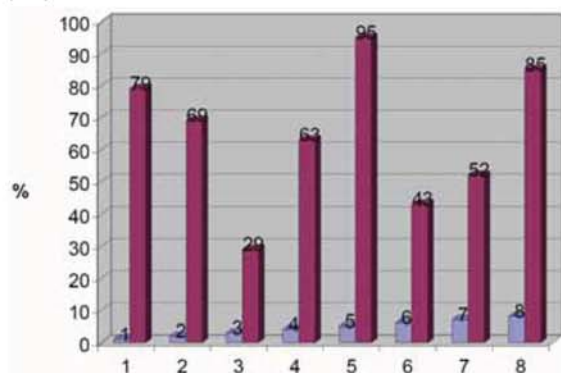


Рис. 1. Частота встречаемости факторов риска, способствующих развитию зубочелюстных аномалий

Примечание:

1 — аномалии мягких тканей; 2 — нарушение функций; 3 — вредные привычки; 4 — наследственная предрасположенность; 5 — частые заболевания ребенка на 1-м году жизни; 6 — искусственное вскармливание; 7 — хронические заболевания матери; 8 — осложнения во время беременности и родов.

Такой фактор развития зубочелюстной патологии как "частые заболевания ребенка на 1-м году жизни" оказался наиболее распространенным и составил 95%. Родители 62 пациентов при анкетировании подтвердили тот факт, что их дети часто болели на первом году жизни. Вторым по распространенности фактором риска развития ЗЧА является фактор "Осложнения в родах", который констатировали в 85% случаях (55 чел.). Далее следует фактор "аномалии мягких тканей", который встречался в 78%

случаях (51 чел.). Причем аномалия уздечки верхней губы диагностирована у 28 пациентов (55%), нижней губы — у 15 человек (29%). Аномалия уздечки языка встречалась в 16% случаях (8 чел.). Такие факторы риска как "нарушение функций", "наследственная предрасположенность", "хронические заболевания матери" были представлены в 69% (45 чел.), 63% (41 чел.), 52% (34 чел.) случаях соответственно.

Из медико-социального паспорта было выявлено, что 27 детей из 65 (42%) находилось на искусственном вскармливании.

Для определения значимых факторов риска использовался метод многомерной статистики, называемый "Деревья классификации" (Classification trees). Факторы риска развития зубочелюстной патологии выявлялись при сборе анамнеза у родителей и вносились в карты исследования. Для сравнения были выбраны две группы: 1 группа — дети в возрасте 2,5–5 лет, не имеющие пока зубочелюстной патологии. Методом случайного отбора для формирования группы 2 было выбрано 65 человек с зубочелюстными аномалиями.

Вероятность ошибки при данном алгоритме составила 25%, что объясняется наличием качественных переменных и их небольшим количеством.

Выводы. Метод многомерной статистики, называемый "Деревья классификации" (Classification trees), позволил нам оценить значимость факторов риска (переменных) для прогноза развития зубочелюстных аномалий. Такие факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий как "аномалии мягких тканей", частые заболевания ребенка на первом году жизни, "осложнения в родах" оказались наиболее значимыми для прогноза.

Литература

1. Аверьянов С.В., Чуйкин О.С. Распространенность и структура зубочелюстных аномалий у детей крупного промышленного города / С.В. Аверьянов // Dental Forum. — 2009. — № 2. — С. 28–32.
2. Чуйкин О.С., Аверьянов С.В., Гунаева С.А. Распространенность зубочелюстных аномалий и определение факторов риска у детей, проживающих в крупном промышленном городе / О.С. Чуйкин // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2010. — Т. 9. — № 1. — С. 69–72.
3. Романов Д.О. Распространенность, профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у детей Краснодарского края: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Краснодар, 2010.
4. Zubov A.A. Odontologiya. — M., 1968. — 199 с.
5. Zubov A.A. Odontologiya v sovremennoy antropologii / A.A. Zubov, N.I. Khaldeeva. — M.: Nauka, 1989. — 232 с.
6. Bernabe E. Intensity and extent of oral impacts on daily performances by type of self-perceived oral problems / E. Bernabe, G. Tsakos, A. Sheiham // Eur. J. Oral. Sci. — 2007. — Vol. 115. — P. 111–116.
7. Cristensen L.B. Consumption of dental services among adults in Denmark 1994–2003 / L.B. Cristensen, P.E. Petersen, M. Steding — Jessen // Eur. J. Oral. Sci. — 2007. — Vol. 115. — P. 174–179.
4. Zubov A.A. Odontologiya. Moscow, 1968. 199 p.
5. Zubov A.A., Khaldeeva N.I. Odontologiya v sovremennoi antropologii. Moscow, Nauka Publ., 1989. 232 p.
6. Bernabe E., Tsakos G., Sheiham A. Intensity and extent of oral impacts on daily performances by type of self-perceived oral problems. Eur. J. Oral. Sci., 2007, vol. 115, pp. 111–116.
7. Cristensen L.B., Petersen P.E., Steding — Jessen M. Consumption of dental services among adults in Denmark 1994–2003. Eur. J. Oral. Sci., 2007, vol. 115, pp. 174–179.

References

1. Averiyanov S.V., Chuikin O.S. Rasprostranennost' i struktura zubochelystnykh anomalii u detei krupnogo promyshlennogo goroda. Dental Forum, 2009, no. 2, pp. 28–32.
2. Chuikin O.S., Averiyanov S.V., Gunaeva S.A. Rasprostranennost' zubochelystnykh anomalii i opredelenie faktorov riska u detei, prozhivayushchikh v krupnom promyshlennom gorode. Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika, 2010, vol. 9, no. 1, pp. 69–72.
3. Romanov D.O. Rasprostranennost', profilaktika i lechenie zubochelystnykh anomalii i deformatsii u detei Krasnodarskogo kraia. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Krasnodar, 2010.



Детская стоматология

Изучение клинических и гистологических особенностей гингивита в детском возрасте

Резюме

В статье дается детальная оценка характера, распространенности и патогенеза воспалительного процесса в пародонте у детей и подростков 7–16 лет г. Ставрополя, механизма его формирования в период сменного и постоянного прикуса.

Результаты проведенного авторами исследования свидетельствуют, что воспалительный процесс в тканях пародонта у детей 7–16-летнего возраста в основном имеет клинические проявления в виде хронического локализованного гингивита.

По результатам морфологического исследования, развитие хронического воспаления у детей сопровождается образованием в слизистой оболочке десны и межзубного сосочка эрозий и язв с выраженной перифокальной воспалительной реакцией.

Полученные данные подтверждают необходимость обязательного включения в комплексную программу лечения детей с гингивитом медикаментозных препаратов, предотвращающих прогрессирование воспалительного процесса в тканях пародонта.

Ключевые слова: детский возраст, воспаление, гингивит, пародонт, патанатомия.

Study of clinical and histological features of gingivitis in children

A.A. Pavlov, V.M. Vodolatskiy

Summary

In article presents detailed estimate of character, prevalence and pathogeny of inflammatory process in parodontium of Stavropol' children and teenagers 7–16 age; mechanism it forming in period of removable and permanent occlusion on basis of results of research.

Results of research testify that inflammatory process in fabrics parodontium at children 7–16 summer age mainly has clinical displays chronic localized gingivitis.

By results of morphological research development of a chronic inflammation is accompanied by formation in a mucous membrane of a gum and an interdental nipple of erosion and ulcers with expressed perifocal inflammatory reaction.

The obtained data confirms necessity of obligatory inclusion for the complex program of treatment of children with gingivitis



А.А. Павлов,
ассистент



В.М. Водолацкий, зав.
кафедры стоматологии
детского возраста,
д.м.н., профессор

Ставропольский государственный медицинский университет

Для переписки:

Тел.: +7 (962) 449-89-90; +7 (865) 226-52-76
E-mail: aleksejpa@yandex.ru, mpv.st@yandex.ru

the medicamentous preparations preventing progressing of inflammatory process in fabrics parodontium.

Keywords: infancy, inflammation, gingivitis, parodontium, pathologic anatomy.

Развитие воспалительных заболеваний пародонта в детском возрасте имеет свои характерные проявления, обусловленные своеобразием общего обмена веществ, возрастными особенностями развивающейся зубочелюстной системы ребенка, выраженной причинно-следственной связью с основными стоматологическими заболеваниями и соматической патологией [2, 3, 9, 10].

Клинические данные подтверждают невосполнимый ущерб, наносимый здоровью молодого человека болезнями пародонта [1, 5, 6, 7], что сопровождается очень быстрым нарушением специфических и интегральных физиологических функций, осуществляемых с участием челюстно-лицевой области и отличается крайне неблагоприятным прогнозом [4, 8, 11].

Проводимое лечение гингивита у детей во многом зависит от характера воспалительного процесса в тканях пародонта.

Цель исследования — определение основных и патоморфологических особенностей воспалительного процесса в пародонте у детей.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования 314 детей и подростков г. Ставрополя (159 мальчиков и 155 девочек) в возрасте от 7 до 16 лет.

С целью выявления характера и распространенности воспалительного процесса в тканях пародонта применялась окраска десны раствором Шиллера-Писарева. Степень развития воспалительного процесса в тканях пародонта определялась по индексу РМА в модификации Парма (А.И.



Грудянов, О.А. Зорина, 2009).

Интенсивность заболевания пародонта определялась с помощью оценочного критерия индекса КПИ (П.А. Леус, 1988). Степень воспаления десны анализировалась с помощью индекса кровоточивости Мюлеманна (H.R. Muhlemann, S. Son, 1971) в модификации Коуэлл (C.R. Cowell et al., 1975).

Для морфологического и гистохимического исследования использовали участки слизистой оболочки десневого края, взятые с согласия пациентов и их родителей у детей с воспалительными заболеваниями пародонта. Исследование морфологической структуры слизистой оболочки десны и межзубного сосочка проводилось с использованием окраски гематоксилином и эозином.

Результаты исследования заносились в разработанную индивидуальную карту обследования детей. Полученные результаты исследования анализировались методом вариационной статистики по Стьюденту с помощью компьютерной программы "Statistica 5".

Результаты и обсуждение. Распространенность воспалительных заболеваний пародонта среди детей 7–16 лет была практически одинаковой среди мальчиков и девочек и определялась в $74,30 \pm 2,47\%$ наблюдений. В период сменного прикуса частота развития воспалительных заболеваний пародонта достигала наибольшего значения ($82,22 \pm 2,85\%$), достоверно превышая среднестатистический показатель распространенности данной патологии ($P < 0,05$). В группе детей с постоянным прикусом показатель распространенности воспалительного процесса в тканях пародонта был существенно меньше $58,2 \pm 4,83\%$ ($P < 0,05$).

Воспалительный процесс в тканях пародонта во всех наблюдениях соответствовал клиническим проявлениям гингивита, который у $1,33 \pm 0,76\%$ детей имел признаки острого течения и в $98,67 \pm 0,76\%$ наблюдений — хронического.

Хронический гингивит у $93,73 \pm 1,62\%$ детей протекал с признаками катарального и в $6,27 \pm 1,62\%$ наблюдений — гипертрофического воспалительного процесса, частота которого в период сменного прикуса равнялась $2,69 \pm 1,08\%$ и постоянного — $3,59 \pm 1,25\%$ ($P < 0,05$).

Хронический катаральный гингивит достоверно чаще отмечался в период сменного прикуса ($62,33 \pm 3,24\%$). У детей с постоянным прикусом развитие хронического катарального гингивита определялось в $31,39 \pm 3,27\%$ наблюдений ($P < 0,05$).

Распространенность хронического катарального гингивита у $76,68 \pm 1,56\%$ детей имела локализованный характер и только в $17,04 \pm 2,52\%$ наблюдений отмечались признаки генерализованного воспалительного процесса ($P < 0,05$).

Локализованный характер хронического катарального гингивита определялся чаще в сменном прикусе ($51,12 \pm 3,35\%$). У детей с постоянным прикусом его показатель был существенно ниже и равнялся $25,56 \pm 2,92\%$ ($P < 0,05$).

Развитие генерализованного хронического катарального гингивита в сменном прикусе ($11,21 \pm 2,11\%$) заметно пре-

вышало частоту его формирования у детей с постоянным прикусом — $5,83 \pm 1,57\%$ ($P < 0,05$).

Легкая степень хронического катарального гингивита ($59,19 \pm 3,29\%$) преобладала над средней степенью тяжести заболевания ($34,53 \pm 3,18\%$). Показатель развития легкой степени хронического гингивита у детей со сменным прикусом ($39,01 \pm 3,27\%$) существенно превышал его значение в группе детей, имеющих постоянный прикус — $20,18 \pm 2,69\%$ ($P < 0,05$).

Средняя степень хронического катарального гингивита определялась чаще в сменном прикусе ($23,32 \pm 2,83\%$), и значительно реже регистрировалась у детей с постоянным прикусом — $11,21 \pm 2,11\%$ ($P < 0,05$).

Обострение хронического катарального гингивита, установленное в $5,38 \pm 1,51\%$ наблюдений, преимущественно отмечалось в период сменного прикуса ($4,04 \pm 1,39\%$) (табл. 1).

В процессе гистологического исследования слизистой оболочки десны и межзубного сосочка определялись не характерные для многослойного плоского эпителия десны признаки паракератоза и гиперкератоза. В эпителии десны развивалась гидропическая и баллонная дистрофия клеток, десквамация погибших клеток, очаги некроза. Клетки базального слоя призматической формы, целостность базальной мембраны сохраняются. В собственной пластинке слизистой оболочки отмечался отек и сосудистые нарушения: полнокровие сосудов, стазы, мелкие периваскулярные геморрагии.

В подлежащих тканях пародонта выявлялись отек, сосудистые нарушения и диффузная воспалительная инфильтрация (рис. 1).

В инфильтрате преобладали нейтрофильные лейкоциты, в меньшем количестве встречались лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги.

Воспалительный процесс со слизистой оболочки межзубного сосочка переходил на подлежащую ткань, которая была разрыхлена с признаками дезорганизации соединительной ткани. Ее коллагеновые волокна были набухшими, гомогенизированными и фрагментированными. Коллагеновые фибриллы тонкие, нежные, слабо эозинофильные. Капилляры грануляционной ткани расширены, полнокровные с явлениями стаза, сладжирования эритроцитов и наличием красных тромбов в просветах вен. Грануляционная ткань диффузно инфильтрирована лейкоцитами.

В диффузно инфильтрированных лейкоцитами отежных тканях пародонта определялись лимфоциты, макрофаги, плазматические клетки. Между инфильтратами отмечалось диффузное разрастание соединительной ткани с развитием склеротических изменений.

Заключение. Воспалительный процесс, определяемый в пародонте у $74,30 \pm 2,47\%$ детей 7–16-летнего возраста, имел в подавляющем большинстве наблюдений клинические проявления хронического гингивита ($98,67 \pm 0,76\%$) и редко — признаки острого воспаления ($1,33 \pm 0,76\%$). Хронический гингивит чаще всего протекал с явлениями

катарального локализованного воспаления легкой и средней степени тяжести ($93,73 \pm 1,62\%$). Развитие хронического гипертрофического гингивита у детей представляло редкую форму воспалительного процесса в пародонте

Таблица 1. Клинические проявления гингивита у детей в период сменного и постоянного прикуса

Характер гингивита	Количество детей с заболеванием пародонта				всего	
	сменный прикус		постоянный прикус			
	Абс.	M±m, %	Абс.	M±m, %	Абс.	M±m, %
Острый катаральный гингивит лёгкой степени генерализованный	3	1,33±0,73			3	1,33±0,73
Хронический катаральный гингивит лёгкой степени локализованный	69	30,53±2,99*	38	16,81±2,43*	107	47,35±3,25*
Хронический катаральный гингивит лёгкой степени генерализованный	18	7,96±1,76*	7	3,10±1,13*	25	11,21±2,05*
Хронический катаральный гингивит средней степени локализованный	37	16,37±2,41*	17	7,52±1,71*	54	23,89±2,77*
Хронический катаральный гингивит средней степени генерализованный	6	2,65±1,07	5	2,21±0,95	11	4,66±1,37
Хронический гипертрофический гингивит лёгкой степени локализованный	6	2,65±1,07	7	3,10±1,13	13	5,50±1,48
Хронический гипертрофический гингивит средней степени генерализованный			1	0,44±0,44	1	0,44±0,44
Обострение хронического катарального гингивита средней степени локализованного	8	3,54±1,23*	2	0,88±0,62*	10	4,42±1,37*
Обострение хронического катарального гингивита средней степени генерализованного	1	0,44±0,44	1	0,44±0,44	2	0,88±0,62
Всего	148	65,48±3,16*	78	34,52±3,16*	226	

* достоверность различий — $P < 0,05$.

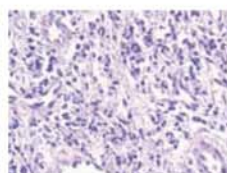


Рис. 1. Диффузная воспалительная инфильтрация пародонта. Окраска: гематоксилином и эозином. $\times 100$

($6,27 \pm 1,62\%$). Хронический характер течения воспалительного процесса подтверждали результаты морфологического исследования слизистой оболочки десны и межзубного сосочка.

Выводы. Полученные данные о высокой распространенности воспалительных заболеваний пародонта у детей ($74,30 \pm 2,47\%$) подтверждают необходимость включения в комплексную программу лечения воспалительных заболеваний пародонта медикаментов, предотвращающих генерализацию гнойного воспаления в тканях пародонта.

Литература

1. Артюшкевич, А.С. Заболевания пародонта / А.С. Артюшкевич. — М.: Медицина, 2006. — 328 с.
2. Герберт, Вольф Ф. Пародонтология / Вольф Ф. Герберт, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак. — 2010. — 541 с.
3. Грудянов, А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. — М., 2009. — 331 с.
4. Детская терапевтическая стоматология: учеб. пособие для студентов стоматол. фак-та и врачей-интернов / под ред. В.И. Куцевляк. — Балаклея: ИИК "Балаклеящина", 2002. — 420 с.
5. Онтогенетическая оценка общих механизмов устойчивости организма к патологии зубочелюстной системы / А.В. Брагин, В.В. Колпаков, О.А. Куман, Л.Н. Евдокимова, Е.В. Мамчиц // Рос. стоматол. журн. — 2008. — № 5. — С. 23–26.
6. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. — М.: МИА, 2004. — 320 с.
7. Персин Л.С. Стоматология детского возраста / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова. — М.: Медицина, 2006. — 640 с.
8. Стоматология профилактическая: учебник / Л.Ю. Орехова, С.Б. Улитовский, Т.В. Кудрявцева, Е.Д. Кучумова, О.А. Краснослободцева, Т.В. Порхун. — М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. — 272 с.
9. Терапевтическая стоматология. В 2 ч. / под ред. Г.М. Барера [и др.] — Ч. 2. Болезни пародонта. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 224 с.
10. Черкашин Д.С. Оценка эффективности консервативного лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом / Д.С. Черкашин, Э.Ш. Григорович, Р.В. Городилов // Ин-т стоматологии. — 2009. — № 1. — С. 68.
11. Taubman, M.A. The new concept of periodontal disease pathogenesis requires new and novel therapeutic strategies / M.A. Taubman, T. Kawai, X. Han // J. Clin. Periodontol. — 2007. — Vol. 34, № 5. — P. 367–369.

References

1. Artyushkevich A.S. *Zabolevaniya parodonta*. Moscow, Meditsina Publ., 2006. 328 p.
2. Wolf H.F., Rateitschak E.M., Rateitschak K.H. *Parodontologie*. Stuttgart, New York, Thieme Publ., 2003. 532 p. (Russ. ed.: Vol'f G., Rateitskhak E.M., Rateitskhak K. *Parodontologiya*. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2008. 541 p.)
3. Grudyanov A.I. *Zabolevaniya parodonta*. Moscow, 2009. 331 p.
4. Kutsevlyak V.I. (Ed.). *Detskaya terapevticheskaya stomatologiya: ucheb. posobie dlya studentov stomatol. fak-ta i vrachei-internov*. Balakleya, Balakleishchina Publ., 2002. 420 p.
5. Bragin A.V., Kolpakov V.V., Kuman O.A., Evdokimova L.N., Mamchits E.V. Ontogeneticheskaya otsenka obshchikh mekhanizmov ustoichivosti organizma k patologii zubochelyustnoi sistemy. *Ros. stomatol. zhurn*, 2008, no. 5, pp. 23–26.
6. Grigor'yan A.S., Grudyanov A.I., Rabukhina N.A., Frolova O.A. *Bolezni parodonta. Patogenez, diagnostika, lechenie*. Moscow, MIA Publ., 2004. 320 p.
7. Persin L.S., Elizarova V.M., D'yakova S.V. *Stomatologiya detskogo vozrasta*. Moscow, Meditsina Publ., 2006. 640 p.
8. Orekhova L.Yu., Ulitovskii S.B., Kudryavtseva T.V., Kuchumova E.D., Krasnoslobodtseva O.A., Porhun T.V. *Stomatologiya profilakticheskaya: uchebnik*. Moscow, GOU VUNMTs Publ., 2005. 272 p.
9. Barer G.M. et al. (Eds.). *Terapevticheskaya stomatologiya. V 2 ch. Ch. 2. Bolezni parodonta*. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2008. 224 p.
10. Cherkashin D.S., Grigorovich E.Sh., Gorodilov R.V. Otsenka effektivnosti konservativnogo lecheniya bol'nykh khronicheskim generalizovannym parodontitom. *Institut stomatologii*, 2009, no. 1, p. 68.
11. Taubman M.A., Kawai T., Han X. The new concept of periodontal disease pathogenesis requires new and novel therapeutic strategies. *J. Clin. Periodontol*, 2007, vol. 34, no. 5, pp. 367–369.

**TRADE IN* • МЕНЯЕМ СТАРОЕ
НА НОВОЕ**



PHARMADENTAL

10 лет

Vatech

В РОССИИ



**ПРИВОЗИ
СТАРЫЙ
ОРТОПАНТОМОГРАФ**

**УВОЗИ
НОВЫЙ
КОМПЬЮТЕРНЫЙ
ТОМОГРАФ**

ЗВОНИТЕ СЕЙЧАС +7 495 645 2047



*Предложение антикризис. С февраля 2015 года компания Фармадентал меняет любой ортопантомограф в любом состоянии бывший в употреблении на новый компьютерный томограф фирмы Vatech Ю. Корея, гарантия 3 года. Расчет взаимозачета: панорамные рентгены Kodak, Sirona, Gendex, Soredex, Villa, Vatech и т. д. – 10000\$. Оценка состояния оборудования не производится. Любые возникшие у вас вопросы можно задать специалисту по контактному телефону или получить контакты на свой телефон, распознав qr-код.

AirFloss



Очищение межзубных промежутков

Одним нажатием



Функция
Auto-burst

Распыление каждую
секунду при нажатии



Уникальная
воздушно-капельная
технология

Philips Sonicare AirFloss

Самый простой способ очищения
межзубных промежутков*

www.philips.ru

* По сравнению с ирригаторами для полости рта ведущих производителей.
Kress S, Kaler A, Wei J. In-home use test to evaluate ease of use for Philips Sonicare AirFloss versus Reach string floss and Waterpik Ultra Water Flosser. Philips consumer testing. Data on file, 2010.

PHILIPS

Реклама

Московская
Международная



Стоматологическая
В ы с т а в к а

MosExpoDental



Гостиный Двор
Москва

- 9** Московская Международная Стоматологическая Выставка
- 230** компаний-участников выставки
- 10 000** посетителей-специалистов в области стоматологии
- 8** -й Московский Международный Конгресс Стоматологов
- 1 500** участников конгресса
- 5** конференц залов - образование во всех направлениях стоматологии

Генеральный
информационный
партнер



Тел.: +7 (495) 698 12 52
Факс: +7 (495) 698 12 75

e-mail: info@mosexpodental.com
www.mosexpodental.com



Стратегический
информационный
партнер



Эпидемиология

Состояние пародонта у пациентов с суперинвазионным описторхозом в условиях гиперэндемического очага (Среднее Приобье)

Резюме

Выявлены структурные изменения десны (пародонта) у больных описторхозом длительностью инвазии более 15 лет с многочисленными повторными заражениями. Установлено, что пародонтит у населения гиперэндемического очага встречается в 85,38% обследуемых, у пациентов с суперинвазионным описторхозом (СО) — в 98,74% наблюдений. В группе умерших с СО обнаружен преимущественно толстый биотип пародонта (96,4%) за счет утолщения эпителиального покрова и соединительной ткани десны. Отмечены гиперплазия базального, шиповатого и зернистого слоев эпителия; роговая дистрофия эпителиоцитов выражена слабо, глубиной 1–2 слоя клеток. Воспаление десны характеризуется преобладанием продуктивных реакций с разрушением периодонта. Инициатором воспаления являются многочисленная микрофлора, а также метаболиты и яйца *Opisthorchis felinus*.

Ключевые слова: биотипы пародонта, пародонтит, описторхоз суперинвазионный, Среднее Приобье.

The condition of periodontium with patients having superinvasive opisthorchiasis in the hyperendemic circumstances (The Middle Ob region)

L.A. Ivanova, E.D. Khadieva, I.V. Ivanov, V.G. Bychkov

Summary

The structural changes of gingiva (periodontium) with patients having opisthorchiasis, with the invasion lasting for more than 15 years with numerous repeated infections, are revealed in the research. It is established that the periodontitis in the population of the hyperendemic center is observed in 85,38% of the examined, with patients suffering from superinvasive opisthorchiasis — in 98,74% of supervision. In the group of the deceased with SO mainly thick biotype of periodontium was found (96,4%) at the expense of thickening of an epithelial cover and connective tissue of gingiva. Hyperplasia of basal, spinous and granular layers of an epithelium is noted; horn dystrophy of epitheliocytes is expressed weakly, with the depth of 1–2 cell layers. The inflammation of gingiva is characterized by prevalence of productive reaction with the destruction of periodontium. The initiator of an inflammation is the numerous microbiota, and also metabolites and *Opisthorchis felinus* eggs.

Keywords: biotypes of periodontium, periodontitis, superinvasive opisthorchiasis, Middle Ob region.

Л.А. Иванова, заслуженный врач РФ, к.м.н., доцент, зав. кафедрой стоматологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО "Тюменская государственная медицинская академия" МЗ РФ

Е.Д. Хадиева, к.м.н., ассистент кафедры судебной медицины и патологической анатомии ГБОУ ВПО "Ханты-Мансийская государственная медицинская академия" ХМАО-Югры, зав. патолого-анатомическим отделением Ханты-Мансийской ОКБ

И.В. Иванов, заведующий отделением ООО "Стоматологическая поликлиника № 3", г. Тюмень

В.Г. Бычков, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической анатомии ТюмГМА

Для переписки:

E-mail: gsp31@yandex.ru

Пародонтит — мультифакториальное воспалительное заболевание, в развитии которого основное место отводится микроорганизмам, первоначально располагающимся в зубной бляшке [5]. В понимании этиологии любой нозологической единицы предусматривается выявление не только того, "чем вызвано заболевание", но и "при каких условиях" оно возникло и развивается [6]

В контексте возникновения и развития воспаления пародонта установлены многочисленные условия, при которых общепатологический процесс трансформируется в нозологическую форму: анатомические особенности пародонта, состояние местного и общего иммунитета, генетические, социальные и другие факторы. Безусловно, индуцирующим фактором воспаления является инфект, причем установлено, что в развитии болезни играет главную роль ассоциативный симбиоз микроорганизмов и доминантная флора, разделенные на 2 группы: пародонтопатогены I порядка — *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivatis*, *Tannerella forsythia*. К пародонтопатогенам II порядка отнесены грамотрицательные анаэробные бактерии: *Prevotella intermedia nigrescens*, *Treponema denticola*, *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium nucleatum*, *Wollinella recta*; грамположительные — *Str. intermedius*, *Peptostreptococcus nuscros* и некоторые представители *Actinomyces*. Однако в полости рта выявлен генетический материал более 700 видов микроорганизмов, причем половина из них являются некультивируемыми формами, то есть их роль в поражении органов полости рта неизвестна [1, 2, 9, 15, 16].

Патология органов полости рта постоянно наблюдается в сочетании с соматическими заболеваниями, существенно влияющими на течение и исход воспаления, нередко основное заболевание создает условия для развития пародонтита и его осложнений [9, 11, 18, 20, 21].

Западная Сибирь, включающая территорию Обь-Иртышского бассейна, является эндемичной по описторхозу.



Описторхоз — системное заболевание, вызываемое трематодой *Opisthorchis felinus* Rivolta, 1884. В настоящее время заболеваемость описторхозом населения гиперэндемичного очага составляет 606,5 на 100 тысяч населения, то есть в 27 раз больше, чем в РФ (22,6 на 100 тысяч); пораженность населения в Ханты-Мансийском автономном округе достигает 20,0% [17].

Особенностью этого паразитарного заболевания населения Среднего Приобья является суперинвазионная форма гельминтоза — суперинвазионный описторхоз (СО), при котором человек (хозяин) заражается личинками паразита при употреблении в пищу рыб семейства карповых многократно, десятки и даже сотни раз в год. Длительное паразитирование трематод в печени и поджелудочной железе вызывает разнообразные патологические процессы в органах не только производных энтодермы, но и других эмбриональных закладок (легкие, сердце и т.д.). Особенно грубые нарушения при суперинвазионном описторхозе выявлены в органах пищеварительной системы [3, 12].

У больных суперинвазионным описторхозом со средним сроком инвазии более 18 лет в возрасте 30–56 лет пародонтит встречается у 91,8% пациентов, что в 1,6 раза чаще (58,06%) по сравнению с лицами без инвазии [13].

Установлено, что при сочетании суперинвазионного описторхоза и хронического генерализованного пародонтита микробиота пародонтальных карманов отличается многоочленностью и включает как резидентную флору, так и ассоциативные варианты: *Helicobacter pylori* и разнообразные виды симбионтов *Opisthorchis felinus* [7, 9].

В процессе прогрессирования пародонтита на фоне СО имеет большое значение состояние оксидантной системы тканей. У пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести выявлены усиления процессов перекисидации липидов, повышение содержания первичных (диеновые конъюгаты) и вторичных (шиффовые основания) продуктов ПОЛ и депрессия антиоксидантной системы [8].

Анализ литературы, посвященной патогенезу пародонтита, показал системный механизм воспаления, характерный для данного общепатологического процесса: альтерация, экссудация и пролиферация с чередованием доминирования этих реакций [5].

Цель исследования — выявить частоту поражения пародонта, особенности его строения, патоморфологию воспаления у пациентов с суперинвазионным описторхозом (СО) в условиях гиперэндемичного очага (Среднего Приобья).

Материал и методы исследования. Обследовано 238 пациентов с СО (I группа) длительностью инвазии более 15 лет и 152 человека без инвазии (II группа), проживающих в гиперэндемичном очаге описторхоза. Средний возраст контингента I группы составил 46,13 лет, II группы — 47,64 лет. Биоптаты десен (34) фиксировали в 10% нейтральном формалине (рН — 7,0–7,2), заливали в парафин, гистологические срезы (5 мкм) окрашивали гематоксилином и эозином по Сличенко и ван Гизон. Выявляли общую структуру десны, количественную характеристику шиповатого слоя, вычисляли

($M \pm m$) — средняя ошибка по Стьюденту, толщину эпителиального покрова. Индекс пролиферации эпителия (I) определяли, используя антитела к Ki-67, по формуле:

$I = n/N \cdot 100\%$, где n — число меченых ядер, N — общее число ядер в базальном и шиповатом слоях в поле зрения микроскопа. Подсчеты производили при об. х 100, ок. х 15 в 10 полях зрения.

Биотип пародонта определяли у 56 трупов лиц с СО, погибших от случайных причин, средний возраст 48,34 года, использовали тонкий стальной ример № 20 или пародонтологический зонд. Прокол осуществлялся в области центральных резцов верхней челюсти в пределах прикрепленной десны на 1 мм апикальнее дна десневой борозды.

При подсчете рядов клеток шиповатого слоя покровного эпителия десны более 6,5 характеризовали как толстый биотип, менее 6,5 — тонкий биотип. При толщине десны более 1 мм биотипы относили к толстым, 1 мм и менее — к тонким [19].

Результаты исследования и обсуждение. У пациентов I группы (СО) при осмотре органов полости рта отмечались желтушность мягкого неба (76,47%), отечность слизистых оболочек щек и языка (49,16%), кровоточивость десен (25,29%). Воспаление пародонта выявлено у 235 пациентов (98,74%), лица без инвазии имели воспаление в 64,47% (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных с хроническим пародонтитом с сопутствующим СО и без инвазии

№ п/п	Пародонтиты, варианты	Число	%	Больные СО (n=238)		Лица без инвазии (n=152)	
				Число	%	Число	%
1	пародонтит	333	85,38	235	98,74	98	64,47
2	хронический генерализованный	289	86,79	227	96,60	62	63,27
	а) легкой степени тяжести	101	34,95	47	20,70	54	87,10
	б) средней степени тяжести	188	65,05	180	79,30	8	12,90
3	хронический локализованный	44	13,21	8	3,40	36	36,73

Данные таблицы 1 свидетельствуют, что пародонтиты у населения Среднего Приобья наблюдаются в 85,38%, причем у больных описторхозом воспаление десен наблюдается в 1,53 раза чаще по сравнению с лицами без глистной инвазии; у лиц I группы преобладают генерализованные варианты воспаления средней степени тяжести, во II группе — легкой степени.

Десна пациентов с СО покрыта многослойным плоским эпителием с тонкой полоской рогового слоя, который наблюдается не на всем протяжении исследуемого материала. Отмечается активная пролиферация эпителиальных клеток в виде узких и широких акантотических тяжей (рис. 1) и наплывов на поверхности из эпителиоцитов с перинуклеарной вакуолизацией цитоплазмы (рис. 2). Проллиферативная активность по Ki-67 составляет 3,8%–14,6% (рис. 3).

Статистический анализ шиповатого слоя позволил заклю-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

чить, что число рядов этого слоя варьировало с 8 до 23, $M=18,7\pm 1,2$, в 5 наблюдениях число рядов этого слоя составило $6,28\pm 0,34$.

Воспалительная инфильтрация в десне выражена в виде лимфоцитов, единичных нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, макрофагов. Экссудативный компонент во всех случаях гингивита и пародонтита представлен слабо. В хронической стадии воспаления преобладают продуктивные реакции в десне и пародонте в целом. На поверхности десны возникают грубые сосочковые вегетации, покрытые низким эпителиальным слоем (рис. 4). Характерной особенностью гингивита и пародонтита у больных СО является формирование воспалительных инфильтратов из лимфоцитов, плазматических клеток и эозинофильных лейкоцитов в виде лент или шнуров, направленных вглубь десны, периодонта с разрушением последнего.

Нам встретилось 2 наблюдения гигантоклеточного (гранулематозного) пародонтита у пациентов с ГЭРБ в сочетании с хроническими язвами желудка на фоне СО и алкогольной болезнью в стадии пьянства. При жизни у пациентов постоянно наблюдались выраженные дуодено-гастральный и гастро-эзофагеальный рефлюксы, рвота желчью. При морфологическом исследовании десны выявлен хронический

продуктивный пародонтит и гигантоклеточная гранулема с диффузными скоплениями гранул метаболитов *Opisthorchis felinus* размером до 3,2 мкм и многочисленные деградированные яйца описторхисов. Яйца и метаболиты фагоцитируются макрофагами, формируются неупорядоченные гигантские многоядерные клетки (рис. 5). В инфильтрате преобладают плазмоциты (66,2%), лимфоциты (14,3%), эозинофильные гранулоциты (7,3%) и другие клеточные элементы (12,2%). В другом случае выявлен язвенный пародонтит со слабо выраженной лимфоидной инфильтрацией и скоплениями метаболитов в виде конгломератов размером более 4,3 мкм с деструкцией ткани десны (рис. 6).

Таким образом, у населения гиперэндемичного очага описторхоза преобладает толстый тип пародонта, достоверно чаще встречается поражение в форме хронического продуктивного воспаления средней степени тяжести; в экзистивных случаях могут быть гранулематозные варианты, этиологически связанные с метаболитами *Opisthorchis felinus* и яйцами паразитов.

Литература

1. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. — М.: Мед. книга, 2001. — 304 с.

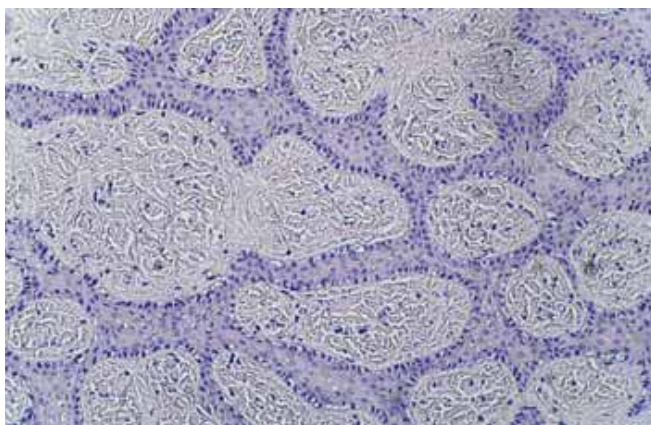


Рис. 1. Акантотические разрастания эпителия десны. Окр. гематоксилином и эозином, x200

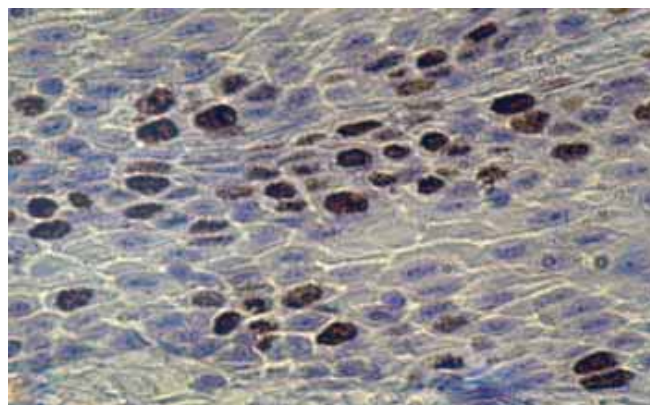


Рис. 3. Высокая пролиферативная активность шиповатого слоя. Иммуногистохимическая реакция с антителами к Ki-67, x200

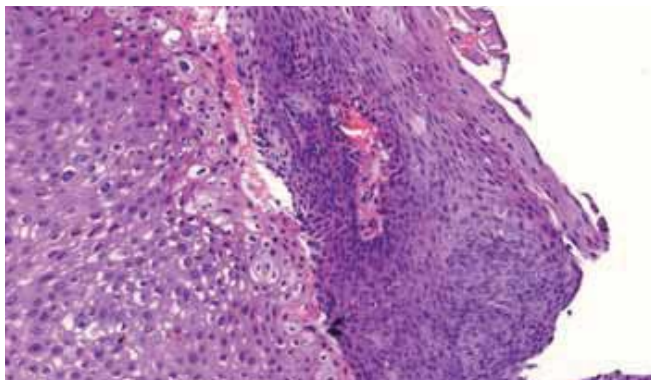


Рис. 2. Проплиферация эпителиоцитов с перинуклеарной вакуолизацией цитоплазмы. Неоангиогенез внутри эпителиальных напластований. Окр. гематоксилином и эозином, x200

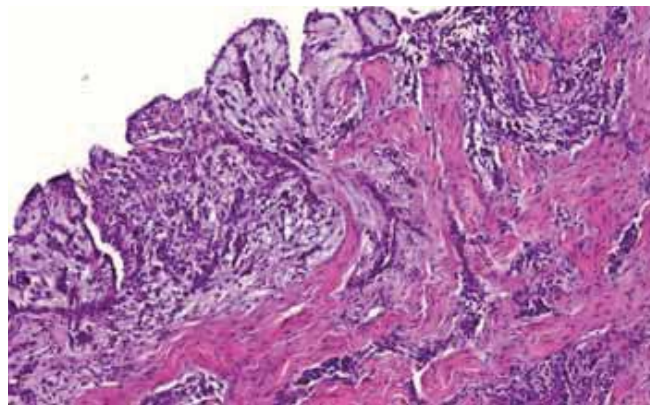


Рис. 4. Хронический продуктивный пародонтит у больного с суперинвазивным описторхозом (биоптат). Окр. гематоксилином и эозином, x200

2. Бухарин И.В., Лобакова Е.С., Перунова Н.Б. и др. Симбиоз и его роль в инфекции. — Екатеринбург: ИКВС УрО РАН, 2011. — С. 108—111.
3. Бычков В.Г., Иванова Л.А., Хадиева Е.Д. и др. Структурные преобразования внутренних органов при суперинвазивном описторхозе. Материалы научно-практической конференции. — Челябинск, 2012. — С. 53—55.
4. Бычков В.Г., Куликова С.В., Иванова Л.А. и др. Иммунное воспаление при суперинвазивном описторхозе: патология сердца и пародонта. Материалы IV Всероссийского съезда патологоанатомов. — Белгород, 2013. — С. 22—24.
5. Груданов А.К., Орехова Л.Ю. Анатомия и гистология пародонта. Классификация заболеваний пародонта. Терапевтическая стоматология / Национальное руководство. — М., 2009. — С. 463—467.
6. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине. Этиология. — М., 1962. — 162 с.
7. Иванова Л.А., Плотицкий А.О., Ступников А.О. и др. Микробиота ротовой полости у больных суперинвазивным описторхозом. Инфекция и иммунитет. Материалы X съезда Всероссийского Научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. — М., 2012. — С. 363.
8. Иванова Л.А., Соловьева О.Г., Куликова С.В., Мамонтова М.С. Динамика активности перекисидации липидов, эндогенных фосфо-

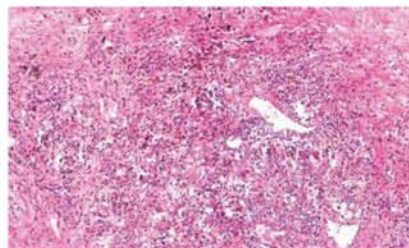


Рис. 5. Гранулематозный гигантоклеточный пародонтит, гранулы метаболитов и деградированные яйца описторхисов. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$

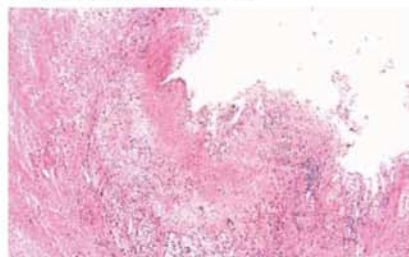


Рис. 6. Эрозивный гингивит с единичными гранулами метаболитов описторхисов. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$

References

1. Borovskii E.V., Leont'ev V.K. *Biologiya polosti rta*. Moscow, Med. kniga Publ., 2001. 304 p.
2. Bukharin I.V., Lobakova E.S., Perunova N.B. et al. *Simbioz i ego rol' v infektsii*. Yekaterinburg, IKVS UrO RAMN Publ., 2011, pp. 108—111.
3. Bychkov V.G., Ivanova L.A., Khadieva E.D. et al. *Strukturnye preobrazovaniya vnutrennikh organov pri superinvazionnom opistorkhoze. Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii*. Chelyabinsk, 2012, pp. 53—55.
4. Bychkov V.G., Kulikova S.V., Ivanova L.A. et al. *Immunnoe vospalenie pri superinvazionnom opistorkhoze: patologiya serdtsa i parodonta. Materialy IV Vserossiiskogo s'ezda patologoanatomov*. Belgorod, 2013, pp. 22—24.
5. Grudyanov A.K., Orekhova L.Yu. *Anatomiya i gistologiya parodonta. Klassifikatsiya zabolevaniy parodonta. Terapevticheskaya stomatologiya. Natsional'noe rukovodstvo*. Moscow, 2009, pp. 463—467.
6. Davydovskii I.V. *Problemy prichinnosti v meditsine. Etiologiya*. Moscow, 1962. 162 p.
7. Ivanova L.A., Plotnikov A.O., Stupnikov A.O. et al. *Mikrobiota rotovoi polosti u bol'nykh superinvazionnym opistorkhozom. Infektsiya i immunitet. Materialy X s'ezda Vserossiiskogo Nauchno-prakticheskogo obshchestva epidemiologov, mikrobiologov i parazitologov*. Moscow, 2012, p. 363.
8. Ivanova L.A., Solov'eva O.G., Kulikova S.V., Mamontova M.S. *Dinamika aktivnosti peroksidatsii lipidov, endogennykh fosfolipaz i antioksidantov pecheni, legkikh i parodonta pri eksperimental'nom superinvazionnom opistorkhoze. Materialy II Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Aktualnye voprosy meditsiny"*. Baku, 2013, pp. 138—139.
9. Ivanova L.A., Khadieva E.D., Ivanov I.V. et al. *Sostoyaniye parodonta i slyunnykh zhelez pri superinvazionnom opistorkhoze. Allergologiya i immunologiya. XVIII Mezhdunarodnyi Kongress po reabilitatsii v meditsine i immunoreabilitatsii*. London, 2013, vol. 14, no. 1, p. 40.
10. Ivanyushko T.P., Tumbitskaya L.V., Donnikov A.E. *Issledovanie patogennykh mikroorganizmov metodom PtsR v real'nom vremeni u bol'nykh parodontitom*. *Stomatologiya*, 2011, vol. 90, no. 5, pp. 22—26.

11. Kazarina L.N., Vdovina L.V., Dubrovskaya E.N. *Vliyaniye preparata meksidol na sostoyaniye perisnogo oksleniya lipidov i aktivnost' antioksidantnoi sistemy zhidkosti v polosti rta u bol'nykh khronicheskimi generalizovannym parodontitom i arterial'noi hipertenziei*. *Stomatologiya*, 2010, vol. 89, no. 2, pp. 18—21.
12. Krylov G.G. *Superinvazionnyi opistorkhoz: pato- i morfogenezy oslozhnennykh form i mikst-patologii*. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. — Tyumen, 2005. — 45 s.
13. Lomova O.L., Ron' G.I. *Osobennosti techeniya zabolevaniy slizistoy obolochki polosti rta i parodonta u patsientov s khronicheskoy opistorkhoznoy invaziei*. *Problemy stomatologii*. — 2011. — № 2. — С. 24—26.
14. Maksimovskaya L.N., Dzhamaalidinov T.D., Sokolova M.A. *Sostoyaniye mikrotsirkulyatsii tkani desny u patsientov s vospalitel'nymi zabolevaniyami parodonta na fone razlichnykh GERB*. *Stomatologiya dlya vseh*. — 2011. — № 1. — С. 14—17.
15. Nikolaeva E.N., Tsarev V.N., Ippolitov E.B. *Parodontopatogennyye bakterii — indikatory riska vozniknoveniya i razvitiya parodontita (chast' I)*. *Stomatologiya dlya vseh*. — 2011. — № 3. — С. 4—9.
16. Nikolaeva E.N., Tsarev V.N., Ippolitov E.B. *Parodontopatogennyye bakterii — indikatory riska vozniknoveniya i razvitiya parodontita (chast' II)*. *Stomatologiya dlya vseh*. — 2011. — № 4. — С. 4—7.
17. Ostapenko N.A., Guzeva T.M. *Sovremennaya situatsiya po biogelmintozam v Khanty-Mansiyskom avtonomnom okruge — Yugre*. *Med. parazitologiya i parazitarnye bolezni*. — S-Info, 2013. — № 4. — С. 47—51.
18. Pavlov N.B., Sokhov S.T. *Vliyaniye soputstvuyushchikh zabolevaniy na rasprostraneniye stomatologicheskikh zabolevaniy v raznykh vozrastnykh gruppakh naseleniya*. *Stomatologiya dlya vseh*. — 2011. — № 4. — С. 24—27.
19. Sarkisyan V.M. *Anatomo-topograficheskie osobennosti prikrepennoy keratinizirovannoy desny i ikh izmeneniya pri provedenii implantatsii*. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — M., 2012. — 25 s.
20. Khadieva E.D., Ivanova L.A., Kulikova S.V. et al. *Strukturnye preobrazovaniya vnutrennikh organov i tkanei polosti rta pri superinvazionnom opistorkhoze. Sbornik materialov III nauchno-prakticheskoi konferentsii patologoanatomov DVFO*. Khabarovsk, 2012. — С. 278—281.
21. Khalafin Kh.N. *Osobennosti razvitiya zabolevaniy parodonta u bol'nykh kishchnymi parazitami*. *Parodontologiya*. — 2009. — № 3 (52). — С. 21—24.



Эпидемиология

Стоматологическая заболеваемость молодых работников градообразующих предприятий с опасными условиями труда

Резюме

На основании детального обследования стоматологического статуса 195 работников градообразующих предприятий с опасными условиями труда в возрастной группе до 34 лет представлена высокая потребность в лечении и протезировании молодых работников в качестве обоснования ведомственной программы стоматологической профилактики на предприятиях атомной промышленности.

Ключевые слова: промышленные предприятия, опасные условия труда, молодые работники, стоматологическая заболеваемость.

Dental disease of young workers factory towns with hazardous working conditions

E.E. Olesov, E.Y. Khavkina, V.D. Reva, A.E. Olesov, R.M. Khamzatov, D.A. Bronshtein, S.A. Zaslavskiy

Summary

Based on a detailed survey of the dental status of 195 workers factory towns with dangerous working conditions in the age group up to 34 years represented a high need for treatment and prosthetics young workers as justification for departmental programs dental prophylaxis in the nuclear industry.

Keywords: industrial plants, hazardous working conditions, young workers, dental diseases.

Профилактика стоматологических заболеваний является приоритетным направлением работы стоматологической службы ФМБА России. В большинстве городов с градообразующими предприятиями атомной и химической промышленности созданы условия для систематической профилактики кариеса и заболеваний пародонта в детских организованных коллективах. Высока доступность стоматологической помощи для работников предприятий с опасными условиями труда.

Однако, в современных экономических условиях существующие нормативные документы не предусматривают обязательной санации полости рта работникам предприятий, в связи с чем появляется необходимость в разработке ведом-

Е.Е. Олесов, к.м.н., ассистент кафедры клинической стоматологии и имплантологии ИПК ФМБА России
Е.Ю. Хавкина, зам. руководителя ФМБА России
В.Д. Рева, ректор ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России
А.Е. Олесов, д.э.н., профессор, зав. кафедрой экономики и маркетинга в здравоохранении ИПК ФМБА
Р.М. Хамзатов, аспирант кафедры клинической стоматологии и имплантологии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России
Д.А. Бронштейн, к.м.н., докторант кафедры клинической стоматологии и имплантологии ИПК ФМБА России
С.А. Заславский, д.м.н., профессор кафедры стоматологии РМАПО

Для переписки:

123098, г. Москва, ул. Гамалеи 15, кор. 1
Тел.: +7 (499) 196-08-07
E-mail: olesov_georgiy@mail.ru

ственной программы стоматологической профилактики для работников с опасными условиями труда. В первую очередь, актуально обоснование потребности в лечении и профилактике стоматологических заболеваний среди младших возрастных групп работников [1, 4, 5].

Материал и методы. Из архива модифицированных карт для оценки стоматологического статуса работников вредных и опасных производств, существующего в ФМБА России в соответствии с Приказом ФМБА России № 53 от 05.03.07 г. "О совершенствовании оказания стоматологической помощи работникам организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда в условиях проведения модернизации службы в 2008–2010 гг.", отобраны 195 карт работников в возрасте до 34 лет.

Проведен анализ распространенности и интенсивности кариеса, заболеваний пародонта и других стоматологических заболеваний для обоснования потребности в стоматологическом лечении и протезировании у молодых работников с опасными условиями труда (ОУТ) на предприятиях, медицинское обслуживание которых организует ФМБА России [2, 3, 6].

Результаты исследования. У большинства обследованных отсутствуют признаки поражения кожных покровов челюстно-лицевой области или увеличенные лимфоузлы. Вместе с тем, среди работников с ОУТ встречались такие заболевания красной каймы губ как заеда, хейлит (в том числе герпетический, метеорологический) (K13.0 Болезни губ, B00.2 Герпетический гингивостоматит) (4,1% среди работников 20–34 лет).

Распространенность проявлений патологии височно-нижнечелюстного сустава (K07.6 Болезни височно-нижнечелюстного сустава) значительна среди обследованных (4,9%) (рис. 1). Чаще всего среди признаков патологии ВНЧС выявлялись болезненность и хруст во время пальпации сустава при открывании рта. При этом, как правило, обнаруживались окклюзионные нарушения в виде множественного кариеса окклюзионных поверхностей зубов, вторичных деформаций зубных рядов в связи с отсутствием зубов.



Распространенность заболеваний слизистой оболочки рта (K12 Стоматит и родственные поражения) составляет у работников с ОУТ 20–34 лет, 1,6%. По локализации поражения слизистой оболочки относились в основном к слизистой щек и языка.

Распространенность некариозных поражений зубов (K03.0 Повышенное стирание зубов, K03.1 Сошлифовывание зубов, K03.2 Эрозия зубов) составляет среди работников с ОУТ 20–34 лет, 25,0%. В структуре некариозных поражений во всех группах преобладают клиновидные дефекты, затем патологическая стираемость, затем эрозия эмали (соответственно 7,8%, 7,8%, 9,6%).

Распространенность кариеса (K02 Кариес зубов) практически тотальна.

Индекс КПУ (интенсивность кариеса) равен $10,4 \pm 2,1$. В структуре КПУ зубы, пораженные кариесом, составляют $3,5 \pm 0,5$; запломбированные зубы — $6,0 \pm 1,0$; количество удаленных зубов — $0,9 \pm 0,1$. Среди зубов, признанных при осмотре подлежащими лечению кариеса, значительное число были запломбированные зубы с рецидивом кариеса (37,6%).

Большие пломбы (ИРОПЗ по Миликевичу $>0,5$) были характерны для 36,0% пациентов и 15,1% пломб. 43,3% обширных пломб укреплялись металлическими анкерными штифтами.

По данным ортопантограмм (ОПГ), у 62,1% молодых работников выявляются зубы после эндодонтического лечения. Обращает внимание значительное количество эндодонтически леченых зубов с некачественной obturацией каналов многокорневых зубов, в том числе с очагами периапикального воспаления (68,4%). В расчете на 1 обследованного было $1,9 \pm 0,2$ эндодонтически леченых зубов, при этом некачественным признано лечение $1,3 \pm 0,1$ зубов.

Распространенность заболеваний пародонта у молодых работников составляет 74,6% (K05 Гингивит и болезни пародонта по МКБ-10).



Рис. 1. Распространенность стоматологических заболеваний у молодых работников градообразующих предприятий с ОУТ

References

1. Golub' A.A. *Optimizatsiya diagnostiki i lecheniya stomatologicheskikh zabolevaniy u studentov*. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Ufa, 2010. 22 p.
2. Kuz'mina E.M. *Profilaktika stomatologicheskikh zabolevaniy*. Moscow, 2003. 216 p.
3. Kuz'mina E.M. *Stomatologicheskaya zabolevaemost' naseleniya Rossii*. Moscow, 2009. 236 p.
4. Loboda E.S. *Obosnovanie profilakticheskoy programmy zabolevaniy parodonta u lits molodogo*

Intensivnost' заболеваний пародонта по индексу CPI составляет $3,3 \pm 0,3$. В структуре CPI кровоточивость десен занимает $1,3 \pm 0,2$ сегментов; зубной камень — $1,3 \pm 0,2$ сегментов; пародонтальные карманы — $0,7 \pm 0,2$ сегментов.

При оценке индекса гигиены ИГР-У у большинства обследованных выявлена недостаточная гигиена, при которой показатель соответствует нижней границе удовлетворительного уровня ($1,7 \pm 0,1$).

Ввиду несвоевременного протезирования выявлено 9,9% лиц с вертикальным или горизонтальным смещением зубов в сторону дефекта зубного ряда.

Резорбция межзубных костных перегородок вследствие пародонтита (в подавляющем числе наблюдений на 1/3 корня зуба), по данным ОПГ, встречается у 27,4% молодых работников.

Пользователями зубными протезами являются 9,9% обследованных. Среди обследованных не выявлено лиц со съемными протезами. Одиночные или объединенные искусственные коронки встречаются в количестве $0,2 \pm 0,1$ на 1 обследованного, мостовидные протезы характерны в количестве на 1 обследованного $0,1 \pm 0,01$. Ввиду небольшого срока эксплуатации протезов их качество признано удовлетворительным.

Заключение. Стоматологический статус молодых работников градообразующих предприятий с опасными условиями труда характеризуется высокой распространенностью и интенсивностью стоматологических заболеваний, что обуславливает большую потребность в стоматологическом лечении и протезировании. Отмечается значительная доля обследованных с недостаточным качеством лечения и несвоевременным протезированием, что можно объяснить не только недостаточной квалификацией врачей-стоматологов, но и ограниченными возможностями оплаты современных видов замещения дефектов зубов и зубных рядов (керамических вкладок и мостовидных протезов).

Литература

1. Голубь А.А. Оптимизация диагностики и лечения стоматологических заболеваний у студентов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Уфа, 2010. — 22 с.
2. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. — М., 2003. — 216 с.
3. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. — М., 2009. — 236 с.
4. Лобода Е.С. Обоснование профилактической программы заболеваний пародонта у лиц молодого возраста с деформирующими дорсопатиями: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2010. — 17 с.
5. Олесова В.Н., Хавкина Е.Ю., Берсанов Р.У., Бекижева Л.Р., Олесов А.Е. Новые организационные решения проблемы совершенствования стоматологической помощи вахтовым работникам // Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2011. — № 3 (35). — С. 87–88.
6. Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России. — М., 2009. — 228 с.

vozhnaya s deformiruyushchimi dorsopatiyami. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Saint Petersburg, 2010. 17 p.

5. Olesova V.N., Khavkina E.Yu., Bersanov R.U., Bekizheva L.R., Olesov A.E. Novye organizatsionnye resheniya problemy sovershenstvovaniya stomatologicheskoy pomoshchi vakhtovym rabotnikam. *Ekonomika i menedzhment v stomatologii*, 2011, vol. 35, no. 3, pp. 87–88.

6. Yanushevich O.O. *Stomatologicheskaya zabolevaemost' naseleniya Rossii*. Moscow, 2009. 228 p.



Ортопедическая стоматология

Применение имплантатов малого диаметра как опоры для немедленной функциональной нагрузки одиночными коронками в узких мезио-дистальных расстояниях между зубами и при вестибуло-оральном дефиците костной ткани



А.И. Королев, зав. зубо-протезным отделением ГАУЗ ЯО КБ № 2 г. Ярославля, ассистент кафедры клинической стоматологии 2 ГБОУ ВПО ЯГМУ ГБОУ Минздрава России



О.А. Петрикас, профессор кафедры ортопедической стоматологии с курсом имплантации зубов ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава

Резюме

В статье рассмотрены преимущества применения мини-имплантатов как опоры для немедленной функциональной нагрузки одиночными коронками в узких мезио-дистальных расстояниях между зубами и при вестибуло-оральном дефиците костной ткани. Представлен клинический случай, этапы операции мини-имплантации.

Ключевые слова: мини-имплантаты (МИ), атрофия верхней и нижней челюстей, одиночные коронки.

The use of the minor diameter implants as support for immediate functional load by individual crowns in narrow mezio-distal distances between teeth and of vestibulo-oral deficit of bone tissue

A.I. Korolev, O.A. Petrikas

Summary

The article discusses the points of use mini-implants as support for immediate functional load individual crowns in narrow mezio-distal distances between teeth and of vestibulo-oral deficit of bone tissue; clinical situation, stages of operation mini-implantation.

Keywords: mini-implants, atrophy of upper and lower jaws, single crowns.

с другой — достаточно часто сопряжено с многочисленными подготовительными хирургическими операциями. Это в первую очередь связано с недостаточным качеством и количеством костной ткани в предполагаемых областях установки имплантатов и, как следствие, с отсутствием условий для установления постоянных имплантатов стандартного диаметра и длины.

Современная стоматология располагает методами лечения, которые способны решать обозначенные выше проблемы. К ним относится использование мини-имплантатов в качестве средств для немедленного восстановления отсутствующих зубов. Мини-имплантаты представляют собой тонкие титановые штифты, на которые осуществляется надежная, долговременная фиксация временных и постоянных коронок.

В отличие от денальных имплантатов, противопоказаний для мини-имплантации почти нет, эта техника применима даже у пожилых пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями. Мини-имплантаты доступны по цене и устанавливаются в короткие сроки. Несмотря на указанные преимущества данный вид медицинского вмешательства пока еще не получил должного распространения в стоматологической практике.

Использование упрощенной хирургической безлоскутной методики, соответственно уменьшение количества оперативных вмешательств, особенно у пожилых пациентов, является неоспоримым преимуществом применения денальных мини-имплантатов. В этой связи основное внимание отдается одноэтапной имплантации, что во многих случаях является предпочтительным, а иногда и единственно возможным методом лечения. Среди ученых и практиков-стоматологов в последнее время сформировалось убеждение, что

В практике врача-стоматолога часто встречается ситуация, при которой пациент теряет только 1 зуб, при этом все соседние зубы остаются интактными. Чаще всего это происходит в переднем отделе нижней челюсти.

Применение традиционных имплантатов у таких больных, с одной стороны, является необходимым условием для восстановления зубочелюстной системы,



более широкое использование мини-имплантатов в практическом здравоохранении позволило бы значительно сократить контингент больных, страдающих от пользования съемных протезов, сохранить костную ткань в условиях длительного пользования ими и повысить качество жизни пациентов.

Установка дентальных мини-имплантатов отличается от других видов стоматологического лечения упрощенным хирургическим и ортопедическим протоколом, высокой предсказуемостью результатов и низкой стоимостью.

Если для обычной традиционной имплантации необходимо наличие плотной кости и оптимальной ширины альвеолярного гребня, то небольшой диаметр мини-имплантатов не лимитируется этими условиями. Вся процедура, включающая постановку 2-х имплантатов, а также фиксацию на них временных коронок, занимает 40–60 минут, после чего пациент получает готовый результат.

Материалы и методы

В данном случае мы используем мини-имплантаты диаметром 1,8 мм и длиной 13 мм с агрессивным кончиком, что позволяет нам добиться лучшей первичной стабильности в кости благодаря тому, что при установке мини-имплантатов зачастую не требуется препарирования костного ложа имплантата на всю длину. Так как имплантат сам имеет агрессивный апекс, он может сам нарезать себе путь в кости, тем самым не разрушая, а раздвигая остеоны, что также благоприятно влияет на его первичную стабильность.

К нам обратилось 68 человек, имеющих потерю 1 зуба. В ходе клинического и рентгенологического обследования определены показания к установке мини-имплантатов и изготовлению временных коронок прямым способом.

Результаты

Нами установлено 68 имплантатов на верхнюю и нижнюю челюсти в передней и боковой областях.

Возраст пациентов варьировал от 25 до 58 лет, однако большая часть — 40 человек (59%) — в возрасте 25 — 40 лет. 7 пациентов (10,5%) — в возрасте 50 — 58 лет. 21 пациент (31%) — в возрасте 40 — 50 лет. Среди пациентов женщин было больше, чем мужчин — 69% против 31%. На верхней челюсти установлено 17 имплантатов (25%), на нижней — 51 (75%). По длине все имплантаты были 10 мм — 5 шт. (7,5%) и 13 мм — 63 шт. (92,5%), по диаметру 1,8 мм — 60 шт. (88%), 2,1 мм — 8 шт. (12%).

Оценку использования пациентами протезов с опорой на имплантаты проводили по модифицированному опроснику качества жизни SF36 в течение 5 лет. Из 68 человек, получивших лечение при помощи мини-имплантатов, все отметили улучшение качества жизни.

Клинический случай

Пациентка 35 лет обратилась с жалобами на отсутствие переднего нижнего зуба, нарушение эстетики улыбки. Объективно — отсутствует 31 зуб, удаление произведено 8 месяцев назад, грубо, с повреждением альвеолярного отростка переднего отдела нижней челюсти. 32, 33 и 41, 42, 43 зубы интактны. Ширина альвеолярного отростка в области отсутствующего зуба в вестибуло-оральном направлении 3,8 мм, в мезио-дистальном — 3,7 мм при улыбке видны зубы на верхней челюсти с 14 по 24, и на нижней челюсти с 34 по 44.

Диагноз: частичная вторичная адентия 31 зуба, 2-й класс по Гаврилову, 4-й класс по Кеннеди.

Варианты лечения: классика — а) изготовление частичного съемного протеза на 1 зуб с кламмерной фиксацией на здоровых зубах; б) мостовидный протез с опорой на 43, 42, 41 и 32, 33 зубы (с депульпированием зубов); в) адгезивный мостовидный протез с опорой и препаровкой 32 и 41 зубов; г) никакого лечения.

Очевидно, что все способы обладают явными недостатками, а именно: а) плохая фиксация, неудовлетворительная эстетика, нежелание молодой пациентки носить съемную конструкцию; б) потеря витальности 5 зубов, высокая стоимость; в) потеря живой ткани 2 зубов.

Данный клинический случай был успешно решен при помощи операции мини-имплантации прямо в кресле стоматолога-ортопеда.

Ортопантомограмма до начала лечения приведена на рис. 1.



Рис. 1. Ортопантомограмма до лечения — отсутствует 31 зуб

После согласования плана лечения произведено восковое моделирование временной коронки 31 зуба для ее одномоментной установки во время операции постановки имплантата в области 31 зуба (рис. 2).



Рис. 2. Восковое моделирование будущей конструкции

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Далее приступили к инсталляции мини-имплантата методом безлоскутной методики (рис. 3).



Рис. 3. Установлен имплантат диаметром 1,8 мм длиной 13 мм

На установленный мини-имплантат прямо в кресле изготовлена временная коронка по силиконовому ключу, полученному с восковой модели (рис. 4). Сразу после установки имплантата был проведен рентген-контроль (рис. 5).

Стоит отметить, что после первого же приема пациентка ушла с временной акриловой коронкой, время работы составило 45 минут, через 3 месяца временная



Рис. 4. Прямым способом изготовлена и зафиксирована временная коронка

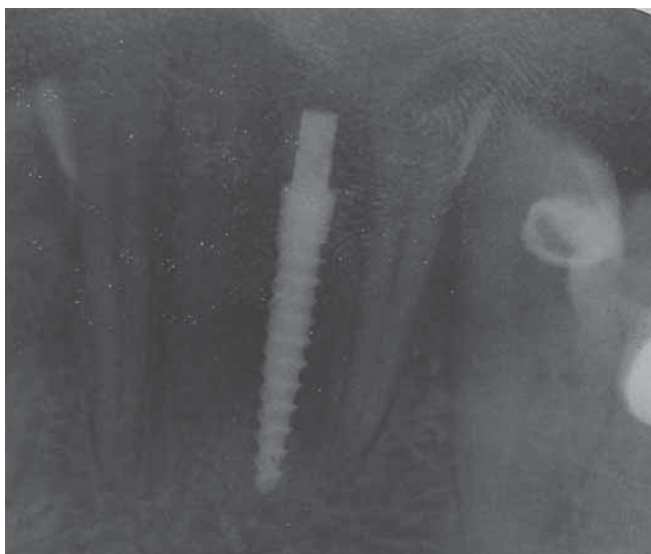


Рис. 5. Рентген-контроль сразу после установки имплантата

коронка была заменена на постоянную. На данный момент 4,5 года пациент пользуется постоянной коронкой.

Пример установки мини-имплантата в узкий альвеолярный гребень представлен на рис. 6–11.

Выводы

Рациональное применение мини-имплантатов при узких мезио-дистальных расстояниях является единственно возможным современным, предсказуемым и



Рис. 6–8. Ситуация на момент установки мини-имплантата



Рис. 9–11. Ситуация через 5 лет после установки мини-имплантата

атравматичным методом восстановления утраченных зубов. Полученные результаты работы позволяют надеяться на длительный благоприятный прогноз функционирования данных конструкций.

Литература

1. Branemark P.I., Hansson B., Adell R. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw: experience from a 10 year period. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1977; 11: 1–132.
2. Christensen G.J. Mini implants for your office. PCC Dental. Available at: www.pccdental.com. Accessed July 17, 2007.
3. Surgical protocol for the IMTEC MDI Sendax. Available at: www.imtec.com. Accessed July 17, 2007.
4. Tolman D.E. Reconstructive procedures with endosseous implants in grafted bone: a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2005; 10 (3): 275–294.
5. English C.E., Bohle G. Diagnostic, procedural and clinical issues with the Sendax mini dental implant. *Compend Contin Educ Dent.* 2004; 24 (SI): 3–25.
6. Bulard R.A., Vance J.B. Multi-clinic evaluation using mini-dental implants for long-term denture stabilization: a preliminary biometric evaluation. *Compend Contin Educ Dent.* 2005; 26 (12): 892–897.
7. Christensen G.J. The 'mini'-implant has arrived. *J Am Dent Assoc.* 2007; 137 (3): 387–390.
8. Shatkin T.E., Shatkin S., Oppenheimer D., et al. Mini dental implants for long term fixed and removable prosthetics: A retrospective analysis of 2514 implants placed over a fiveyear period. *Compend Contin Educ Dent.* 2007; 28 (2): 36–44.
9. Yousef H., Luke A., Ricci J., Weiner S. Analysis of changes in implant screws subject to occlusal loading: a preliminary analysis. *Implant Dent.* 2005; 14 (4): 378.
10. Cho S.C., Small P.N., Elian N., Tarnow D. Screw loosening for standard and wide diameter implants in partially edentulous cases: 3- to 7-year longitudinal data. *Implant Dent.* 2004 Sep; 13 (3): 245–250.
11. Kohavi D. Complications in the tissue integrated prostheses components: clinical and mechanical evaluation. *J Oral Rehabil.* 1993 Jul; 20 (4): 413–422.
12. Byrne D., Jacobs S., O'Connell B., Houston F., Claffey N. Preloads generated with repeated tightening in three types of screws used in dental implants assemblies. *J Prosthodont.* 2006; 15 (3): 164–171.
13. Jaffin R.A., Kumar A., Berman C.L. Immediate loading of dental implants in the completely edentulous maxilla: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004; 19 (5): 721–730.
14. Romanos G.E. Surgical and prosthetic concepts for predictable immediate loading of oral implants. *J Calif Dent Assoc.* 2004 Dec; 32 (12): 991–1001.

References

1. Branemark P.I., Hansson B., Adell R. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw: experience from a 10 year period. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1977, no. 11, pp. 1–132.
2. Christensen G.J. *Mini implants for your office.* PCC Dental. Available at: www.pccdental.com. Accessed July 17, 2007.
3. *Surgical protocol for the IMTEC MDI Sendax.* Available at: www.imtec.com. Accessed July 17, 2007.
4. Tolman D.E. Reconstructive procedures with endosseous implants in grafted bone: a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2005, vol. 10, no. 3, pp. 275–294.
5. English C.E., Bohle G. Diagnostic, procedural and clinical issues with the Sendax mini dental implant. *Compend Contin Educ Dent.* 2004, no. 24 (SI), pp. 3–25.
6. Bulard R.A., Vance J.B. Multi-clinic evaluation using mini-dental implants for long-term denture stabilization: a preliminary biometric evaluation. *Compend Contin Educ Dent.* 2005, vol. 26, no. 12, pp. 892–897.
7. Christensen G.J. The 'mini'-implant has arrived. *J Am Dent Assoc.* 2007, vol. 137, no. 3, pp. 387–390.
8. Shatkin T.E., Shatkin S., Oppenheimer D., et al. Mini dental implants for long term fixed and removable prosthetics: A retrospective analysis of 2514 implants

placed over a fiveyear period. *Compend Contin Educ Dent.* 2007, no. 28 (2), pp. 36–44.

9. Yousef H., Luke A., Ricci J., Weiner S. Analysis of changes in implant screws subject to occlusal loading: a preliminary analysis. *Implant Dent.* 2005, vol. 14, no. 4, pp. 378.

10. Cho S.C., Small P.N., Elian N., Tarnow D. Screw loosening for standard and wide diameter implants in partially edentulous cases: 3- to 7-year longitudinal data. *Implant Dent.* 2004 Sep, vol. 13, no. 3, pp. 245–250.

11. Kohavi D. Complications in the tissue integrated prostheses components: clinical and mechanical evaluation. *J Oral Rehabil.* 1993 Jul, vol. 20, no. 4, pp. 413–422.

12. Byrne D., Jacobs S., O'Connell B., Houston F., Claffey N. Preloads generated with repeated tightening in three types of screws used in dental implants assemblies. *J Prosthodont.* 2006, vol. 15, no. 3, pp. 164–171.

13. Jaffin R.A., Kumar A., Berman C.L. Immediate loading of dental implants in the completely edentulous maxilla: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004, vol. 19, no. 5, pp. 721–730.

14. Romanos G.E. Surgical and prosthetic concepts for predictable immediate loading of oral implants. *J Calif Dent Assoc.* 2004 Dec, vol. 32, no. 12, pp. 991–1001.



Эстетическая стоматология

Анализ эффективности лечения больных с дисколоритами зубов с использованием отбеливающей системы "ZOOM-3" и показания для выбора ортопедических методов лечения

С.Ю. Максюков, д.м.н., декан стоматологического факультета, заведующий кафедрой стоматологии № 2 ГБОУ ВПО РостГМУ МЗ РФ
 О.И. Шахбазов, аспирант кафедры стоматологии № 2 ГБОУ ВПО РостГМУ МЗ РФ
 Л.А. Крайнюкова, ассистент кафедры стоматологии № 1 ГБОУ ВПО РостГМУ МЗ РФ
 А.С. Иванов, аспирант кафедры стоматологии № 2 ГБОУ ВПО РостГМУ МЗ РФ
 А.А. Демидова, к.м.н., доцент кафедры медицинской и биологической физики ГБОУ ВПО РостГМУ МЗ РФ
 Е.С. Максюкова, студентка стоматологического факультета ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ РФ, Краснодар

Для переписки: e-mail: alald@inbox.ru

Резюме

В статье на 82 пациентах с дисколоритами зубов изучена эффективность лечения больных с использованием фотоотбеливающей системы "ZOOM-3" с целью выявления возникающих в процессе лечения осложнений и разработки системы рационального выбора ортопедических методов лечения больных с изменением цвета твердых тканей зубов. В результате было доказано, что учет типа растворимости и минерализации эмали до процедуры отбеливания является инструментом для выделения группы больных с прогнозируемой низкой эффективностью отбеливания и возможным развитием осложнений. При повышенном содержании минералов в поверхностном слое эмали (содержание ионов кальция в кислотном биоптате эмали выше 2 мкмоль/мин.) и сниженной растворимости эмали (тест эмалевой резистентности выше 44%), а также высоком риске развития патологии твердых тканей зубов показаны реконструктивные ортопедические методы лечения дисколоритов с применением виниров.

Ключевые слова: дисколориты зубов, отбеливание зубов, фотоотбеливающая система, виниры.

Analysis of the efficiency of treatment of patients with discoloured teeth using photowhitening system teeth "ZOOM-3" and indications for selection of orthopedic treatments

S.Ju. Maksjukov, O.I. Shahbazov, L.A. Krajnjukova, A.S. Ivanov, A.A. Demidova, E.S. Maksjukova

Summary

In the article on 82 patients with discoloured teeth examined the effectiveness of treatment of patients using photowhitening system "ZOOM-3" with a view to identifying emerging in the process of treatment complications and develop a system of rational choice of orthopedic treatments for patients with color change the hard tissue of teeth. As a result it has been proven that taking into

account the type of mineralization of the enamel to the solubility and the whitening procedure is a tool for the selection of patients with probable effectiveness of bleaching and possible development of complications. With the increased content of minerals in the surface layer of enamel (content of calcium ions in acid biopsy enamel above 2 mkmol/min) and the reduced solubility of enamel (enamel resistance test above 44%) and a high risk of developing dental hard tissue pathology showing reconstructive orthopedic treatments discoloured teeth with veneers.

Keywords: discoloured teeth, teeth whitening, photowhitening system, veneers.

Нарушение цветовой окраски зубов у людей или дисколориты представляют собой на сегодняшний день чрезвычайно распространенную патологию твердых тканей зубов в практической стоматологии [1]. Анатомическая форма, окраска зубов, цветовые оттенки и прочие физиологические составляющие являются немаловажными характеристиками, воздействующими на психологическое состояние пациентов и на качество их жизни в целом. Учитывая тот факт, что лицо, глаза, губы, зубные ряды являются носителями эмоционального выражения человеческих чувств, их внешняя привлекательность нередко играет важную роль в профессиональной деятельности человека, карьерном росте и увеличении популярности среди окружающих людей. Поэтому стремление пациентов к ослепительной улыбке всегда вызывало большой интерес у врачей-стоматологов, что и привело к активному развитию таких перспективных направлений в эстетической стоматологии как отбеливание зубов и изготовление прямых и не прямых реставраций (виниры). Отбеливание зубов — это комплексная стоматологическая процедура, направленная на восстановление естественного цвета дисколорированных зубов посредством воздействия на твердые ткани физическими или



химическими факторами [2]. Виниры — микропротезы, восстанавливающие анатомическую форму и цвет естественных зубов посредством фиксации их на вестибулярной поверхности [7].

Применяемые в настоящее время методики отбеливания зубов вполне доступны и не отличаются большой сложностью. Однако вопросы, связанные с их безопасностью, остаются до конца нерешенными. Самым распространенным отрицательным моментом применения профессионального отбеливания является повышенная чувствительность зубов [3]. Кроме того, установлено повреждающее воздействие перекисных соединений на пульпу зуба, что также может вызывать повышенную чувствительность твердых тканей зубов к различным раздражителям [4]. К негативным моментам применения различных методов отбеливания относят вероятность развития воспалительных явлений маргинальной десны, с последующей ее рецессией [8]. Согласно данным R.H. Leonard и соавт. [10], G.W. Harrington и соавт. [9], отбеливающие системы могут приводить к цервикальной резорбции депульпированных зубов. Морфологические результаты электронной микроскопии позволили констатировать патологические изменения на поверхности эмали зубов собак, подвергавшихся отбеливанию. Эти изменения проявлялись в полном удалении пелликулы с обнажением эмалевых призм [6].

Ввиду широкого применения и относительно непродолжительного использования современных отбеливающих терапевтических технологий в стоматологических клиниках Российской Федерации, отсутствует систематизация сведений об осложнениях и недостатках такого воздействия. В связи с этим нет четких регламентирующих критериев отказа от отбеливания зубов в пользу ортопедического эстетического лечения. Нет четкого разделения, когда для устранения дисколоритов зубов нужно использовать отбеливающие терапевтические процедуры, а когда — реконструктивные (ортопедические) мероприятия посредством использования виниров.

Учитывая вышеизложенное, нами было предпринято исследование, цель которого — изучить эффективность лечения больных с дисколоритами зубов с использованием фотоотбеливающей системы "ZOOM-3" и выявить возникающие в процессе лечения осложнения и недостатки, а также разработать и предложить систему рационального выбора ортопедических методов лечения больных с изменением цвета твердых тканей зубов.

Материалы и методы

При диспансеризации взрослого работающего населения в стоматологической поликлинике ГБОУ ВПО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России была сформирована дис-

пансерная группа больных, объединяющая 82 пациента с дисколоритами зубов. Среди обследованных пациентов было 37 (45,1 %) мужчин и 45 (54,9 %) женщин. Возраст больных варьировал от 19 до 49 лет, в среднем составив $25,8 \pm 2,23$ лет.

Химическое отбеливание зубов проводили всем 82 больным с применением системы "ZOOM-3". Цветовую палитру твердых тканей зубов до и после отбеливания определяли, используя шкалу цветовых расцветок VITAPAN Classical (VITA Zahnfabrik, Германия).

У всех больных состояние эмали зубов оценивали путем определения индекса реминерализации (ИР), теста эмалевой резистентности (ТЭР), комплексного индекса дифференцированной чувствительности зуба (КИДЧЗ), определяли содержание кальция и фосфора в смешанной нестимулированной слюне и кислотном биоптате.

ИР исследовали по методике Ю.А. Федорова и Л.А. Дмитриевой. С помощью ТЭР по методике В.Р. Окушко оценивали кислотоустойчивость эмали зубов. Кислотоустойчивость оценивалась как высокая при результатах от 10% до 30%, как средняя — от 40% до 50%, как пониженная — от 60% до 70%, как крайне низкая — от 80% до 100%. КИДЧЗ определяли по реакции дентина на температурные, химические, тактильные, электрические раздражители, воздушную струю и др.

В работе были проведены биохимические исследования в смешанной нестимулированной слюне и кислотном биоптате эмали. В смешанной слюне определяли содержание неорганического фосфора и общего кальция, а в биоптате эмали определяли скорость выхода фосфора и кальция в него и соотношение этих показателей. Смешанную нестимулированную слюну собирали натощак. С целью получения биоптата эмали применяли кислотную биопсию по модифицированной методике В.К. Леонтьева — В.А. Дистеля, для чего 3 мкл раствора 0,1 М соляной кислоты, загущенного 50% масс глицерина, наносили автоматической пипеткой на исследуемую поверхность зуба. Через 1 мин. отбирали 2,5 мкл биоптата и вносили в 0,160 мл деионизированной воды. В образовавшемся растворе вычисляли содержание неорганического фосфора и общего кальция, скорость их выхода в биоптат. Содержание неорганического фосфора определяли фотометрическим методом с ванадат-молибдатом наборами реактивов фирмы ЛАХЕМА (Чехия). Уровень общего кальция определяли фотометрическим методом с арсеназо III наборами реактивов фирмы BioSystems (Испания). Арсеназо III — это прямое соединение с кальцием, образует цветной комплекс с максимальной абсорбцией при $\lambda=600-650$ нм. Исследования проводили на анализаторе серии SYN-CHRON CX4CE.

Нормы содержания определяемых веществ в сме-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

шанной нестимулированной слюне были следующими: кальций — $0,5\text{--}2,5$ ммоль/л, фосфор — $4\text{--}10$ ммоль/л. В кислотном биоплате эмали нормальное содержание кальция составляло $0,9\text{--}2$ мкмоль/мин., фосфора $0,4\text{--}0,9$ мкмоль/мин., соотношение Ca/P — $1,4\text{--}2,1$ [4].

Статистическую обработку исследования проводили с помощью методов описательной статистики, частотного анализа, множественного регрессионного анализа, ROC-анализа [5] и использования программы Statistica 10.0.

Результаты

У больных первой клинической группы сразу после отбеливания хроматический показатель снизился в среднем с $14,46\pm 0,78$ до $7,06\pm 0,59$ и оставался практически на том же уровне до 6 мес., а через 12 мес. незначительно повысился до $8,9\pm 0,38$. Непосредственно после процедуры отбеливания высокоэффективное осветление зубов (на 4 тона и выше) наблюдалось у большинства пациентов данной клинической группы (92,7%) (рис. 1). Через 1 мес. количество пациентов с высокоэффективным осветлением уменьшилось до 90,2% случаев, через 6 мес. — до 87,8%, через 12 мес. — до 84,1% случаев. Низкоэффективное осветление (на 1–2 тона) после процедуры отбеливания через 1 мес. наблюдалось в

2,4% случаев, через 6 мес. — у 3,6% и через 12 мес. — у 4,8% пациентов. Таким образом, у большинства пациентов первой клинической группы эффективность отбеливания зубов с помощью системы ZOOM была высокой. Достигнутый при этом осветляющий эффект оказался стабильным во временном промежутке.

После проведения процедуры отбеливания у 7,3% ($n=6$) больных появлялись болезненность десен (рис. 2), их шелушение, изменялась текстура, в 2,4% ($n=2$) — появились элементы изъязвления десен. Кроме того, отмечалась болезненность в горле, жжение неба и ощущение неприятного привкуса в ротовой полости. Чувствительность эмали зубов и показатели теста эмалевой резистентности (ее кислотоустойчивость) после кратковременного негативного изменения хотя и снижались, но были выше по сравнению с исходными величинами за весь период наблюдения.



Рис. 2. Воспаление десны после отбеливания зубов (пациентка Г., 32 г., № АмБЛ-107)

Осложнения и недостатки после отбеливания зубов у больных первой клинической группы через месяц после процедуры отражены в таблице 1.

Явления гиперчувствительности зубов и деминерализация эмали вследствие повышения проницаемости твердых тканей зубов наблюдались у 8 пациентов, что составило 9,8%. Молекулы перекиси водорода имеют малую массу и размеры и способны легко проникать через ткани эмали, дентина и достигать пульпы зуба. Наши наблюдения показали, что повышенная чувствительность зубов была временным осложнением. Однако пациенты настороженно относились к появлению гиперчувствительности зубов и в последующем отказывались повторять процедуру отбеливания.

У 3 пациентов (из 5 человек) с явлениями гиперчувствительности зубов наблюдались клиновидные дефекты пришеечной области. Причем признаки рецессии маргинальной десны и пришеечные дефекты после процедуры отбеливания зубов усилились. Данное обстоятельство должно акцентировать внимание врачей-стоматологов до проведения процедуры



Рис. 1. Эффект отбеливания зубов у пациентки Ж., 29 лет (№ АмБК-309) с помощью системы Zoom. Осветление на 8 тонов по шкале цветовых расцветок VITAPAN Classical (VITA Zahnfabrik, Германия)

отбеливания к проверке чувствительности пришеечной части зубов.

Воспаления и изъязвление слизистой оболочки десен наблюдались также у 5 пациентов, что составило 6,1%. Воспалительные явления слизистой десны преимущественно отмечались в области маргинальной десны и межзубных сосочков.

В отдаленный период наблюдения за больными (6 и 12 месяцев после проведения процедуры отбеливания) в качестве осложнений имели место явления, связанные с частичным или полным разрушением коронковой части зубов, выпадением пломб, нарушением краевого прилегания пломб, развитием вторичного кариеса и гиперестезии эмали (табл. 2).

Исходное содержание кальция и фосфора в слюне и кислотном биоптате эмали у больных с дисколорита-

ми зубов у пациентов первой клинической группы находилось в пределах нормы. Изучение соотношения результатов теста эмалевой резистентности и содержания минералов в кислотном биоптате позволило нам предложить пять типов растворимости и минерализации эмали (табл. 3). Повышенная растворимость эмали (II и IV типы) наблюдалась у 15 пациентов, что составило 18,3%, из них сниженная минерализация твердых тканей зуба была у 9 больных (11%). Высокая устойчивость эмали к действию кислот (I и III типы) отмечалась у 19 пациентов, что составило 26,8%, включая повышенную минерализацию эмали в 9,7% случаев. В 58,6% случаев растворимость и минерализация эмали была в пределах нормы.

Эффективность отбеливания была связана и с исходным распределением больных в зависимости от

Таблица 1. Осложнения и недостатки после отбеливания зубов у больных первой клинической группы в ближайший период

Осложнение и недостатки	Абс.	%
Гиперчувствительность	5	6,1
Деминерализация эмали	3	3,7
Воспаление десны	4	4,9
Изъязвления десны	1	1,2
Болезненность десен	3	3,7
Болезненность горла	2	2,4
Недостаточный эффект отбеливания	2	2,4
Неравномерный характер отбеливания	1	1,2

Таблица 2. Осложнения и недостатки после отбеливания зубов у больных первой клинической группы в отдаленный период

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

Таблица 3. Типы растворимости и минерализации эмали по результатам теста эмалевой резистентности и определения содержания минералов в кислотном биоптате

ТЭР	Содержание Са и Р в кислотном биоптате	Тип растворимости и минерализации эмали
Кислотоустойчивость высокая	Выше нормы	Тип I: Содержание минералов в поверхностном слое эмали повышенное при низкой растворимости эмали
Кислотоустойчивость низкая	Выше нормы	Тип II: Растворимость эмали повышена, о содержании минералов в эмали судить затруднительно
Кислотоустойчивость высокая	Ниже нормы	Тип III: Растворимость эмали снижена, о содержании минералов в эмали судить затруднительно
Кислотоустойчивость низкая	Ниже нормы	Тип IV: Содержание минералов в поверхностном слое эмали пониженное при высокой растворимости эмали
Кислотоустойчивость средняя	Нормальное	Тип V: Устойчивая к растворению эмаль при нормальном содержании минералов

типа растворимости и минерализации эмали. Все больные с низкой эффективностью отбеливания относились к I типу растворимости и минерализации эмали. Пациенты с гиперчувствительностью зубов ($n=5$) в ранний период после проведения процедуры отбеливания зубов исходно относились ко II (80%) и IV типам (20%) растворимости и минерализации эмали зубов.

Нами рекомендована система оптимизации лечебных мероприятий дисколоритов зубов с применением ортопедических конструкций.

После стандартного стоматологического обследования больным с дисколоритами зубов рекомендуется провести тест эмалевой резистентности и определить комплексный индекс дифференцированной чувствительности зуба, в кислотном биоптате эмали определить содержание кальция и фосфора. Сопоставляя результаты содержания кальция и фосфора в кислотном биоптате и величину ТЭР, по разработанной нами классификации можно определить тип растворимости и минерализации эмали. При I типе содержание минералов в поверхностном слое эмали повышенное при ее низкой растворимости. Больные с I типом растворимости и минерализации эмали относятся к группе высокого риска низкой эффективности отбеливания зубов. При содержании кальция в биоптате эмали ≥ 2 мкмоль/л, ТЭР $\geq 44\%$ отмечался плохой прогноз по эффективности отбеливания зубов и рекомендовалось использование виниров.

Больные со II типом растворимости и минерализации эмали составляют группу высокого риска по развитию гиперчувствительности зубов в ранний период после химического отбеливания, а с IV типом — по развитию разрушения коронковой части зуба в отдаленный период после отбеливания. При превышении комплексного индекса дифференцированной чувствительности зубов уровня 5,1 баллов, теста эмалевой резистентности зубов величины 45%, риск развития гиперестезии эмали после отбеливания будет высоким, что требует от врача-стоматолога перед проведением процедуры отбеливания превентивных мероприятий.

Таким образом, альтернативой проведения процедуры химического отбеливания зубов у больных с дисколоритами твердых тканей зубов могут выступать реконструктивные методы лечения с изготовлением виниров. В проведенной работе нами были определены показания и противопоказания для проведения данных методов. Осложнения и ошибки, развивающиеся при лечении данной категории больных, были устранимыми, а использование виниров для лечения дисколоритов привело к удовлетворению пациентов в решении разнообразных эстетических проблем.

Выводы

1. Низкая эффективность отбеливания зубов развивается у пациентов с повышенным содержанием мине-

ралов в поверхностном слое эмали и при ее сниженной растворимости. Развитие гиперестезии эмали в ранний период после отбеливания зубов сопряжено с исходной повышенной растворимостью эмали, а разрушение коронковой части зубов в отдаленный период — со сниженным содержанием минералов в поверхностном слое эмали при ее высокой растворимости.

2. Учет типа растворимости и минерализации эмали является дополнительным фактором к использованию реконструктивных методов лечения больных с дисколоритами зубов. При повышенном содержании минералов в поверхностном слое эмали (содержание ионов кальция в кислотном биоптате эмали выше 2 мкмоль/мин) и сниженной растворимости эмали (тест эмалевой резистентности выше 44%), а также высоком риске развития патологии твердых тканей зубов показаны реконструктивные методы лечения дисколоритов.

Литература

1. Акулович А.В., Попова Л.А. Распространенность отбеливания зубов на территории Российской Федерации // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2011. — № 7 (1). — С. 268–269.
2. Вагнер В.Д., Поповкина О.А. Профессиональное отбеливание зубов. Основные положения // Профилактика today. — 2008. — № 8. — С. 26–28.
3. Крихели Н.И. Осветление зубов // Стоматология для всех. — 2009. — № 4. — С. 8–13.
4. Леонтьев В.К., Боровский Е.В. Кариесрезистентность // Стоматология. — 2002. — № 5. — С. 26–28.
5. Омельченко В.П., Демидова А.А. Математика. Компьютерные технологии в медицине. Изд. 2 испр. — Ростов-на-Дону: Феникс. — 2010. — 592 с.
6. Фиалшев А.З., Воложин А.И., Волков Е.А. Влияние отбеливающего материала "Opalescencextraboost" и минерализующего препарата "Ремогель" на поверхность эмали зубов собак по данным электронной сканирующей микроскопии // Актуальные проблемы стоматологии. — М., 2004. — С. 146–150.
7. Юдина Н.А. Систематизация микропротезов передней группы зубов и обоснование выбора эстетической конструкции: виниры, ламинаты, ультраниры, люминиры или компониры? // Современная стоматология. — 2012. — № 2. — С. 53–57.
8. Bruzell E.M., Johnsen B., Aalerud T.N. In vitro efficacy and risk for adverse effects of light-assisted tooth bleaching. Photochem. photobiol. sci. 2009; 8: 377–385.
9. Harrington G.W., Natkin E. External resorption associated with bleaching pulpless teeth. J. Endod. Assoc. 2009; 6: 344–348.
10. Leonard R.I., Haywood V.B., Eagle J.C. Night guard vital bleaching of tetracycline stained teeth: 4,5 years post-treatment. J. Dent. Res. 1999; 75: 45.
11. Акулович А.В., Попова Л.А. Распространенность отбеливания зубов на территории Российской Федерации. Саратовский научно-медицинский журнал, 2011, no. 7 (1), pp. 268–269.
12. Vagner V.D., Popovkina O.A. Professional'noe otbelivaniye zubov. Osnovnyye polozheniya. Profilaktika today, 2008, no. 8, pp. 26–28.
13. Krikheli N.I. Osvetlenie zubov. Stomatologiya dlya vseh, 2009, no. 4, pp. 8–13.
14. Leont'ev V.K., Borovskii E.V. Kariesrezistentnost'. Stomatologiya, 2002, no. 5, pp. 26–28.
15. Omel'chenko V.P., Demidova A.A. Matematika. Komp'yuternye tekhnologii v meditsine, 2-nd edn. Rostov-on-Don, Feniks Publ., 2010. 592 p.
16. Fiapshv A.Z., Volozhin A.I., Volkov E.A. Vliyaniye otbelivayushchego materiala "Opalescencextraboost" i mineralizuyushchego preparata "Remogel" na poverkhnost' emali zubov sobak po dannym elektronnoy skaniruyushchey mikroskopii. Aktual'nye problemy stomatologii. Moscow, 2004, pp. 146–150.
17. Yudina N.A. Sistematizatsiya mikroprotezov perednei gruppy zubov i obosnovaniye vyboru esteticheskoy konstruktzii: viniry, laminaty, ul'traniry, lyuminiry ili komponiry? Sovremennaya stomatologiya, 2012, no. 2, pp. 53–57.
18. Bruzell E.M., Johnsen V., Aalerud T.N. In vitro efficacy and risk for adverse effects of light-assisted tooth bleaching. Photochem. photobiol. sci., 2009, no. 8, pp. 377–385.
19. Harrington G.W., Natkin E. External resorption associated with bleaching pulpless teeth. J. Endod. Assoc., 2009, no. 6, pp. 344–348.
20. Leonard R.I., Haywood V.B., Eagle J.C. Night guard vital bleaching of tetracycline stained teeth: 4,5 years post-treatment. J. Dent. Res., 1999, vol. 75, p. 45.



10 Имплантатов



10 Заглушек



10 Формирователей



10 Аналогов



10 Трансферов



5 Прямых абатментов



5 Угловых абатментов



5 Абатментов **Cr-Co**



1 Компактный хирургический набор !!!!



OSTEOFIT
DENTAL IMPLANTS

~~3390 \$~~

1999 \$

У нас Вы сможете приобрести:
протезные элементы,
совместимые
с другими
Европейскими и
Израильскими
системами,
- лучшее соотношение
цена-качество!

DSP
BIOMEDICAL

www.dspbiomedical.eu

(495) 797-67-16

zakaz@osteofit.ru

titanium fit



Ортодонтия

Клиника и лечение больных с мезиальной окклюзией зубных рядов III степени

Резюме

В статье изложены результаты уточнения клинических вариантов и повышения эффективности лечения мезиальной окклюзии зубных рядов III степени. Авторами проведены клиническое, антропометрическое, морфометрическое, рентгенологическое обследование и лечение 88 больных 14–19-летнего возраста, определялись пять вариантов мезиальной окклюзии зубных рядов.

Применяемая программа лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов включала до- и послеоперационное ортодонтическое аппаратное лечение, хирургическое лечение, профилактику кариозного поражения зубов и ретенцию лечебного результата.

Полученные результаты комплексного лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов III степени дают основание положительно оценить эффективность разработанной реабилитационной программы.

Ключевые слова: мезиальная окклюзия, дизокклюзия, зубоальвеолярный комплекс, аномалия зубов, брекет-система, плоскостная остеотомия, комплексное лечение.

Clinic and treatment of patients with mesial occlusion of the dentition III degree

V.M. Vodolatsky, S.M. Tumanian

Summary

The aim of this work was to clarify the clinical options and improving the efficiency of treatment of anterior occlusion of the dentition of the III degree.

During clinical, anthropometric, morphometric and x-ray examination and treatment of 88 patients 14–19 years of age was determined five variants of anterior occlusion of the dentition.

The treatment program of patients with mesial occlusion of the dentition included pre – and postoperative orthodontic treatment apparatus, surgical treatment, and prevention of carious lesions of teeth and the retention of the therapeutic result.

The results of complex treatment of patients with mesial occlusion of the dentition III degree give reason to appreciate the efficiency of the developed rehabilitation programs.



В.М. Водолацкий, зав. кафедрой стоматологии детского возраста, д.м.н., профессор



С.М. Туманян, ассистент кафедры стоматологии детского возраста

Ставропольский государственный медицинский университет

Для переписки:
Тел.: +7 (962) 741-54-20

Keywords: anterior occlusion, disocclusion, dentoalveolar complex, anomaly of teeth, braces, planar osteotomy, comprehensive treatment.

Мезиальная окклюзия зубных рядов сопровождается прогрессирующими с возрастом функциональными и косметическими нарушениями. Невротические и интеллектуальные расстройства у больных с подобной патологией формируют замкнутый и малообщительный характер, препятствуют гармоничному социальному существованию, создают определенные проблемы с приобретением некоторых специальностей и последующим трудоустройством. Мезиальная окклюзия зубных рядов затрудняет у больного откусывание и пережевывание пищи, формирует патологические изменения в височно-нижнечелюстном суставе, дефекты речи, глотательные и дыхательные дисфункции, способствует изменениям в ЛОР-органах, дыхательных путях и пищеварительном тракте [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

В зависимости от степени смещения положения первых постоянных моляров в сагиттальной плоскости выделяют три варианта мезиальной окклюзии зубных рядов [4]. Пациенты с III степенью мезиальной окклюзии зубных рядов имеют наиболее выраженные анатомо-функциональные нарушения, которые характеризуются нарушением соотношения между первыми постоянными молярами свыше 6 мм и сагиттальной щелью между резцами более 3 мм.

Целью работы было уточнение клинических вариантов и повышение эффективности лечения мезиальной окклюзии зубных рядов III степени.

Материалы и методы. Результаты работы основаны на показателях обследования и лечения 88 больных 14–19-летнего возраста.



Результаты. В процессе клинического, антропометрического, морфометрического и рентгенологического обследования определялись пять вариантов мезиальной окклюзии зубных рядов. У 7 пациентов ($7,95 \pm 5,34\%$) определялась мезиальная окклюзия зубных рядов без сопутствующей деформации. Зубочелюстная деформация у 42 больных ($47,73 \pm 5,32\%$) формировалась в двух плоскостях – сагиттальной и орбитальной.

Нарушение соотношения зубных рядов в сагиттальной и орбитальной плоскостях обуславливало формирование мезиальной окклюзии в сочетании с вертикальной дизокклюзией у 27 ($30,68 \pm 4,92\%$) пациентов. Типичным клиническим признаком данной патологии было значительное увеличение нижней трети лица. Вместе с массивной нижней челюстью смещалась вперед и вниз нижняя губа. Носогубные и губо-подбородочная складки сглаживались. В состоянии физиологического покоя ротовая щель зияла. Угол нижней челюсти увеличивался до 140° – 150° . Нижние фронтальные зубы выдвигались вперед и вниз, в результате чего соотношение зубных рядов нарушалось в области не только резцов, но клыков, а иногда и премоляров. Положение первых моляров соответствовало III классу соотношения зубов по классификации Энгля. Сагиттальная щель между режущими поверхностями верхних и нижних резцов составляла от 3 до 15 миллиметров (рис. 1).

Другим вариантом нарушения соотношения зубных рядов в сагиттальной и орбитальной плоскостях было

формирование у 15 больных ($17,05 \pm 4,01\%$) мезиальной и глубокой резцовой окклюзии зубных рядов. При этом сочетанная деформация сопровождалась уменьшением высоты нижней трети лица, выраженностью носогубных складок, выстоянием нижней губы вперед и вверх, вследствие чего она приближалась к носу (рис. 2).

Особенность формирования мезиальной окклюзии III степени в сочетании с глубокой резцовой окклюзией зубных рядов заключалась в выдвигении вперед нижних фронтальных зубов на 3–5 мм и перекрытии верхними резцами более чем на $2/3$ высоты коронок нижних зубов. Окклюзионная поверхность нижнего зубного ряда характеризовалась зубоальвеолярным удлинением во фронтальном участке и зубоальвеолярным укорочением в боковых отделах нижнего зубного ряда.

Другим вариантом аномалии окклюзии зубных рядов в двух плоскостях было нарушение соотношения зубных рядов в сагиттальной и горизонтальной плоскостях с формированием у 7 больных ($7,95 \pm 2,88\%$) мезиальной и перекрестной окклюзии зубных рядов. У пациентов с подобным вариантом сочетанной формы нарушения соотношения зубных рядов вместе с клиническими признаками мезиальной окклюзии определялась асимметрия лица с заметным смещением подбородка в сторону, что вызывало несовпадение средней линии между центральными резцами на верхней и нижней челюсти.

Аномалия окклюзии в трех плоскостях (сагиттальной, орбитальной и горизонтальной) формировалась у 39 ($44,32 \pm 5,30\%$) пациентов.



Рис. 1. Больная К. 19 лет с мезиальной окклюзией III степени тяжести и вертикальной дизокклюзией зубных рядов



Рис. 2. Больной П. 12 лет с мезиальной окклюзией III степени тяжести и глубокой резцовой окклюзией зубных рядов

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Деформация в сагиттальной, орбитальной и горизонтальной плоскостях была представлена у 20 больных ($22,73 \pm 4,47\%$) мезиальной и перекрестной окклюзии зубных рядов в сочетании с вертикальной дизокклюзией. Лицевые признаки при данной аномалии окклюзии представляли совокупность изменений, характерных для каждой аномалии окклюзии, входящей в этот вариант сочетанной деформации. Мезиальная окклюзия и вертикальная дизокклюзия способствовали выраженному увеличению объема и высоты нижней трети лица. Вместе с увеличенной нижней челюстью выдвигалась вперед и вниз нижняя губа. Носогубные и губоподбородочная складки сглаживались. В состоянии физиологического покоя ротовая щель у больного зияла. Перекрестная окклюзия добавляла асимметрию лица с заметным смещением подбородка в сторону менее выраженного увеличения нижней челюсти. Нижние фронтальные зубы при данной форме сочетанной аномалии окклюзии выдвигались вперед, вниз и в сторону, что приводило к разобщению с антагонистами в области резцов, клыков и премоляров. Между режущими поверхностями верхних и нижних резцов определялась сагиттальная щель от 3 до 15 миллиметров и ретруссия нижних фронтальных зубов, смещение в сторону нижнего зубного ряда и несовпадение средней линии между центральными резцами на верхней и нижней челюсти (рис. 3).

Сочетанная форма аномалии окклюзии в трех плоскостях с формированием мезиальной, перекрестной и глубокой резцовой окклюзии зубных рядов отмечалась у 19 пациентов ($21,59 \pm 4,39\%$). Наличие глубокой резцовой окклюзии способствовало менее выраженному увеличению высоты нижней трети лица. У пациента более четко определялись носогубные складки. Выдвинутая вперед нижняя губа смещалась вверх. Перекрестная окклюзия вызывала асимметрию лица и сдвиг подбородка в сторону (рис. 4).

Выдвинутые вперед и в сторону нижние фронтальные зубы при данной форме сочетанной аномалии окклюзии смещались орально и перекрывали верхние резцы более чем на $2/3$ высоты коронки.



Рис. 3. Ортопантомограмма больного 16 лет с мезиальной, перекрестной и вертикальной дизокклюзией зубных рядов

Программа лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов включала до- и послеоперационное ортодонтическое аппаратное лечение, хирургическое лечение, профилактику кариозного поражения зубов и ретенцию лечебного результата.

Ортодонтическое лечение заключалось в применении несъемной и съемной аппаратуры, а также эджуайс-техники на основе брекет-систем отечественных и зарубежных фирм производителей с техникой прямой дуги (straight-wiretechnique) системы Roth.

С целью профилактики кариеса зубов до начала ортодонтического лечения осуществлялась четырехкратная аппликация зубов фторлаком с интервалом в 5–7 дней. На протяжении всего периода ортодонтического лечения проводилась контролируемая чистка зубов фторсодержащими зубными пастами.

Собственная методика оперативного уменьшения размеров нижней челюсти проводилась внутриротовым доступом и заключалась в проведении плоскостной остеотомии в области угла и ветви (рис. 5).

Показанием для ортодонтического лечения было устранение аномального положения зубов и восстановление анатомической формы зубных дуг, проведение межчелюстной эластической фиксации, обеспечивающей неподвижное положение челюстных фрагментов и стабилизацию ортогнатического соотношения зубных рядов после костнопластической операции.

Устранение наклона нижних фронтальных зубов в дооперационном периоде обеспечивало возможность формирования в процессе костнопластической операции межрезцового угла в пределах 130° и восстановление окклюзионных контактов между резцами.

Ретенция достигнутого результата на завершающем



Рис. 4. Больная С. 18 лет с мезиальной окклюзией III степени тяжести, перекрестной и глубокой резцовой окклюзией зубных рядов

этапе устранения аномалии окклюзии зубных рядов у детей и подростков в течение 12–18 месяцев исключала вероятность развития рецидива деформации зубочелюстной системы (рис. 6).

Заключение. Проведенное клиническое обследование установило пять вариантов мезиальной окклюзии зубных рядов III степени, которая формировалась в двух и трех плоскостях и сопровождалась увеличением размеров нижнечелюстной дуги (нижней макрогнатией).

Программа лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов включала до- и послеоперационное ортодонтическое аппаратное лечение, хирургическое лечение, профилактику кариозного поражения зубов и ретенцию лечебного результата.

Результаты комплексного лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов III степени дают основание положительно оценить эффективность разработанной реабилитационной программы. Важным условием, определившим успех лечения больных с такой тяжелой деформацией зубочелюстной системы, было скоординированное участие ортодонта и челюстно-лицевого хирурга в до- и послеоперационной ортодонтической аппаратной коррекции, проведении хирургического вмешательства, профилактики кариозного поражения зубов и ретенции достигнутого результата.

Литература

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, В.И. Гунько. — М., 2000. — Т. 2. — С. 246–276.
2. Герда В.В. Осложнения при лечении мезиальной окклюзии внутриротовыми ортодонтическими аппаратами. III общероссийская науч.-практ. конф. детских стоматологов: тез. докл. — М., 2000. — С. 127–127.
3. Гюева Ю.А. Лечение пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов. — Ортодонтия. — 2004. — № 2. — С. 12–20.
4. Гюева Ю.А., Персин Л.С. Мезиальная окклюзия зубных рядов. — М.: Медицина, 2008. — 192 с.
5. Диав М. Ортодонтические мероприятия при проведении костно-реконструктивных операций у пациентов с деформациями челюстей: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 189 с.
6. Слабковская А.Б. Ортодонтическая подготовка к хирургическому лечению пациентов с гнатическими аномалиями / А.Б. Слабковская, А.Ю. Дробышева, Н.С. Дробышева / Достижения ортодонтии, ортопедической и общей стоматологии по специальности и ее преподаванию: сб. тр. — М., 2005. — С. 286–287.

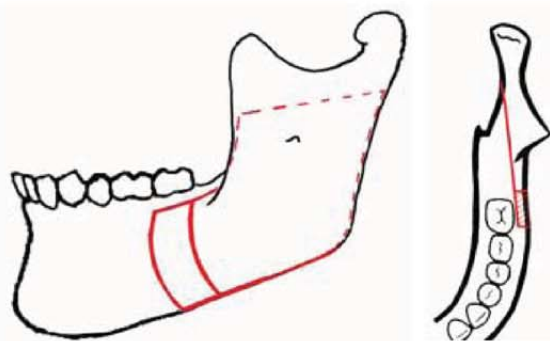


Рис. 5. Методика оперативного устранения мезиальной окклюзии зубных рядов III степени

References

1. Bezrukov V.M., Gun'ko V.I. *Rukovodstvo po khirurgicheskoi stomatologii i chelyustno-litsevoi khirurgii*. Tom 2. Moscow, 2000. Pp. 246–276.
2. Gerda V.V. Oslozhneniya pri lechenii mezial'noi okklyuzii vnutritrovymi ortodonticheskimi apparatami. III obshcherossiiskaya nauch.-prakt. konf. detskikh stomatologov: tez. dokl. Moscow, 2000. P. 127.
3. Goeva Yu.A. Lechenie patsientov s mezial'noi okklyuziei zubnykh ryadov. *Ortodontiya*, 2004, no. 2, pp. 12–20.
4. Goeva Yu.A., Persin L.S. *Mezial'naya okklyuziya zubnykh ryadov*. Moscow, Meditsina Publ., 2008. 192 p.
5. Diav M. *Ortodonticheskie meropriyatiya pri provedenii kostno-rekonstruktivnykh operatsii u patsientov*

6. Slabkovskaya A.B. Ortodonticheskaya podgotovka k khirurgicheskomu lecheniyu patsientov s gnaticheskimi anomal'iyami in Slabkovskaya A.B., Drobyshev A.Yu., Drobysheva N.S. (Eds.) *Dostizheniya ortodontii, ortopedicheskoi i obshchei stomatologii po spetsial'nosti i ee prepodavaniyu: sb. tr.* Moscow, 2005. Pp. 286–287.
7. Chepik E.A., Topol'nitskii O.Z., Persin L.S. Diagnosticheskii etap kompleksnoi reabilitatsii patsientov s gnaticheskoi formoi mezial'noi okklyuzii s uchetom morfometricheskikh i funktsional'nykh osobennostei dannoi patologii. *Ortodontiya*, 2007, no. 3, pp. 10–15.
8. Fedotov S.N., Fedotov O.S. *Khirurgicheskoe lechenie nizhnei makrognatii*. Arkhangelsk, 2006. 262 p.



Рис. 6. Больная Д. 15 лет до (А) и после (Б) комплексного устранения мезиальной окклюзии III степени в сочетании перекрестной окклюзии и вертикальной дизокклюзии зубных рядов



Ортодонтия

Обоснование применения средств индивидуальной гигиены "Parodontax" в терапии и профилактике гингивита при ортодонтическом лечении

Резюме

В работе приведено обоснование применения комплекса средств серии *parodontax*® у пациентов, проходящих ортодонтическое лечение с использованием несъемной техники. Показано, что применение зубной пасты в сочетании с ополаскивателем для полости рта, содержащим 0,2% хлоргексидина биглюконата, позволяет снизить воспаление пародонта в течение 7–10 дней и улучшить состояние микробиоценоза полости рта. Обосновано использование зубной пасты серии *parodontax*® и ополаскивателя для полости рта, содержащего 0,06% раствор хлоргексидина, для профилактики развития гингивита и в качестве поддерживающей терапии после гингивита, в период ортодонтического лечения с использованием брекет-систем.

Ключевые слова: гингивит, профилактика гингивита, брекет-система, зубная паста, ополаскиватель полости рта, хлоргексидина биглюконат.

Justification the use of personal hygiene "Parodontax" in therapy and prevention of gingivitis in orthodontic treatment

R.V. Ushakov, N.B. Eliseeva, V.N. Tsarev, Y.V. Pavlovskaya, E.E. Shamikova

Summary

The article gives justification the use of the set of tools *parodontax*® in patients with orthodontic treatment with a non-removable appliances. The article is shown that the use toothpaste in conjunction with mouthwash containing 0.2% chlorhexidine reduces inflammation of parodont within 7–10 days and improves oral cavity microbiocenosis. Justified the use of toothpaste *parodontax*® and mouthwashes containing 0.06% chlorhexidine for prevention of gingivitis and as maintenance therapy after gingivitis during orthodontic treatment using braces.

Keywords: gingivitis, prevention of gingivitis, braces, toothpaste, mouthwash, chlorhexidine bigluconate.

Выбор лечебно-профилактических средств индивидуальной гигиены полости рта особенно важен у пациентов, прохо-

Р.В. Ушаков, профессор, д.м.н., зав. кафедрой стоматологии ГДО УДПО РМАПО
Н.Б. Елисеева, к.м.н., доцент кафедры стоматологии ГДО УДПО РМАПО
В.Н. Царев, профессор, д.м.н., зав. кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Я.В. Павловская, врач-стоматолог-ортодонт стоматологической клиники "Дента-Фреш", г. Москва
Э.Э. Шамикова, врач-стоматолог стоматологической клиники "Профдент", г. Москва

Для переписки:
Тел.: +7 (915) 082-40-43
E-mail: kmapo@mail.ru

дящих ортодонтическое лечение, которое нередко сопровождается различными патологическими процессами со стороны пародонта. Чаще всего при использовании несъемных ортодонтических конструкций (брекетов) развивается гингивит.

Этиологическим фактором гингивита являются микробная биопленка, как результат неудовлетворительной гигиены полости рта, химические вещества, механические воздействия (острая или хроническая травма зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении), зубочелюстные деформации, вредные привычки, снижение резистентности организма, гормональные изменения, профессиональные заболевания, болезни крови, стресс, прием лекарственных препаратов [7, 8, 9].

В последнее время большой интерес представляют средства гигиены с ингредиентами природного происхождения. Известно, что многие лекарственные растения содержат различные соединения: эфирные масла, дубильные вещества, гликозиды, биологически активные вещества, алкалоиды, витамины и др., обладающие противовоспалительным, противомикробным, вяжущим, дезодорирующим, антиаллергическим и регенеративным действием, способны устранять явления гингивита и ингибировать рост микрофлоры биопленки [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Целью данного исследования было изучение эффективности пародонтологического комплекса серии *parodontax*® для профилактики и лечения катарального гингивита у пациентов, проходящих ортодонтическое лечение.

В работе были использованы зубная паста и ополаскиватели полости рта лечебно-профилактического действия.

Зубная паста серии *parodontax*® состоит из 70% активных ингредиентов. Паста содержит минеральную соль и экстракты трав, которые придают ей уникальный насыщенный вкус прохладной свежести, продолжительное ощущение легкого дыхания и чистоты полости рта.

Зубная паста *parodontax*® с фтором (рис. 1) содержит высокую концентрацию активных ингредиентов, комбинацию экстрактов 5 трав и минеральной соли, что обуславливает её эффективность, а также имеет массовую долю фторида — 0,14% F (1400 ppm). Содержание фторида в зубной пасте



parodontax® с фтором увеличивает резистентность зубов к кислотам, которые образуются микроорганизмами зубного налета, при этом угнетая метаболизм микробов.

Зубная паста parodontax® Бережное Отбеливание (рис. 2) содержит фтор, имеет выраженные свойства компонентов, которые активно устраняют кровоточивость десен, а также эффективно, но бережно удаляют пигментные пятна, возвращая зубам их естественную белизну.

Ополаскиватель для полости рта parodontax® Без Спирта (рис. 3) содержит хлоргексидин биглюконат в низкой концентрации (0,06%) и 250 ppm фтора.



Рис. 1. Зубная паста parodontax® с фтором



Рис. 2. Зубная паста parodontax® Бережное Отбеливание



Рис. 3. Ополаскиватель для полости рта parodontax® Без Спирта

Ополаскиватель для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта (рис. 4) специально разработан для лечения и профилактики заболеваний пародонта, предназначен для применения при острых стадиях заболеваний десен, сопровождающихся кровоточивостью и воспалением, содержит 0,2% водный раствор хлоргексидина биглюконата.

В процессе проведения комплексного лечения гингивита пациенты использовали зубную пасту серии parodontax® в сочетании с ополаскивателем для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта, а с целью профилактики — зубную пасту серии parodontax® в сочетании с ополаскивателем для полости рта parodontax® Без Спирта.

Режим использования зубной пасты серии parodontax® и ополаскивателя для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта:

- зубы чистить два раза в день (утром и вечером после приема пищи), но не более 3 раз в день;
- время чистки зубов не менее 2–3 минут;
- после чистки зубов рот прополаскивался водой;
- 10 мл ополаскивателя для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта тщательно прополаскивалась полость рта в течение 1 минуты 2 раза в день после чистки зубов, курс лечения — не больше, чем 2 недели.

Режим использования зубной пасты серии parodontax® и ополаскивателя для полости рта parodontax® Без Спирта:

- зубы чистить два раза в день (утром и вечером после приема пищи);



Рис. 4. Ополаскиватель для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

— время чистки зубов не менее 2–3 минут;
— после чистки зубов рот прополаскивался водой;
— 10 мл ополаскивателя для полости рта parodontax® Без Спирта тщательно прополаскивалась полость рта в течение 1 минуты 1–2 раза в день.

Оценку клинической эффективности очищающего, противовоспалительного и кровоостанавливающего действия используемых средств проводили на основании изменения индексов, которые определяли перед началом исследования, через 7 и 14 дней.

Для определения состояния гигиены полости рта использовали индекс гигиены ИГ (Грина-Вермильона, ОНI-S). Для характеристики степени воспаления десны — индекс гингивита РМА (Parma, 1960). Для определения кровоточивости десны — индекс кровоточивости ИК (Muehleman H.R., 1983).

Микробиологические исследования проведены до начала ортодонтического лечения, через 1 и 2 месяца. Кроме этого у пациентов с развившимся гингивитом до его лечения, через 7 и 14 дней. Чистые культуры облигатно- и факультативно-анаэробных бактерий в анаэробных условиях получали, используя 5% кровяной гемин-агар, приготовленный на основе Brain-HeartInfusion фирмы Difco с добавлением гемина (5 мкг/мл) и менадиона (0,1 мкг/мл), с обязательным помещением посевов в анаэроостаты фирмы Himedia (Великобритания — Индия) с бескислородной газовой смесью, содержащей 80% азота, 10% водорода, 10% углекислого газа. Биохимическую идентификацию чистых культур анаэробных бактерий, стрептококков и грам-отрицательных бактерий проводили с помощью тест-систем фирмы API (Франция) и Roche (Германия).

Установлено, что общее число микробов при гингивите, развившемся на фоне ортодонтического лечения, в 10–20 раз больше, чем при здоровом пародонте.

Через 1 месяц после установки брекет-системы картина

Таблица 1. Видовой состав микробных ассоциаций полости рта у пациентов с клинически выраженными признаками гингивита (через 1 месяц после начала ортодонтического лечения)

Вид	Число штаммов, абс.	Число штаммов, %
<i>Streptococcus sanguis</i>	5	16,6
<i>Streptococcus intermedius</i> *	2	6,6
<i>Streptococcus milleri</i>	1	3,3
<i>Peptostreptococcus niger</i> *	1	3,3
<i>Peptococcus anaerobius</i> *	4	13,3
<i>Veillonellaparvula</i>	0	0
<i>Prevotellamelaninogenica</i> *	2	6,6
<i>Fusobacteriumnucleatum</i> *	1	3,3
<i>Porphyromonas gingivalis</i> *	4	13,3
<i>Enterobacterium spp.</i>	3	10,0
<i>Lactobacillus brevis</i>	0	0
<i>Corinebacteriummycolatum</i>	1	3,3
<i>Actinomycesisraelii</i>	3	13,3
<i>Staphylococcus anaerobius</i>	2	6,6
<i>Candida albicans</i> *	1	3,3
ИТОГО	30	100,0
В т.ч. стабилизирующих:	15	50,0
...пародонтопатогенных *:	15	50,0

Примечание: * — пародонтопатогенные виды по номенклатуре ВОЗ

микробиоценоза полости рта в области ее расположения менялась по сравнению с исходным уровнем (табл. 1).

В первую очередь обращало на себя внимание увеличение количества пародонтопатогенных штаммов (до 50%) по сравнению с исходным уровнем. При сохраняющемся доминировании стрептококков (52% от числа выделенных штаммов) отмечалось увеличение доли пародонтопатогенных видов — *Streptococcus intermedius*, *Peptostreptococcus niger*, *Peptococcus anaerobius/micros* — до 28%. Существенно меняется соотношение грам-отрицательных стабилизирующих и пародонтопатогенных анаэробов: не выделено ни одного штамма *вейллонелл*, в то время как доля *превотелл*, *фузобактерий* и *порфириомонад* увеличилась до 28% от общего числа выделенных штаммов. Кроме того, после установки брекетов появились грам-отрицательные представители семейства *энтеробактерий*. Продолжало увеличиваться количество грам-положительных пародонтопатогенов — *актиномицетов* (13,3%), а *коринебактерии* были представлены лишь одним штаммом. *Лактобактерии* не выделены.

Средняя величина микробной обсемененности в области расположения брекетов проявляла тенденцию к увеличению — $10^8 \pm 10^2$ КОЕ/см² при диапазоне от 10^4 до 10^9 КОЕ/см². Наиболее высокие цифры микробного числа отмечены для *Streptococcus sanguis*, пародонтопатогенных стрептококков, *актиномицетов* и *превотелл*.

Как показали наши исследования, чувствительность факультативно-анаэробных, аэробных и анаэробных бактерий, входящих в состав бактериальной биопленки и принимающих участие в развитии гингивита, более выражена в отношении хлоргексидина, по сравнению с другими известными антисептическими средствами (табл. 2).

Это свидетельствует об обоснованном применении хлоргексидина в ополаскивателях для полости рта, используемых для профилактики и лечения гингивита.

Таблица 2. Чувствительность факультативно-анаэробных, облигатно-анаэробных и аэробных видов бактерий и дрожжеподобных грибов к антисептическим препаратам (МБК₉₀, мг/л)

Вид микроорганизма	Мирамистин	Цетилпиридинахлорид	Хлоргексидин биглюконат
<i>Streptococcus mutans</i>	40	30	20
<i>Streptococcus sanguis</i>	80	40	30
<i>Actinomycesnaeslundii</i>	80	40	30
<i>Corinebacteriumxerosus</i>	40	20	20
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	100	50	40
<i>Candida albicans</i>	200	50	50
<i>Candida Krusei</i>	500	100	80
<i>Streptococcus intermedius</i>	80	40	20
<i>Peptococcusniger</i>	30	20	10
<i>Prevotellamelaninogenica</i>	30	20	10
<i>Prevotellanigrescens</i>	40	20	20
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	80	40	20
<i>Veillonellaparvula</i>	30	20	10

Соотношение между стабилизирующей и пародонтопатогенной микрофлорой перед началом проведения ортодонтического лечения существенно смещено в пользу стабилизирующей флоры. Вместе с тем уже через месяц использования брекет-системы происходит смещение соотношения между видами, и число пародонтопатогенов увеличивается до 44% и практически не меняется через 2 месяца после начала лечения. Вместе с тем, назначение пациентам зубной пасты parodontax®

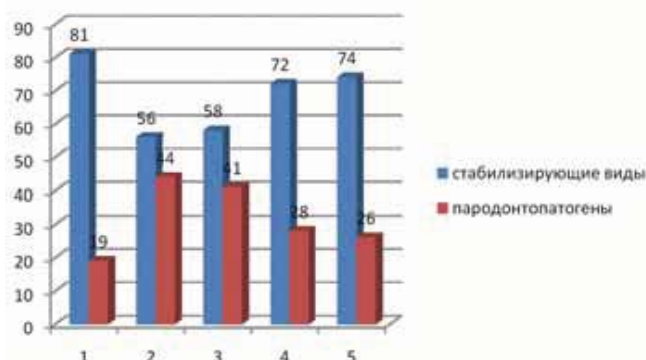


Рис. 5. Изменение соотношения между стабилизирующими и пародонтопатогенными видами (%). 1 — до ортодонтического лечения; 2 — через месяц после начала ортодонтического лечения без катарального гингивита у пациентов без использования ополаскивателей для полости рта parodontax®; 3 — через 2 месяца после начала ортодонтического лечения без катарального гингивита у пациентов без использования ополаскивателей для полости рта parodontax®; 4 — через месяц после начала ортодонтического лечения без катарального гингивита у пациентов при использовании ополаскивателей для полости рта parodontax®; 5 — через 2 месяца после начала ортодонтического лечения без катарального гингивита у пациентов при использовании ополаскивателей для полости рта parodontax®

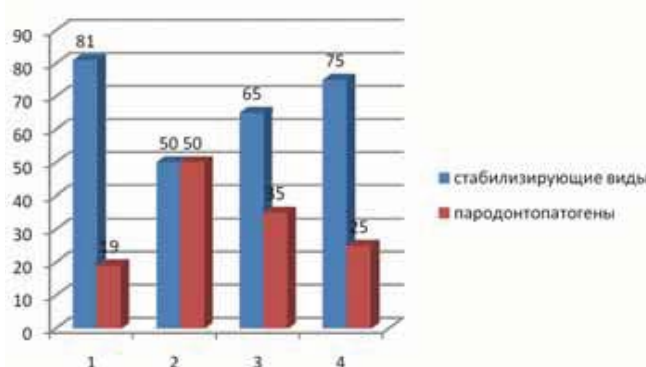


Рис. 6. Изменение соотношения между стабилизирующими и пародонтопатогенными видами (%). 1 — до ортодонтического лечения; 2 — катаральный гингивит через месяц после начала ортодонтического лечения; 3 — соотношение видов через 7 суток после начала применения зубной пасты parodontax® и ополаскивателя для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта; 4 — соотношение видов после применения зубной пасты parodontax® и ополаскивателя для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта в течение 2 недель

и ополаскивателя для полости рта parodontax® Без Спирта приводит к существенному улучшению соотношения между стабилизирующей и пародонтопатогенной микрофлорой (рис. 5).

При развитии у пациентов симптомов гингивита пациентам назначали в дополнение к зубной пасте parodontax® ополаскиватель для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта. Было отмечено, что через 7 суток после применения названного комплекса наблюдалось снижение числа и концентрации пародонтопатогенных видов, эта тенденция сохранялась и ко второй недели лечения, процент стабилизирующих видов приблизился к нормальному уровню.

До начала исследования у всех обследованных пациентов с признаками гингивита отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта, наличие обильного, мягкого зубного налета на поверхности зубов (под брекетами). Больные жаловались на кровоточивость десен, возникающую во время чистки зубов, неприятный запах изо рта, отечность десневых сосочков. Часть больных жалоб не предъявляли и были взяты в контрольную группу. Диагноз ставили на основании данных клинического осмотра и рентгенологического обследования.

В результате комплексного лечения у пациентов за время использования зубных паст и ополаскивателя для полости рта заметно улучшилось гигиеническое состояние полости рта, о чем свидетельствуют данные обследования. Динамика симптомов гингивита в первые 7 и 14 дней наблюдения значительно снизилась, а также через месяц после лечения.

Клинические исследования проведенного комплексного лечения при использовании зубной пасты parodontax® в сочетании с ополаскивателем для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта через неделю имели положительные

Таблица 3. Оценка состояния тканей пародонта до и после комплексного лечения

Методы оценки состояния пародонта	Контрольная группа	Комплексное лечение	
		До лечения	Через 7 дней
Индекс гигиены ИГ (Greenel.Vermillion), OHI-S, 1969)	1,4±0,3	2,3±0,5	1,9±0,03
Индекс гингивита РМА (Parma %)	10,35±0,4	31,47±0,5	19,5±0,4
Индекс кровоточивости ИК (Muchleemann H.R., 1983)	0,18±0,3	1,56±0,2	0,93±0,3

результаты, наблюдались изменения значения ИГ, который снизился до уровня 1,9. Индекс воспаления и кровоточивости до лечения имел высокий показатель и после лечения существенно снизился (табл. 3).

При использовании зубной пасты серии parodontax® в сочетании с ополаскивателем для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта отмечалось значительное снижение симптомов воспаления и кровоточивости десен, а также длительный период ремиссии.

В клинических исследованиях было отмечено, что ополаскиватель для полости рта parodontax® Без Спирта при ежедневном использовании способствует удалению налета. Наличие фтора в применяемых гигиенических средствах полости рта укрепляет структуру твердых тканей зубов и предупреждает развитие кариеса, а также способствует эффективному уменьшению зубного налета.

При проведении профилактического курса в течение 1 месяца с использованием зубной пасты parodontax® и ополаскивателя для полости рта parodontax® Без Спирта отмечалось

улучшение состояния пародонта, значительное снижение ИГ до единицы (табл. 4). Вместе с тем, длительное применение препаратов хлоргексидина вызывает изменение цвета зубов и слизистых оболочек полости рта. Это оказалось легко устранимым совместным применением ополаскивателя для полости рта parodontax® Без Спирта с зубной пастой parodontax® Бережное Отбеливание.

Таким образом, применение зубной пасты серии parodontax® в сочетании с ополаскивателем для полости рта parodontax® Extra 0,2% Без Спирта позволяет снизить воспаление пародонта в течение 7–10 дней и улучшить состояние микробиотоза полости рта. С целью профилактики гингивита и в качестве поддерживающей терапии после гингивита, в период ортодонтического лечения с использованием брекет-систем целесообразно использование зубной пасты серии parodontax® и ополаскивателя для полости рта parodontax® Без Спирта.

Таблица 4. Значение тестов состояния пародонта комплексной профилактики

Методы оценки состояния пародонта	Контроль-группа	Профилактика		
		Исходные значения	Через 1 месяц	Через 2 месяца
Индекс гигиены ИГ (Greenel, Vermillion), ONI-S, 1969)	1,40± 0,3	1,80± 0,2	1,40± 0,02	1,20± 0,2
Индекс гингивита PMA (Parma %)	10,35± 0,4	15,60± 0,3	11,10± 0,3	10,90± 0,3
Индекс кровоточивости ИК (Muehleman H.R., 1983)	0,18± 0,3	0,35± 0,4	0,21± 0,2	0,19± 0,3

Литература

1. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. — М.: Медицинское Информационное агентство, 2009. — С. 336.
2. Еловицова Т.М., Белоконова Н.А., Шурыгина Е.П., Ещенко Я.А., Распопова Н.Г. Оценка изменений пародонтологического статуса больных сахарным диабетом II типа в условиях хирургического стационара после использования новой зубной пасты "parodontax® ExtraFresh". — Екатеринбург, 2014, УГМУЗ.
3. Еловицова Т.М., Белоконова Н.А. Состояние тканей пародонта и параметров ротовой жидкости у больных пародонтизом под влиянием жидких средств гигиены // Пародонтология. — 2013. — № 2. — С. 55–59.
4. Еловицова Т.М., Ермишина Е.Ю., Белоконова Н.А. Клиническая характеристика отечественной лечебно-профилактической зубной пасты на основе растительных экстрактов // Пародонтология. — 2014. — № 2 (71). — С. 68–71.
5. Еловицова Т.М., Гайсина Е.Ф., Асанова Д.Р. Фитотерапия в пародонтологии. Электронное учебное пособие для студентов стоматологического факультета. — Екатеринбург, УГМА, 2013. — С. 138.
6. Лукиных Л.М., Жулев Е.Н., Чупрунова И.Н. Болезни пародонта. — Нижний Новгород: Изд-во "Нижегородская государственная медицинская академия", 2005.
7. Ронь Г.И., Еловицова Т.М. Инновационные технологии в диагностике и лечении воспалительных заболеваний пародонта // Екатеринбург: УГМА, 2011. — С. 278.
8. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в пародонтологии. — М.: Медицинская книга, 2006.
9. Ушаков Р.В., Царев В.Н. Антимикробная терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Учебное пособие. — М., 2014. — 48 с.

Опубликовано при финансовой поддержке ЗАО "ГлаксосмитКляйн Хелсер"

References

1. Grudyanov A.I. *Zabolevaniya parodonta*. Moscow, Meditsinskoe Informatsionnoe agentstvo Publ., 2009. 336 p.
2. Elovikova T.M., Belokonova N.A., Shurygina E.P., Eshchenko Ya.A., Raspopova N.G. Otsenka izmenenii parodontologicheskogo statusa bol'nykh sakharnym diabetom 2-go tipa v usloviyakh khirurgicheskogo statsionara posle ispol'zovaniya novoi zubnoi pasty «parodontax® ExtraFresh». *Stomatologiya*, 2014, vol. 93, no. 6, pp. 38–41.
3. Elovikova T. M., Belokonova N.A. Sostoyanie tkanei parodonta i parametrov rotovoi zhidkosti u bol'nykh parodontitom pod vliyaniem zhidkikh sredstv gigienny. *Parodontologiya*, 2013, no. 2, pp. 55–59.
4. Elovikova T.M., Ermishina E.Yu., Belokonova N.A. Klinicheskaya kharakteristika otechestvennoi lechebno-profilakticheskoi zubnoi pasty na osnove

rastitel'nykh ekstraktov. *Parodontologiya*, 2014, vol. 71, no. 2, pp. 68–71.

5. Elovikova T.M., Gaisina E.F., Asanova D.R. *Fitoterapiya v parodontologii. Elektronnoe uchebnoe posobie dlya studentov stomatologicheskogo fakul'teta*. Yekaterinburg, UGMA Publ., 2013. 138 p.
6. Lukinykh L.M., Zhulev E.N., Chuprunova I.N. *Bolezni parodonta*. Nizhny Novgorod, NizhGMA Publ., 2005. 322 p.
7. Ron' G.I., Elovikova T.M. *Innovatsionnye tekhnologii v diagnostike i lechenii vospalitel'nykh zabolevaniy parodonta*. Yekaterinburg, UGMA Publ., 2011. 278 p.
8. Ulitovskii S.B. *Gigiena polosti rta v parodontologii*. Moscow, Meditsinskaya kniga Publ., 2006. 192 p.
9. Ushakov R.V., Tsarev V.N. *Antimikrobnaya terapiya v kompleksnom lechenii vospalitel'nykh zabolevaniy parodonta. Uchebnoe posobie*. Moscow, 2014. 48 p.



Замечаете кровь, когда чистите зубы?

Кровоточивость десен — один из первых признаков их заболевания, которое может стать основной причиной потери зубов.



Эффективно борется с воспалением и кровоточивостью десен*

* Yankell SL, Emling J. Clin Dent. 1988 Summer; 1 Suppl A:A41-3. Atlas of Dental Medicine: Periodontology, 3rd edition, 2005/
Yankell SL et al. Title: Six-Month Evaluation of Parodontax Dentifrice Compared to a Placebo Dentifrice J Clin Dent 1993 4(1): 26-30

АНТИ полицай®

СВЕЖЕЕ ДЫХАНИЕ В ЛЮБОЙ СИТУАЦИИ

Насколько комфортно вы чувствуете себя в общении? Стильная одежда, красивая прическа придадут любому человеку уверенности в себе. Но есть один нюанс, который может стать серьезным препятствием для общения. Это - несвежее дыхание.

Аура вчерашнего праздника, аромат чесночной закуски, запах табака - все это доставляет дискомфорт вашему собеседнику, но еще большее неудобство при этом испытываете вы сами.

Водителям знакома и другая сторона проблемы: даже при прекрасном самочувствии подозрительный запах после вчерашнего застолья может вызвать вопросы у сотрудников ДПС.

К счастью, в любой аптеке или продуктовом магазине можно купить простое и надежное средство «Антиполицай», которое поможет уничтожить запахи алкоголя, табака, остро пахнущих продуктов.

«Антиполицай» не маскирует запах, а полностью поглощает молекулы-одоранты, которые его вызывают. В основе препарата – растительные вещества: натуральные эфирные масла (в том числе эвкалипта), экстракт солодки.

«Антиполицай» имеет удобную форму выпуска: леденцы для рассасывания и спрей. Для уничтожения запаха достаточно 1-2 леденцов или трехкратного распыления спрея. Средство начинает действовать через 5 минут, а его эффект сохраняется в течение часа.

Для тех, кто вынужден ограничить потребление сахара, разработана особая формула «Антиполицай БЕЗ САХАРА». Новинка линии – «Антиполицай WHITE» имеет более мягкий вкус, но при этом действует все также надежно. Если же вам требуется «ударное» средство, выбирайте «Антиполицай МЕГА», который еще эффективнее устраняет запах и придает бодрость за счет содержания кофеина.

Приобретайте только оригинальные продукты торговой марки «Антиполицай», защищенные специальной голограммой с надписью «Философия здоровой жизни».

«Антиполицай» - эффективное средство, которое поможет чувствовать себя уверенно всем: мужчинам и женщинам, подросткам и пожилым людям.



Формула джентльмена

Какой он, мужчина мечты, которого каждая женщина мечтает повстречать? ТОП-5 качеств успешного и интересного альфа-самца.

Вот и наступила долгожданная российская весна. Солнце, капель и пение птиц пробуждает чувства, которые так долго дремали в суровых, закутанных в теплую одежду, женщинах. И даже самый черствый сухарь весной преобразается, становясь улыбчивым и открытым. Появляется желание встречаться с друзьями и приятелями. Влюбляться, в конце концов!

А вокруг столько красивых девушек, которые по случаю потепления забыли о джинсах и вспомнили наконец-то о юбках и каблуках. И как тут устоять? Конечно, знакомство с прекрасной незнакомкой — очень волнительное действо для большинства мужчин. Многие считают, что безупречный внешний вид и приятная манера общения — необходимый набор любого джентльмена. Но это не так. Мы составили рейтинг из 5 вещей, на которые женщины обращают внимание в первую очередь.

Лицо

Если вы относитесь к тем мужчинам, которые предпочитают не сбрасывать растительность с лица, то хотя бы попытайтесь придать бороде ухоженный приятный вид. Всклобоченная редкая бородка в восторг никого еще не приводила. Если вы предпочитаете бриться, то обязательно следите за гладкостью щек. Никакой неопрятной щетины!

Прическа тоже не менее важна. Мелированные и "прилизанные" волосы сегодня не в почете. Максимум естественности и ухоженности — вот козырь в вашем рукаве.

Фигура

Да-да, у женщин тоже есть свои любимые параметры мужских тел. Конечно, всем нравятся накаченные спортсмены. Но если вы хотя бы крепки телом и производите впечатление сильного защитника — это уже хорошая заявка на победу в битве за сердце незнакомки.

Поведение

При знакомстве вы должны вести себя адекватно, но не быть приставучим занудой. Это ни одной даме не понравится. Вы должны создать впечатление человека, пользующегося популярностью у противоположного пола, но это совсем не подразумевает рассказ о своих бывших и настоящих пассиях. Раскованность, заинтересованность в глазах, умеренный юмор — и ее телефон у вас в кармане.

Интеллект

Женщины ужасно любят умных мужчин. Если в беседе выяснится, что вы простой кутила, который любит обсуждать свои гулянки, скорее всего, вам покажут красную карточку. А вот если вы будете знать, что Эрих Мария Ремарк — мужчина, а Антананариву — столица Мадагаскара, ваша собеседница это точно оценит.

Одежда и запах

Один из самых важных пунктов. Дурнопахнущих неряшек не любит никто. Хотя, существует маленькая вероятность того, что вы встретите даму с комплексом мамы, которая захочет вас помыть и переодеть. Помните, ваша одежда и обувь просто обязаны быть чистыми и выглаженными. Даже самую дорогую рубашку не украсит пятно от солянки, поэтому следите за вещами тщательно.

Запах — отдельная тема. По мнению психологов и социологов, большинство женщин ориентируются именно на мужской аромат. Подберите себе стильный парфюм, который будет сочетаться с вашим темпераментом. Но учтите, ни один даже самый люксовый аромат не поможет вам, если во время беседы от вас будет разить последствиями вчерашней вечеринки в виде амбре алкоголя, сигарет, лука или чеснока. Это знакомство дама запомнит надолго, но вот на повторное свидание можете не рассчитывать.

Для уничтожения неприятного запаха изо рта придумано множество средств. Среди них есть несколько действительно помогающих, проверенных десятилетиями. Например, всем знакомый "Антиполиций".

"Антиполиций" можно купить в любой аптеке или продуктовом магазине. Данное средство не маскирует запах, а полностью поглощает молекулы-одоранты, которые его вызывают. В основе препарата — растительные вещества: масло эвкалипта, экстракт солодки, натуральные эфирные масла.

"Антиполиций" имеет удобную форму выпуска: леденцы для рассасывания и спрей. Для уничтожения запаха достаточно 1–2 леденцов или трехкратного распыления спрея. Препарат начинает действовать через 5 минут, а его эффект сохраняется в течение часа.

Для тех, кто вынужден ограничивать потребление сахара, разработана особая формула "Антиполиций БЕЗ САХАРА". Новинка линии — "Антиполиций WHITE" имеет более мягкий вкус, но при этом действует все так же надежно. Если же вам требуется "ударное" средство, выбирайте "Антиполиций МЕГА", который еще эффективнее устраняет запах и придает бодрость за счет содержания кофеина.

Важно! Приобретайте только оригинальные продукты торговой марки "Антиполиций", защищенные специальной голограммой с надписью "Философия здоровой жизни".

Дорогие мужчины, желаем вам быть неотразимыми в этом сезоне. Пусть наступившая весна будет для вас не просто теплым временем года, а жарким периодом новых знакомств и любви!

*На правах рекламы



XII Всероссийская научно-практическая конференция "Образование, наука и практика в стоматологии" и выставка "Дентал Ревю—2015"

9–11 февраля 2015 г. в выставочном центре "Крокус Экспо" прошел очередной стоматологический форум, включающий XII Всероссийскую научно-практическую конференцию с международным участием "Образование, наука и практика в стоматологии" и выставку "Дентал Ревю—2015", организаторами которых были МГМСУ им. А.И. Евдокимова и компания "Дентал Экспо".

Ключевым направлением конференции стала тематика "Неотложная помощь в стоматологии". На основном мероприятии — секции "Профилактика неотложных состояний в стоматологии с проведением мастер-класса" (сопредседатели — проф. Сохов С.Т. и проф. Бобринская И.Г.) — с докладами выступили не только известные специалисты стоматологического профиля, но и ведущие ученые других специальностей. Главный кардиолог Департамента здравоохранения г. Москвы проф. Шпектор А.В. сделал доклад на тему "Кардиологический больной на стоматологическом приеме". О лечении жизнеопасных состояний, возникающих на стоматологическом приеме, рассказал доцент кафедры скорой медицинской помощи МГМСУ Пиковский В.Ю. Проф. Бобринская И.Г. (кафедра анестезиологии и реаниматологии МГМСУ) выступила с докладом "Критические состояния в стоматологическом кресле". Проф. Рамазанов Г.Р. (НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта РНИМУ им. Н.И. Пирогова) посвятил свое выступление вопросам urgentной неврологии. Проф. Мкртумян А.М. (кафедра эндокринологии МГМСУ) осветил проблемы неотложных состояний со стороны эндокринной системы у стоматологических больных.

Помимо названной программной секции, различным аспектам ключевой тематики посвящались и другие секции, такие как "Неотложные состояния в клинике хирургической стоматологии" (сопредседатели — проф. Базилян Э.А. и проф. Панин А.М.), "Особенности стоматологического лечения пациентов группы анестезиологического риска" (сопредседатели — проф. Рабинович С.А., МГМСУ, и проф. Кауфман Э., Иерусалимский университет), "Оказание неотложной стоматологической помощи детям разного возраста" (председатель — проф. Кисельникова Л.П.) и т.д.

Большой интерес вызвали мастер-классы "Сердечно-легочная реанимация в условиях стоматологической клиники", которые провели сотрудники кафедры скорой медицинской помощи МГМСУ (зав. кафедрой — проф. Плавун Н.Ф.) доц. Пиковский В.Ю., доц. Доделия В.Ш., асс. Голубев А.В., имеющие богатый практический опыт в данной области.

В рамках форума также прошел заключительный этап Всероссийской студенческой олимпиады по стоматологии,

организованной МГМСУ, в которой приняли участие 47 студентов из 37 городов России, а также участники из Франции, Белоруссии, Казахстана, Киргизии, Узбекистана.

12 февраля 2015 г. на базе МГМСУ им. А.И. Евдокимова состоялось заседание профильной комиссии по стоматологии Экспертного совета Минздрава РФ с участием проректоров, деканов, зав. кафедрами стоматологического профиля образовательных учреждений Минздрава РФ. Была обсуждена "Концепция развития стоматологии до 2030 г." и ряд других вопросов.



На открытии выставки "Дентал Ревю"



Сопредседатели секции "Профилактика неотложных состояний в стоматологии" проф. С.Т. Сохов и проф. И.Г. Бобринская



Выступает главный кардиолог г. Москвы проф. А.В. Шпектор



А.В. Конарев, проф. Э. Кауфман (Израиль) и проф. С.А. Рабинович у стенда журнала "Стоматология для всех"

НПО «ПОЛИСТОМ»



КОСТНОЗАМЕЩАЮЩИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИИ

ГРАНУЛЫ ГЕЛИ МЕМБРАНЫ ПЛАСТИНЫ ГУБКИ

Как показали результаты более 2 млн. различных операций —
лучшее предложение по соотношению цена/качество

Москва, 107023, ул. Б. Семеновская, 40,
офис: Семеновская наб., д 2/1, стр. 1

8(495) 737-68-92; (499) 922-35-36
e-mail office@polystom.ru



Бал стоматологов—2015

10 февраля 2015 г. в Москве в отеле Korston состоялся "Бал стоматологов—2015", приуроченный к Международному Дню стоматолога, который отмечают во всем мире 9 февраля.

Зал "Place de Paris", оформленный в французском стиле, вместил 525 гостей — представителей стоматологической общественности из разных регионов страны и из-за рубежа. "Много лет назад лучшие люди уважаемых в обществе профессий отмечали свои профессиональные праздники, проводя костюмированные балы, на которых веселились, танцевали, общались и заводили знакомства. СтАР совместно с МГМСУ им. А.И. Евдокимова воссоздали эту традицию", — задал культурный вектор торжеству ведущий вечера, актер театра и кино Павел Ахальцев. Он пригласил на сцену президента СтАР Владимира Садовского, который поздравил коллег с праздником. Далее прозвучали поздравления от главного стоматолога МЗ РФ, ректора МГМСУ им. А.И. Евдокимова, проф. Олега Янушевича.

Концертная часть вечера началась танцем "Белые крылья" в исполнении лауреата многочисленных конкурсов, танцевального коллектива стомат. ф-та Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, который в качестве подарка в Москву из северной столицы привез проректор по учебной работе СПбГМУ, проф. Андрей Яременко.

Затем, воссоздавая атмосферу Франции и самого изысканного города мира Парижа, где 115 лет назад была создана Всемирная федерация стоматологов (FDI), перед гостями появились актеры "Театра мимики и жеста", проникновенно исполнившие жестами песни великих Эдит Пиаф и Мирей Матье. Вслед за ними публику "зажег" своим электро-скрипичным шоу квартет молодых, но уже известных в Москве скрипачек "Dolche Vita".

Гостей вечера поздравил президент Стоматологической ассоциации Москвы, проф. Илья Рабинович, передавший также поздравления от директора ЦНИИС и ЧЛХ, чл.-корр. РАН Анатолия Кулакова.

Приятным сюрпризом вечера стал розыгрыш призов, который организовали представители компаний-партнеров бала стоматологов. После приветственных слов Александра Максимова, генерального директора компании ООО "ROCA-DA MED" (генеральный партнер бала), трое гостей выиграли по гастрономической корзине с французским вином и деликатесами. Георгий Микая, представитель компании "SPLAT" (платиновый партнер) вручил трем победителям лотереи по годовому запасу зубной пасты. Три корзины с продукцией по уходу за полостью рта компании "Amway" (золотой партнер) были разыграны среди гостей директором по маркетингу компании Ириной Платоновой. Президент СтАР Владимир Садовский разыграл среди гостей сборник своих стихов "Моей души веретено" и вручил двум победителям книги с автографами.

Далее с поздравлениями выступили генеральный директор многолетнего стратегического партнера СтАР компании "Дентал-Экспо" Илья Бродецкий и президент молодой Ассоциации Цифровой Стоматологии Самвел Апресян.

В этом году партнерство бала в целом распределилось среди сильных компаний-представителей по девяти федеральным округам России: Северо-Западный ФО представлял торговый дом ООО "Алеф Групп", Сибирский — торговый дом ООО "Contact", Уральский — торговый дом ЗАО "Мегадента", Северо-Кавказский — компания NSK, Южный — SIMKO, Центральный — KLOX, Дальневосточный — Implaclean, Приволжский — ООО "Рустелемед" и Крымский — торговый дом "Elefant".

Праздничная программа продолжалась более четырех часов. Феерические выступления танцевального шоу-балета "Viva dance" чередовались с живым исполнением музыкального коллектива "Базис". Кульминацией вечера стало появление праздничного торта с фейерверками.

Спасибо всем, кто участвовал в подготовке мероприятия года, и спасибо гостям за теплые слова благодарности! До встречи на Балу стоматологов—2016!

Подробный фотоотчет Бала стоматологов—2015 опубликован на официальном сайте СтАР: <http://www.e-stomatology.ru/fotoalbums/2015/ball/>



В атмосфере Парижа...



За дружеским столом



Всемирный день здоровья полости рта—2015

Здоровье полости рта является одной из основополагающих основ общего здоровья человека. Согласно официальной статистике ВОЗ, около 98% людей в мире страдают воспалительными заболеваниями тканей пародонта. Заболеваемость кариесом составляет практически 100%. В 2013 г. Всемирная Стоматологическая Федерация (FDI) учредила проведение Всемирного Дня здоровья полости рта (World Oral Health Day – WOHD).



FDI является одной из самых уважаемых профессиональных организаций в мире. Federation Dentaire Internationale она была создана доктором Шарлем Годеном из Парижской школы дантистов Ecole Dentaire de Paris и еще пятью зубными врачами в 1900 году в Париже, Франция.

Руководящим органом организации является Совет, который избирается Генеральной Ассамблеей, состоящей из делегатов, которые представляют входящие в нее Национальные Стоматологические Ассоциации. В настоящее время членами FDI являются свыше 190 Ассоциаций из более чем 130 стран, насчитывающих в своем составе свыше одного миллиона врачей-стоматологов по всему миру. Пять постоянных Комитетов FDI занимаются решением вопросов практического здравоохранения, образования, науки, развития стоматологии, здравоохранения и здоровья во всем мире.

Посредством благотворительного общества Всемирное образование в стоматологии (FDI World Dental Education) FDI способствует повышению стандартов образования в научно-практической стоматологии, конечной целью которых является достижение и поддержание здоровья полости рта у людей в любой точке земного шара.

FDI представляет собой неправительственную организацию, которая поддерживает официальные отношения с Организацией Объединенных Наций (ООН) и Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ).

Всемирный день здоровья полости рта - это международный день, провозглашающий важность здоровья полости рта для людей всех возрастов во всех странах мира. Этот день уже стал одним из наиболее важных событий в мировой стоматологии и считается днем провозглашения основных ценностей, которые каждый врач-стоматолог несет своим пациентам. Основные задачи его проведения — улучшение осведомленности и стимулирование пациентов, социальных сообществ и правительственных организаций, а также объединение совместных усилий для снижения стоматологической заболеваемости. Первоначально датой проведения WOHD было 12 сентября. Позднее из-за плотного графика международных мероприятий в сентябре и, в частности, ежегодного проведения в сентябре конгрессов FDI была выбрана новая дата — 20 марта.

Слоган Всемирного дня здоровья полости рта—2015: "Улыбнись жизни". Этот слоган дополняется призывом к дей-

ствию: "Найди время для заботы о своих зубах".

В 2015 г. Россия присоединяется к проведению Всемирного дня здоровья полости рта. Стоматологическая Ассоциация России оценила важность и необходимость добавления в национальный календарь стоматологических мероприятий новой даты — 20 марта.

20 марта 2015 г. в Социально-реабилитационном центре ветеранов войн и Вооруженных Сил г. Москвы состоялась Акция в рамках Пилотного проекта МГМСУ "Стоматологическая поддержка пожилого москвича". Реализация проекта началась в 2012 г., за 3 года до момента своего официального утверждения в сентябре 2014 г. Были подготовлены и на регулярной основе проведены обучающие семинары по профилактическим мероприятиям в геронтостоматологии для ветеранов ВОВ; подготовлены к печати обучающие брошюры и методические пособия для пациентов пожилого и старческого возраста; составлены практические рекомендации для врачей-стоматологов, работающих с пациентами геронтологического профиля. С сентября 2014 г. стартовала программа повышения квалификации врачей-стоматологов стационарных учреждений г. Москвы, что способствует значительному повышению качества работы стоматологических подразделений Департамента социальной защиты.

Прогрессирование старения населения и, как следствие, активное развитие геронтологии на сегодняшний день являются одними из важнейших вопросов современного здравоохранения во всем мире. Мы уверены, что начало популяризации в России Всемирного дня здоровья полости рта с информационной поддержки граждан по актуальным вопросам профилактической стоматологии является одним из наиболее перспективных направлений на пути к снижению стоматологической заболеваемости.

Президент СтАР **В.В. Садовский**
Президент Стоматологической Ассоциации Португалии,
паст-президент FDI **Орландо Монтейро да Силва**
Координатор СтАР по международным связям, председа-
тель рабочей группы Интеграция ERO FDI **Е.П. Иванова**
Ответственный секретарь СтАР **А.А. Опарко**
Руководитель Пилотного проекта МГМСУ
"Стоматологическая поддержка
пожилого москвича" **У.А. Пихлак**



Награждение на Торжественном приеме в отеле "Ritz Carlton"

6 марта 2015 г. в отеле "Ritz Carlton" в Москве (Тверская, 3) состоялся Торжественный прием и награждение специальными призами "За профессиональную честь, достоинство и почетную деловую репутацию" известных представителей российской общественности, творческой интеллигенции и деловых кругов. Организаторами мероприятия были Государственная Дума Федерального Собрания РФ, Парламентский центр "Наукоемкие технологии, интеллекту-

альная собственность" (директор по развитию — Н.А. Воронова, руководитель проекта — И.П. Алиева), Всероссийская общественная организация "Клуб 32" (президент — д.м.н., профессор Г.Л. Сорокоумов).

Ведущей вечера была народная артистка России Ангелина Вовк.

В числе участников Приема и награжденных были и члены "Клуба 32" народный артист Советского Союза



Участники приема Геннадий Сорокоумов, Ирина Купченко, Василий Лановой, Александр Конарев



Ведущая вечера Ангелина Вовк



Награда вручена главному редактору журнала "Стоматология для всех" Александру Конареву



Стихотворение, посвященное Любви Казарновской, читает Геннадий Сорокоумов



Дарья Донцова



Выступает Александр Журбин



Участница обороны Москвы Лидия Сорокоумова, президент "Клуба 32" Геннадий Сорокоумов и зам. ген. директора Стоматологического центра "Клуб 32" Валентина Сорокоумова



Василий Лановой; народная артистка России Ирина Купченко; народный артист Советского Союза Армен Джигарханян; всемирная оперная звезда, народная артистка России Любовь Казарновская; продюсер Роберт Ростик (Австрия); знаменитый композитор Александр Журбин; поэтесса Ирина Гинсбург-Журбина; поэт, постоянный соавтор Юрия Антонова Виктор Дюнин; знаменитый художник Никас Сафронов; народный артист России Александр Пятков; популярный певец Данко; знаменитый продюсер Бари Алибасов и группа "На-На", включая легендарных солистов,

заслуженных артистов России Вячеслава Жеребкина и Владимира Политова; знаменитый актер-каскадер Александр Иншаков; известный певец Михаил Муромов; автор многочисленных популярных романов Дарья Донцова; президент "Клуба 32" Геннадий Сорокоумов; главный редактор журнала "Стоматология для всех" Александр Конарев и ряд других выдающихся людей нашей страны, представителей культуры, литературы, науки, бизнеса.

Финальную часть вечера вел президент "Клуба 32" Геннадий Сорокоумов.



Василий Лановой, Геннадий Сорокоумов и Армен Джигарханян после вручения наград



Александр Пятков и Александр Конарев



Бари Алибасов



Песня в исполнении Александра Иншакова



Михаил Муромов



Геннадий Сорокоумов, Никас Сафронов и Александр Конарев



Александр Конарев и Армен Джигарханян

Правильный выбор

СТОМАТОЛОГИЯ РОССИИ

ЕЖЕГОДНЫЙ СПРАВОЧНИК

ДВА ТОМА

БЕСЦЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ

ДЛЯ

КАЖДОГО СТОМАТОЛОГА

WWW.MIRMED.RU



Как подписаться на журнал "Стоматология для всех"

Подписку на журнал можно оформить в любом отделении связи или непосредственно через редакцию.

Индексы журнала в каталоге агентства "Роспечать" — 47477 и 80711.

Подписку на журнал через редакцию можно сделать, начиная с любого номера.

Оплатив подписку, Вы будете получать журнал, **начиная с очередного номера**, выходящего после даты подписки.

Внимание! Перечисляя деньги за подписку на расчетный счет редакции или делая почтовый перевод, обязательно **укажите** в платежном поручении в графе "Назначение платежа" или на бланке почтового перевода **адрес, по которому должен быть доставлен журнал**.

* Банковские реквизиты для перечислений по безналичному расчету: ООО "Редакция журнала "Стоматология для всех", ИНН 7704167552, КПП 770401001, р/с 40702810438260101570 в Московском банке Сбербанка России ОАО, г. Москва, БИК 044525225, к/с 30101810400000000225.

* Банковские реквизиты для перечислений в Евро: Deutsche Bank AG, Frankfurt/Main, SWIFT: DEUTDEFF; for SBERBANK Moscow, Russia, SWIFT: SABR RU MM; for "Stomatologia dlya vsieh", account 40702978238260201570.

* Для почтового перевода в графе "Кому" указать: 125955, Москва, ООО "Редакция журнала "Стоматология для всех", ИНН/КПП 7704167552/770401001, р/с 40702810438260101570 в Московском банке Сбербанка России ОАО, г. Москва, БИК 044525225, к/с 30101810400000000225.

Информация для авторов

Чтобы опубликовать статью в журнале "Стоматология для всех/International Dental Review" следует, сделав предварительный звонок, принести подготовленный для публикации материал (в соответствии с требованиями редакции) в редакцию или выслать его по электронной почте (E-mail: sdvint@mail.ru). Перед публикацией статьи рецензируются. Материалы аспирантов публикуются бесплатно.

Периодичность выхода журнала 1 раз в 3 месяца. Цена журнала при продаже в розницу — договорная. Тираж 8 000 экз.

Адрес редакции для переписки: 127473, Россия, Москва, а/я 109, Редакция журнала "Стоматология для всех"

Телефон/факс: (495) 609-24-40; **E-mail:** sdvint@mail.ru; **Интернет:** www.sdvint.com

Главный редактор: Конарев Александр Васильевич

Подписано в печать: 23 марта 2015 г.

German Dental Group

ПРЕДСТАВЛЯЕТ

**ProFeel+ OPTIMA - оптимальное решение для
многопрофильной российской стоматологии**

10 лет гарантии

Ортопедическая
стоматология

Терапевтическая
стоматология

или

Хирургическая
стоматология

ProFeel+ OPTIMA

NEW

Детская
стоматология

Ортодонтия

sirona

Сделано в Германии
Эксклюзивная продукция



Лучшее для лучших

Официальный дилер фирмы Sirona Dental System GmbH в России ООО "Герман Дентал Групп И.Н.Т."
Тел./Факс: (495) 614-67-29, 614-56-23, 8-929-624-42-14.
E-mail: gdg-russia@mtu-net.ru

Универсальный наногибридный композит



- ✓ Долгосрочная эстетическая реставрация
- ✓ Великолепные прочностные характеристики
- ✓ Минимальная усадка
- ✓ Легкость полировки и моделирования
- ✓ Высокая износостойчивость
- ✓ Совместимость с бондами V, VI, VII поколений

СОСТАВ 1 НАБОРА:

- ✓ 7 шпр. х 4г, цвета: A1; A2; A3; A 3,5; B2; A2E; B2E
 + бонд, гель, аксессуары



BINER LC - LEGRIN

Светоотверждаемый материал для подкладок:

- ✓ 2 шприца по 2г

